

# Die Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters

Eine „Transitionslücke“ als Herausforderung aus der  
Perspektive der Klinischen Sozialarbeit

Christina Vögl



Schriften zur psychosozialen Gesundheit

Christina Vögl

# **Die Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters**

Eine „Transitionslücke“ als Herausforderung aus der  
Perspektive der Klinischen Sozialarbeit



## **Impressum**

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Christina Vögl

### **Die Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters**

Eine Transitionsücke als Herausforderung aus der Perspektive der  
Klinischen Sozialarbeit

Goßmannsdorf b. Würzburg: ZKS - Verlag für psychosoziale Medien

Alle Rechte vorbehalten

© 2019 Christina Vögl

ISBN: 978-3-947502-20-2

Technische Redaktion: Meike Kappenstein

Lektorat: Tony Hofmann

Cover-Design: Leon Reicherts & Tony Hofmann

Layout: Hanna Hoos

### **Herausgeber der „Schriften zur psychosozialen Gesundheit“:**

Prof. Dr. Helmut Pauls

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

### **Anschrift Zentralverlag für Klinische Sozialarbeit /**

### **Verlag für psychosoziale Medien:**

ZKS - Verlag für psychosoziale Medien

Winterhäuser Str. 13

97199 Goßmannsdorf / Ochsenfurt

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	9
<b>Theorie I.....</b>	<b>13</b>
2. Begriffsklärungen und Definitionen im wissenschaftlichen Diskurs .....	13
2.1 Transition und das Konzept der Transitionspsychiatrie.....	13
2.2 Transitionsphase und Transitionsalter: Adoleszenz, „Emerging Adulthood“ und junges Erwachsenenalter .....	17
3. Ursachen der Transitionsproblematik und Herausforderungen der Transitionspsychiatrie .....	21
3.1 Entwicklungs- und Störungsspezifika des Transitionsalters aus entwicklungspsychiatrischer Perspektive .....	23
3.1.1 Charakteristika, Besonderheiten und Problematiken der Adoleszenz ..	24
3.1.2 Charakteristika, Besonderheiten und Problematiken des jungen Erwachsenenalters.....	28
3.1.3 Psychische Erkrankungen des Transitionsalters im Longitudinalverlauf.....	31
3.2 Strukturelle und versorgungsspezifische Aspekte .....	35
3.3 Rechtliche, ethische und gesundheitspolitische Situation.....	41
4. Erfolgreich gelingende Transitionspsychiatrie .....	47
4.1 „Best Practice“: „Transitionsbausteine“ und Gelingensfaktoren.....	47
4.2 Transitionsprogramme und Beispiele „guter Praxis“.....	52

<b>Theorie II .....</b>	<b>57</b>
5. Relevante Charakteristika der Klinischen Sozialarbeit.....	57
5.1 Grundlegende Eckpfeiler der Klinischen Sozialarbeit.....	57
5.2 Die Klinische Sozialarbeit im Kontext psychischer Erkrankung und Psychiatrie .....	60
 <b>Zusammenführung von Theorie I und Theorie II .....</b>	 <b>63</b>
6. Ausgangslage und Erkenntnisinteresse .....	63
6.1 Aktuelle Relevanz: Stand der empirischen Forschung und des theoretischen Fachdiskurses.....	63
6.2 Fragestellungen und Hypothesen .....	68
 7. Interpretation und Diskussion: Die Expertise der Klinischen Sozialarbeit im Rahmen der „Transitionslücke“ – eine kritische Würdigung unter Berücksichtigung von Erkenntnissen aus der Praxis .....	 71
7.1 Potenzielle Rolle der Klinischen Sozialarbeit: Ressourcen und Chancen	72
7.1.1 Schnittpunkte der Klinischen Sozialarbeit mit der Transitionspsychiatrie .....	72
7.1.2 Klinisch-behandlerische Ebene und Aspekte im Kontext des „direct practice“ .....	77
7.1.3 Strukturell-versorgungssystemische Ebene und „außer-klinische“ Aspekte.....	85

7.2 Limitation der klinisch-sozialarbeiterischen Expertise: Grenzen, Risiken und Defizite.....	89
7.3 Konsequenzen, weitere Bedarfsplanung und zukünftige Perspektiven in Wissenschaft und Praxis .....	97
8. Zusammenfassung.....	109
9. Conclusio und Fazit .....	113
Quellenverzeichnis.....	117
Anhang.....	129
Anhang 1: Skript zum Symposium bzw. Fachvortrag „Adoleszentenpsychiatrie und Reifungskrisen“ .....	129
Anhang 2: Interviewleitfaden.....	139
Anhang 3: Aufbereitungsverfahren und Transkriptionsregeln.....	142



# 1. Einleitung

*„Auch die Kindheit und Jugend können anstrengend und hart sein, (...). Lange Schatten kann jeder Lebensabschnitt auf unsere weitere Entwicklung werfen. Was aber ist es, was gerade den Lebensabschnitt des Erwachsenwerdens, unabhängig davon, von wo aus wir aus unserer Kindheit starten, so schwierig gestaltet? (...)“ (Koch 2016, S.36).*

Dieses Zitat aus einem ebenso amüsanten wie lehrreichen Werk über das Erwachsenwerden heutzutage deutet bereits an, dass die besagte Lebensphase besonders prägend und komplex ist. Der Psychologe Dr. phil. Claus Koch beschreibt die späte Adoleszenz und das frühe Erwachsenenalter als „die härtesten Jahre des Lebens“ (ebd., S.24) – sowohl durch die vorangegangenen Lebensabschnitte beeinflusst als auch für sich alleinstehend. Weitere Problematiken und Herausforderungen treten auf, wenn die Zeit des Heranwachsens durch psychische Erkrankungen und Krisen verkompliziert und eine psychiatrische Versorgung notwendig wird.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich im Zuge jener hochdiffizilen „Transitionszone“ (ebd., S.34), die die jungen Menschen mit psychischer Erkrankung in vielerlei Hinsicht zu durchschreiten haben, mit der Übergangopsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Die Ausführungen befassen sich mit der diesbezüglich bestehenden Herausforderung einer „Transitions-lücke“ aus der Perspektive der Klinischen Sozialarbeit; hierbei richten die Leitfrage und Intention ihr Augenmerk primär darauf, inwiefern die klinisch-sozialarbeiterische Expertise einen Beitrag zur Verbesserung der damit einhergehenden Versorgungslücke und Schnittstellenproblematik leisten kann.

An Hand von Fachliteratur, Statistiken, empirischen Studien und Gesetzestexten soll eine detaillierte Betrachtung und Darstellung all dessen erfolgen. Methodologisch lässt sich die Ausarbeitung deshalb großen Teils als Literaturlarbeit verorten. Sie erhält jedoch durch Praxiseindrücke eine empirische Unterfütterung und praktische Illustration: So werden die theoretischen Argumentationen durch die Inhalte zweier Experteninterviews und eines Fachvortrags zum Thema „Adoleszentenpsychiatrie und Reifungskrisen“ ergänzt. Insgesamt

gliedert sich die Arbeit in drei Abschnitte: zwei Theorieteile, wovon sich der erste vornehmlich mit der Transitionspsychiatrie per se befasst und der zweite grob die Profession der Klinischen Sozialarbeit umreißt. Im dritten Passus erfolgt schließlich die Zusammenführung der beiden „Theoriepfade“.

Für ein nachvollziehbares Verständnis der verwendeten Fachausdrücke und als nötige Voraussetzung für die weiteren Ausführungen, bedarf es zu Beginn des ersten theoretischen Abschnitts der Klärung relevanter Begriffe und Definitionen im Rahmen eines wissenschaftlichen Diskurses. Dabei sollen zum einen der Ausdruck der Transition und das Konzept der Transitionspsychiatrie näher erörtert werden; zum anderen sind die Phase und das Alter der Transition, nämlich die Adoleszenz und die „*Emerging Adulthood*“ bzw. das junge Erwachsenenalter, näher zu bestimmen. Basierend auf diesem Wissensfundament, rücken die Transitionspsychiatrie per se sowie die damit verbundenen Problematiken mit all ihren Facetten in den Fokus. Dafür ist zunächst eine Auseinandersetzung mit den Ursachen und Herausforderungen, die impliziert sind, notwendig. Hierbei werden einerseits aus einer entwicklungspsychiatrischen Perspektive entwicklungsbezogene Spezifika der einzelnen Phasen und für diesen Zeitraum typische psychische Erkrankungen dargestellt. Andererseits finden auch strukturelle und versorgungsspezifische sowie rechtliche, ethische und gesundheitspolitische Aspekte Eingang. Zum Abschluss des ersten Theorieteils sollen die Faktoren und „Bausteine“ einer gelingenden Transitionspsychiatrie aufgezeigt und durch nationale wie internationale Beispiele „guter Praxis“ veranschaulicht werden.

Der zweite theoretische Abschnitt widmet sich schließlich explizit der Profession der Klinischen Sozialarbeit. So sollen zum einen deren grundlegende Kennzeichen und Eckpfeiler in aller Kürze umrissen werden. Zum anderen erfolgt eine Betrachtung im Kontext psychischer Erkrankung und Psychiatrie. Die Intention liegt darin, sich im Zuge einer Gegenstandsoperationalisierung auf die für die vorliegende Thematik relevanten klinisch-sozialarbeiterischen Charakteristika zu beschränken.

Als dritter Abschnitt der Thesis folgt eine Zusammenführung der beiden Theoriekomplexe. Das geschieht zunächst durch die Präsentation der Ausgangslage: Es werden die derzeitige Relevanz des Themas sowie der Stand der empirischen Forschung und des theoretischen Fachdiskurses – retrospektiv und

aktuell – offengelegt. Daran anknüpfend wird das Erkenntnisinteresse der Arbeit konkretisiert, indem eine Untergliederung der zentralen Forschungsfrage in Fragestellungen und zugehörige Hypothesen stattfindet. So ist das Fundament für die anschließende Interpretation und Diskussion zur Beantwortung der Hauptleitfrage geschaffen.

Dabei rückt im Rahmen einer kritischen Würdigung die Expertise der Klinischen Sozialarbeit in der Transitionspsychiatrie ins Blickfeld und es finden vorrangig für diesen Abschnitt die Erkenntnisse aus der Praxis Verwendung. Als erstes werden Überlegungen zur potenziellen Rolle der Klinischen Sozialarbeit im Transitionsgeschehen angestellt. Hierfür geht es zunächst um die Schnittpunkte der besagten Profession mit dem Konzept der Transitionspsychiatrie, bevor diesbezügliche klinische wie „außer-klinische“ Ressourcen und Chancen eruiert werden. Im Gegenzug gilt es daraufhin die Einschränkungen der klinisch-sozialarbeiterischen Expertise in der Transitionspsychiatrie und die damit einhergehenden Defizite, Risiken und Grenzen anzuführen. Zum Abschluss der Interpretation und Diskussion sollen sämtliche Konsequenzen, die weitere Bedarfsplanung und Zukunftsperspektiven für Wissenschaft und Praxis der Transitionspsychiatrie im Allgemeinen aufgezeigt werden. Ein besonderer Fokus liegt darauf, was all jene Erkenntnisse und Folgerungen für die Profession der Klinischen Sozialarbeit bedeuten und wo sie vielleicht noch weitere Potenziale und mögliche Handlungsansätze zu bieten hat.

Nachdem so das Vorhaben der gesamten Arbeit einen Abschluss gefunden hat, werden in einer Zusammenfassung die erarbeiteten Inhalte kompakt summiert. Letztendliche Schlussfolgerungen runden als Conclusio und Fazit die Ausführungen ab.

Es sei angemerkt, dass die Intention der vorliegenden Ausarbeitung nicht darin besteht, zu eruieren, inwiefern die Klinische Sozialarbeit die „Transitionsücke“ zu schließen vermag. Dies wäre eine Anmaßung, die viel zu kurz greifen und der Komplexität der Thematik in keiner Weise gerecht werden würde. Es geht vielmehr darum, welchen Platz sie im multiprofessionellen und interdisziplinären transitionspsychiatrischen Geschehen einnehmen kann und muss. Aufgrund der Tatsache, dass zur Thematik der Transitionspsychiatrie v. a. hochaktuelle, teils vollkommen neue und erst jüngst aufgekommene Überlegungen existieren, wird inhaltlich keine Verengung auf den ambulanten oder

stationären Psychatriebereich vorgenommen. Zudem finden nationale wie internationale Erkenntnisse Eingang, um so ein breites Informationsspektrum abzudecken. Auf diese Weise soll im Gesamten eine Übersichtsarbeit zur Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters unter Spezialisierung auf die Perspektive und den Beitrag der Klinischen Sozialarbeit geschaffen werden.

# Theorie I

## 2. Begriffsklärungen und Definitionen im wissenschaftlichen Diskurs

Im folgenden Abschnitt werden die für die weiteren Ausführungen relevanten Begrifflichkeiten, abgeleitet aus Forschung und Theorie, genauer erläutert und diskutiert. So soll ein grundlegender Zugang und Rahmen für die gesamte Arbeit geschaffen werden. Dabei sei berücksichtigt, dass sich an manche Ausdrücke lediglich angenähert werden kann, sie aber nicht vollends abzugrenzen oder eindeutig zu bestimmen sind. Der Grund liegt darin, dass je nach Perspektive oder Kontext unterschiedliche Auffassungen existieren und es teilweise auch an Trennschärfe mangelt, wodurch ein gewisser Deutungs- und Definitionsspielraum besteht.

Zum einen werden drei verschiedene Ebenen der Transition sowie die Bezeichnung per se und das damit verbundene Konzept der Transitionspsychiatrie konkretisiert. Zum anderen sollen hier auch die Phase und das Alter der Transition mit den Komponenten der Adoleszenz und der „*Emerging Adulthood*“ bzw. des jungen Erwachsenenalters Bestimmung finden.

### 2.1 Transition und das Konzept der Transitionspsychiatrie

Vorweg gilt es zu erwähnen, dass bezüglich des Begriffs der Transition im vorliegenden Kontext unterschiedliche Auffassungen existieren. Allgemein geltend ist hier der Wortstamm auf das Lateinische zurückzuführen („*transitus*“ = Übergang, Durchgang) und es werden damit bedeutende, zu bewältigende Übergänge im Lebensverlauf bezeichnet (Vollmer 2012, S.227). Viele Publikationen, die die Transition im Zusammenhang mit (psychisch kranken) Jugendlichen und jungen Erwachsenen behandeln, sind bereits vor über zehn Jahren erschienen, finden sich jedoch fortlaufend in aktuellen Veröffentlichungen wieder. Ein gemeinsamer Konsens besteht u. a. darin, dass die genannten Zielgruppen Übergänge auf verschiedenen Ebenen durchlaufen. Dabei ist zum einen von einer Entwicklungstransition, zum anderen von der Transition im Gesundheitswesen die Rede (Singh 2009, S.387). Für diese Feststellung beruft

sich Singh in seinem Review neben Vostanis (2005) auf Kirk (2008, S.567), die bereits 2008 in einer qualitativen Interviewstudie exemplarisch herausfand, dass sogenannte „*young people with complex healthcare needs*“ vielfache, nicht selten gleichzeitige Transitionen in ihrem Leben erfahren. Es sind ergo nicht nur entwicklungs- und altersbedingte Übergänge von der Kindheit bzw. Jugend in das Erwachsenenalter zu vollziehen, sondern im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung auch „*organizational and illness transitions*“ von den „*children services*“ zu den „*adult services*“ (ebd.). Somit haben sich die jungen Menschen mit psychischer Erkrankung im Vergleich zu den Gesunden nicht nur der Entwicklungstransition zu stellen; sie müssen gleichzeitig den Übergang im Gesundheitssystem von der Kinder- und Jugend- in die Erwachsenenpsychiatrie inklusive organisatorischer und krankheitsbezogener Aspekte meistern. Für den Moment sei hierzu festgehalten, dass der Schritt vom Jugend- in das Erwachsenenalter aus entwicklungspsychologischer Sicht nicht abrupt, sondern fließend geschieht, wogegen er sich im psychiatrischen Versorgungssystem umso schwieriger gestaltet (Freisleder; Laux 2012, S.98f.). Eine konkrete Definition von Transition entstand bereits 1993 nach Blum et al. (1993, S.570). Diese scheint jedoch fortwährend von Relevanz und Gültigkeit zu sein, da sie bis heute immer wieder in den internationalen Fachdiskursen verwendet und in meist unveränderter Form reproduziert wird (vgl. z. B. Rosen et al. 2003, USA oder Department of Health 2006, England oder Mayr et al. 2015, Österreich/Deutschland). Mayr et al. (2015) übersetzen die Begriffserklärung der Transition aus dem englischen Original frei wie folgt:

*Transition ist ein „gezielter, geplanter Prozess weg vom kindzentrierten, hin zum Erwachsenen-orientierten Gesundheitssystem (...), der die medizinischen, psychosozialen und pädagogischen/beruflichen Bedürfnisse von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit chronischen körperlichen und psychischen Leiden miteinbezieht.“*

Auch Fegert et al. (2017, S.80) bezeichnen Transition im psychiatrischen Kontext als den geplanten Übergang von einer adoleszentenorientierten zu einer erwachsenenorientierten Versorgung. Signifikant erscheint bezüglich dieser Auffassungen, dass es sich bei der Transition nicht um einen Zustand oder Augenblick handelt, sondern um einen prozesshaften Vorgang, der planvoll und

zielgerichtet mit einer Fokusverschiebung weg von einem kindlich-jugendlichen Bedarf hin zu dem eines Erwachsenen abzulaufen hat. Jener umfasst eine gewisse Vor- und Nachbetreuungszeit (Findorff et al. 2016, S.7), während der Übergang per se auch als Transfer bezeichnet wird (ebd.; vgl. Paul et al. 2013, S.36ff.). Der besagte Transitionsprozess findet sich in der englischsprachigen Literatur u. a. im Kontext des Ausdrucks „*transitional care*“ im Sinne einer Transitions- oder Übergangsversorgung. Eine kompakte, summierende Definition dazu liefern Paul et al. (2015, S.537), basierend auf der Originalquelle nach Coleman und Berenson (vgl. ebd. 2004, S.533ff.): Es handelt sich dabei um die „*coordination and continuity of care between different health-care locations or levels of care within the same location, regardless of the age of the patient*“. Inwiefern besagte Übergänge erfolgreich gelingen und die Entwicklungstransition zusammen mit den Bedürfnissen der psychisch kranken Jugendlichen und jungen Erwachsenen ausreichend Berücksichtigung finden, wird sich im Verlauf der Arbeit zeigen. Bezüglich der hier genannten „*transitional care*“ bleibt zunächst ebenfalls offen, ob tatsächlich eine aufeinander abgestimmte und altersunabhängige Koordinierung und Kontinuität in der Versorgung der jungen PatientInnen bestehen; vielleicht handelt es sich dabei nur um eine Art Idealvorstellung, auf die es hinzuarbeiten gilt.

Sowohl der Entwicklungs- als auch der Psychiatriesystemübergang werden durch eine dritte Dimension tangiert: die Transition aufgrund des gesetzlich vorgegebenen Alters. In Deutschland wird nach §2 BGB ein junger Mensch mit vollendetem 18. Lebensjahr volljährig und das Ende der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung – welche offenkundig auch die Psychiatrie inkludiert – vollzieht sich je nach Kostenträgervereinbarung zwischen dem 18. und dem 21. Lebensjahr (Findorff et al. 2016, S.3). Weitere Details sowie eine kritische Vertiefung und Diskussion der drei angesprochenen Transitionsebenen und der relevanten Altersphasen finden sich in den nächsten Kapiteln.

Im Bereich der psychiatrischen Übergangsversorgung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen wird in den letzten Jahren immer häufiger das Konzept der Transitionspsychiatrie angeführt, in dessen Rahmen eine Akzentuierung der adoleszenteren Entwicklungsaufgaben erfolgt (Fegert et al. 2015, S.151). Zudem wird die Notwendigkeit von entwicklungspsychologisch orientierten Interventionen und spezifischen Behandlungssettings in den Fokus gerückt

(ebd.). Die Besonderheit liegt hierbei darin, dass es nicht um einzelne statistische Aspekte oder die Beforschung singulärer Lebensphasen separat voneinander geht; vielmehr ist es geboten, Gesundheit in der Lebensspanne zu betrachten und das Augenmerk explizit auf die Übergänge – hier zwischen Jugend und jungem Erwachsenenalter – und auf die damit einhergehenden Chancen und Risiken für die Gesundheitsentwicklung zu richten (ebd., S.151f.). Ergo wirkt das Konzept der Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters wie ein Versuch, die genannten Transitionsebenen der Entwicklung einerseits und des Versorgungssystems andererseits gleichermaßen zu vereinen. Dabei scheinen zwei Aspekte von großer Bedeutung zu sein: die zu Grunde liegende Perspektive, Gesundheit als Kontinuum und Entwicklungsprozess über den gesamten Lebensverlauf und nicht als eine Momentaufnahme zu sehen, sowie der Einbezug der Möglichkeiten und Gefahren an besagten Übergängen.

Unter Berücksichtigung des bisher Erläuterten lassen sich neben der grundlegenden Bedeutung der Transition als Übergang an bestimmten „Lebensschwellen“ für die hier relevante Klientel der psychisch kranken Jugendlichen und jungen Erwachsenen verschiedene Transitionsebenen identifizieren: So findet diese im Kontext der Entwicklung, des Versorgungssystems und der gesetzlichen Vorgaben statt. Dabei sind besagte Dimensionen wohl nicht unabhängig voneinander zu betrachten, sondern sie tangieren, überschneiden und bedingen sich z. T. gegenseitig. Die spezifische Übergangsversorgung der Transitionspsychiatrie hat darauf basierend das Anliegen, dem Hilfebedarf und den besonderen Bedürfnissen von psychisch kranken Jugendlichen und jungen Erwachsenen in ihrer Lebenssituation gerecht zu werden.

Abschließend entstand im Rahmen der Begriffsrecherche der Eindruck, dass die besagten Fachausdrücke im Englischen bis dato um einiges mehr an Beachtung finden als in deutschen Publikationen. Auch eine Aufführung als Schlagwort in sämtlichen Fachlexika ist selten bzw. oft nur in anderen Zusammenhängen der Fall, wodurch der psychiatrische Bezug teilweise erst hergestellt werden musste.

## 2.2 Transitionsphase und Transitionsalter: Adoleszenz, „*Emerging Adulthood*“ und junges Erwachsenenalter

Wie mehrfach angeklungen, spielen im Rahmen der zu bearbeitenden Fragestellung die Phase und das Alter der Transition eine wesentliche Rolle. An die bisherigen Ausführungen anknüpfend besteht ein generelles Kennzeichen von Transitionsphasen darin, dass auf einen knappen Zeitraum konzentriert viele weitreichende Veränderungen für die Betroffenen stattfinden (Vollmer 2012, S.227). Die damit verbundene, erforderliche Anpassung an neue Situationen bringt verschiedene Belastungen mit sich, wobei derartige „Schwellen“ positive wie negative Konsequenzen hinsichtlich der weiteren Entwicklung nach sich ziehen können (ebd., S.227f.). Jene Merkmale treffen vermutlich grundsätzlich auf Übergänge in sämtlichen Kontexten zu und gelten ergo auch für die Transitionsebenen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit psychischer Erkrankung.

Ferner ist ebendieser Lebensabschnitt, geprägt von einem psychosozialen Umbruch, durch das Transitionsalter bestimmt (Mayr et al. 2015, S.158). In einer etwas älteren Publikation von Meleis et al. (2000) wurde basierend auf vorausgegangenen widersprüchlichen Befunden schon damals proklamiert, dass es schwierig bis unmöglich bzw. kontraproduktiv ist, für den Transitionsprozess Altersgrenzen festzulegen. Diese Erkenntnis aus dem pflegewissenschaftlichen Feld trifft, wie sich noch herausstellen wird, ebenso auf die psychiatrische Versorgung zu. In der aktuelleren Fachliteratur findet sich jedoch bezüglich der für die vorliegende Arbeit relevanten Zielgruppe meist die Altersspanne von etwa 15 bzw. 16 („*older adolescence*“) bis etwa 24 bzw. 26 Jahren („*young adulthood*“), auch bezeichnet als „*transitional aged youth (TAY)*“ (Wilens, Rosenbaum 2013, S.887; vgl. Mayr 2015, S.156; vgl. Gießelmann 2016, S.356). So ist auch bei Findorff und Kollegen (2016, S.13) die Rede von höherem Jugend- bzw. frühem Erwachsenenalter. Mayr et al. (2015, S.157) nehmen dagegen eine soziale Einordnung des Transitionsalters vor, indem sie es mit den normativ-gesellschaftlichen Anforderungen der besagten Übergangsphase in Zusammenhang bringen. Zudem verorten sie das Altersspektrum im Kontext der gesetzlichen Volljährigkeit und dem damit einhergehendem „Bruch“ und Wechsel von der pädiatrischen Gesundheitsversorgung in die der Erwachsenen (ebd.).

Es kann vorerst summiert werden, dass es nicht so leicht ist, die Transitionsphase vom Jugend- in das junge Erwachsenenalter mit all ihren Herausforderungen und Dimensionen in ein „Alterskorsett“ zu zwängen; neben individuellen Ausgangslagen und Entwicklungen sind versorgungssystemische und juristische Gegebenheiten mitentscheidend. Für eine optimale Bearbeitung der bestehenden Fragestellung und Thematik soll jedoch im Rahmen der vorliegenden Arbeit mit den oben genannten Altersgrenzen hantiert werden – im Bewusstsein, dass jene nicht ohne sie zu hinterfragen in die Praxis und Realität übertragbar sind. Vor diesem Hintergrund gilt es zunächst die Adoleszenz und das Stadium der sogenannten „*Emerging Adulthood*“ bzw. des jungen Erwachsenenalters, die die Transitionsphase bzw. das Transitionsalter konstituieren, grob zu umreißen.

Dem vorherrschenden Tonus im Fachdiskurs ist keine einheitliche Definition von Adoleszenz zu entnehmen, da vielmehr entscheidend ist, im Rahmen welcher Profession, Kultur, Gesellschaft oder Sichtweise – unabhängig von bestehenden internationalen Unterschieden – jener Zeitabschnitt betrachtet wird. Meist findet sich neben einer Untergliederung in mögliche Betrachtungsweisen aus einer biologischen, psychologischen oder soziologischen Perspektive eine Festlegung der Phase durch bestimmte Alterskriterien mit variierenden Schwerpunkten; hierzu liefert Remschmidt (2013, S.423) exemplarisch eine aktuelle Übersicht. Erschwert wird eine konkrete Bestimmung des Weiteren durch die Bedeutungsnahe zu den Begriffen der Jugend und des Jugendalters; dementsprechend ist in vielen Publikationen die synonyme Verwendung zu Adoleszenz gegeben (vgl. z. B. Wächter 2011, S.469 oder King 2011, S.3). Andernorts wird zusätzlich differenziert, dass die juristische Definition des Jugendalters, exemplarisch im Jugendschutzgesetz oder im Jugendstrafrecht (14-18 Jahre), die Benutzung ebendieser Begrifflichkeit verkompliziert (Rossmann 2012, S.141). Eine Unterscheidung scheint ebenso hinsichtlich des Fachausdrucks Pubertät notwendig: Trotz der Tatsache, dass beide Bezeichnungen die Entwicklung zum Erwachsenendasein skizzieren, stehen sie jeweils in einem anderen Kontext. So ist unter Pubertät die Ausbildung zur sexuellen Fortpflanzungsfähigkeit zu verstehen (Sisk; Zehr 2011, S.91), wohingegen die Adoleszenz auch die kognitive, emotionale und soziale Reifung einschließt. Während die biologischen Prozesse jener Übergangsphase ergo als Pubertät bezeichnet werden, handelt es sich bei der Adoleszenz eher um eine Art „psychosoziale

Pubertät“, geprägt von bedeutenden mentalen und sozialen Entwicklungsschritten (Herpertz-Dahlmann et al. 2013, S.432).

Unabhängig davon kann konstatiert werden, dass die Adoleszenz als Übergangsphase zwischen der Kindheit und dem Erwachsenenalter anzusiedeln ist (Rossmann 2012, S.141). Eine gängige Unterteilung dieser Lebensphase wird oftmals in drei Stufen vorgenommen: die frühe (10. bis 14. Lebensjahr), die mittlere (15. bis 16. Lebensjahr) und die späte Adoleszenz (17. bis 21. Lebensjahr) (Weisbrod et al. 2005, S.314). Nach neueren Befunden ist jedoch zu verzeichnen, dass sich die biologische Pubertätsentwicklung als Teil der Adoleszenz immer stärker vorverlagert und aus soziologischer Sicht sich die Ausbildungs- und Ablösephase bis Mitte der 30er-Jahre verlängert (Fegert; Freyberger 2012, S.11). Großteils gehen die meisten AutorInnen von einer zeitlichen Spanne zwischen dem 12 bzw. 14. Lebensjahr bis zum 20. bzw. 24. Lebensjahr aus, wie Remschmidt 2013 (S.423) in Anlehnung an eine seiner früheren Publikationen vermerkt. Eine exakte Determinierung der Altersgrenzen scheint wegen des Zusammenspiels vieler Faktoren schwierig und bisweilen auch nicht immer sinnvoll oder zwingend nötig. Allgemein sind jene Begrenzungen als äußerst unscharf anzusehen, da sie sowohl nach oben als auch nach unten schwer zu limitieren sind (ebd.) – unabhängig davon, von welcher der oben genannten Perspektiven ausgegangen wird.

So wird vielfach vorgeschlagen, die Phase nach biologischen und soziologischen Kriterien zu bestimmen, wonach der Beginn der Adoleszenz u. a. mit den körperlichen Veränderungen und geschlechtlichen Reifungsprozessen gleichgesetzt wird (ebd.; Rossmann 2012, S.141). Mehler-Wex (2014, S.65) dagegen hält das Alter der körperlichen Pubertät und biologische Parameter nur bedingt als Orientierung für Anfang und Ende des besagten Lebensabschnitts geeignet. Insbesondere die obere Grenze des adoleszenten Altersspektrums ist durch eine starke Variabilität geprägt und höchst abhängig von den Einflüssen der Gesellschaft (Remschmidt 2013, S.423). Mehrfach wird diesbezüglich der Eintritt ins Berufsleben oder die erreichte wirtschaftliche Unabhängigkeit als Maßstab genannt (Rossmann 2012, S.141). Aus neurobiologischer Sicht nimmt die Adoleszenz laut Herpertz-Dahlmann et al. (2013, S.433) ihr Ende erst zu Anfang der dritten Lebensdekade.

Es lässt sich folglich festhalten, dass insgesamt eine rege Diskussion bezüglich potenzieller Altersbegrenzungen der Adoleszenzphase vorherrscht, welche

vermutlich über die Zeit immer wieder neuer Definitionsversuche bedarf. Unter dem Einfluss gewisser Entwicklungsparameter wird allerdings stets nur eine vage und je nach Perspektive und Kontext variierende Bestimmung möglich sein.

Ähnlich verhält es sich mit der Phase der „*Emerging Adulthood*“ bzw. des jungen Erwachsenenalters, die es aber vorweg noch präziser zu umschreiben gilt. Der Begriff der sogenannten „*Emerging Adulthood*“ wurde vornehmlich durch den US-amerikanischen Psychologieprofessor Arnett, der sich in den 90er Jahren erstmals jener Lebensphase zuwandte, geprägt (Sannwald 2014, S.24). Im Deutschen lässt sich dabei vom „beginnenden/auftauchenden Erwachsenenalter“ sprechen (ebd.). Als Altersspektrum benennt Arnett, angelehnt an eine seiner früheren Publikationen den Zeitraum vom 18. bis zum 25. bzw. dem 29. oder sogar 30. Lebensjahr (Arnett 2015, S.7), wobei die obere Begrenzung wiederum hochvariabel ist (ebd.). Dieses Phänomen ist wohl ähnlich der Variabilität der Obergrenze in der Adoleszenzphase zu bewerten, wobei hier andere Ursachen und Hintergründe ausschlaggebend sind. Die besagte Entwicklungsperiode zeichnet sich im Gesamten durch fünf Hauptmerkmale aus, die Arnett in Unterscheidung zur Adoleszenz und dem Erwachsenenalter gebraucht (ebd., S.9). Demzufolge sind zum einen die Erforschung der eigenen Identität („*identity exploration*“) sowie eine gewisse Instabilität („*instability*“) und eine starke Selbstfokussierung („*self-focus*“) zentral (ebd.). Zum anderen handelt es sich dabei um eine Phase des Übergangs, des „*feeling in-between*“, die aber, geprägt von Optimismus, viele verschiedene Lebensmöglichkeiten bietet („*possibilities/optimism*“) (ebd.). Rückblickend hat sich die Zeit des Erwachsenwerdens in den letzten Jahren deutlich verändert. Abgesehen davon, dass die Adoleszenz heute früher beginnt und sich weit in das Erwachsenenalter ausdehnt, hat sich „das Heranwachsen“ insgesamt verlängert und ist diverser geworden; zudem sind die Lebenssituationen der jungen Menschen von heute durch einen Wandel im Denken, neuartige Krisen und ein Identitätsringen charakterisiert (Seiffge-Krenke 2015, S.165; Huck 2015, S.13). Seiffge-Krenke identifiziert dabei gesamtgesellschaftliche, familien- und entwicklungspsychologische Ursachen (ebd.). Es sei angemerkt, dass Arnetts Erkenntnisse primär auf Untersuchungen aus der amerikanischen Gesellschaft gründen (Arnett 2015, S.8), da schon seine ersten Forschungen auf einer Interviewstudie mit 18- bis 25-Jährigen aus unterschiedlichen Städten der USA

basierten (Sannewald 2014, S.24). Unter Berufung auf verschiedene Studien und Statistiken schreibt Seiffge-Krenke jenem Konzept mit seinen Markern und Folgen – auch für die psychische Gesundheit – jedoch eine länderübergreifende Universalität zu. Dabei führt sie aber auch einige Kritikpunkte an der Generalisierbarkeit von Arnetts Konstrukt an, wie beispielsweise nationale, kulturelle und individuelle Einflussfaktoren (vgl. Seiffge-Krenke, S.167f.).

Eine Gleichsetzung der „*Emerging Adulthood*“ mit naheliegenden Phasenbezeichnungen wie „*late adolescence*“, „*young adulthood*“, „*the transition to adulthood*“ oder „*youth*“ wird von Arnett akribisch verneint (vgl. Arnett 2015, S.20ff.). Exemplarisch setzt demnach das junge Erwachsenenalter seiner Ansicht nach voraus, dass das Erwachsenendasein erreicht wurde, was im Rahmen der „*Emerging Adulthood*“ noch nicht der Fall ist (ebd. 2015, S.21). Dennoch fiel bei der Recherche auf, dass insbesondere in der deutschsprachigen Fachliteratur die Begrifflichkeit des jungen Erwachsenenalters meist synonym gebraucht wird. Für die vorliegenden Ausführungen soll deshalb ebenfalls von der Phase des jungen Erwachsenenalters, die „*Emerging Adulthood*“ mitbeinhaltend, die Rede sein. Ähnlich übergreifend beschreiben auch andere AutorInnen lediglich den Übergang von der Spätadoleszenz zum jungen Erwachsenenalter (vgl. Bohleber 2011, S.73f.) oder grenzen das Jugendalter nur von der Kindheitsphase und dem Erwachsenenalter ab (vgl. Hurrelmann; Quenzel 2012, S.30f.).

Wie bereits oben angedeutet, sind ergo auch in diesem Zusammenhang analog der Adoleszenz eine Fixierung der Altersgrenzen und eine exakte Trennung von verwandten Bezeichnungen diffizil. Demnach haben einige grundlegende Charakteristika jenes Lebensabschnitts unabhängig von persönlichen wie externen Einflüssen Bestand, andere unterliegen einem ständigen Wandel. Trotz ebendieser Problematiken zeichnet sich ein hilfreiches „Orientierungsraster“ ab, in welches die Aspekte der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters sowie ähnlicher Begrifflichkeiten eingeordnet werden können. Im Gegenzug bietet jene Variabilität und „Unschärfe“ eine Anpassungschance an sich fortlaufend verändernde Gegebenheiten. Es gilt zu betonen, dass fließende Übergänge, Überschneidungen und vielfältige Variationen sowohl innerhalb der Stufen der Adoleszenz als auch in Verbindung mit den Abschnitten des jungen Erwachsenenalters inklusive der „*Emerging Adulthood*“ bestehen.



### **3. Ursachen der Transitionsproblematik und Herausforderungen der Transitionspsychiatrie**

Aus den Recherchen ging hervor, dass die Aspekte, die besagte transitionspsychiatrische Problematik und Lücke verursachen, multifaktoriell bedingt auf vielen verschiedenen Ebenen anzusiedeln sind und gewisse Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie implizieren. Im Folgenden werden somit zum einen entwicklungs- und störungsbezogene Spezifika des Transitionsalters sowie strukturelle und versorgungsspezifische Gegebenheiten, die hierfür relevant sind, dargestellt. Zum anderen finden rechtliche und ethische Überlegungen sowie Einflüsse aus der Gesundheitspolitik inklusive wirtschaftlich-finanzieller Berührungspunkte Eingang. Es sei angemerkt, dass sich all jene Faktoren nicht immer eindeutig voneinander trennen lassen, sondern sie zum Großteil miteinander in Verbindung stehen und sich wechselseitig bedingen; die verwendete Kategorisierung dient lediglich einem besseren Überblick und Verständnis.

#### **3.1 Entwicklungs- und Störungsspezifika des Transitionsalters aus entwicklungspsychiatrischer Perspektive**

Um die wesentlichen Ursachen der Transitionsproblematik und Herausforderungen der Transitionspsychiatrie auf der Entwicklungsebene herauszuarbeiten, sollen aus einer entwicklungspsychiatrischen Sicht die wesentlichen Charakteristika der relevanten Altersphasen knapp präzisiert und in den Kontext psychischer Erkrankungen gesetzt werden. Zur Verdeutlichung erfolgt anschließend, ebenfalls im Rahmen besagter Perspektive, eine exemplarische Darstellung psychiatrischer Störungen dieser Lebensabschnitte mit Fokus auf deren Langzeitverlauf.

Hierfür sei vorweg knapp das Modell der Entwicklungspsychiatrie als ein möglicher Erklärungsansatz für psychische Störungen und deren Ursachen hinsichtlich der für die vorliegende Arbeit relevanten Gesichtspunkte erläutert (Warnke; Lehmkuhl 2011, S.22). Dabei wird von einem engen Zusammenhang zwischen den folgenden Komponenten ausgegangen: Alter, normale psychi-

sche wie physische Reifung, lebens- und zeitgeschichtliche Einflüsse, familiäres Zusammenleben, Entwicklungsaufgaben, kritische Ereignisse und psychopathologische Symptombildung (ebd.). Ebenso ist darunter eine entwicklungsbezogene Epidemiologie, Diagnostik und Therapie zu verstehen (ebd., S.24). Die Entwicklungspsychiatrie umfasst ferner ein entwicklungspsychopathologisches Verständnis (ebd.). Dieses geht simplifiziert zunächst von einer Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt und einer gegenseitigen aktiven Beeinflussung und Entwicklungsbestimmung aus (Fegert; Resch 2012, S.124). Im Zusammenspiel von Vulnerabilität und Resilienz sowie von Schutz- und Risikofaktoren erscheint eine psychische Erkrankung als Anpassungsproblematik des Individuums an die Anforderungen der Umwelt (vgl. ebd., S.124f.). Die Entwicklungspsychopathologie beschäftigt sich außerdem damit, wie sich die normale Entwicklung im Lebensverlauf auf die Entstehung und Ausprägung von psychopathologischen Symptomen auswirkt bzw. wie besagte Symptomatiken den regulären Entwicklungsprozess beeinflussen (ebd., S.124). Im Zuge dieser Sichtweise kann festgehalten werden, dass viele erwachsenenpsychiatrische Störungen bereits im Kindes- und Jugendalter unspezifische Vorstufen und Prodrome, also „Vorläufer“, aufwerfen (ebd.), was wiederum für die vorliegende Ausarbeitung einen wichtigen Zusammenhang darstellt. Kurzum eröffnet die Betrachtung der Psychopathologie in der Lebensspanne einen vollkommen neuen Blick auf entwicklungsbezogene Aspekte und ermöglicht, dass Erkrankungen bereits in frühen Stadien erkannt und behandelt werden können (Fegert; Freyberger 2012, S.12).

Die hier knapp skizzierte „Lebenslaufperspektive“ der Entwicklungspsychiatrie und des entwicklungspsychopathologischen Verständnisses sind somit auch in der Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters von Bedeutung. Zudem lassen sich womöglich aus diesem Blickwinkel die transitionspsychiatrischen Problematiken und Notwendigkeiten besser erfassen. Damit werden sich aber ohnehin die weiteren Kapitel der Arbeit beschäftigen.

### *3.1.1 Charakteristika, Besonderheiten und Problematiken der Adoleszenz*

Die Adoleszenz bringt generell einen gravierenden biologischen, psychischen und psychosozialen Wandel mit sich (Kaess et al. 2015, S.175). So zeichnen

sich in biologischer und physischer Hinsicht Veränderungen bei sämtlichen Organen und Körperfunktionen ab, wie z. B. bezüglich der Körpergröße und -proportionen, einer vermehrten Hormonausschüttung oder äußerer Merkmale sexueller Reifung (Remschmidt 2013, S.423). Die Pubertätshormone sorgen auch für eine geschlechtsspezifische Gehirnstrukturierung; zusätzlich bedingen exogene Erfahrungen und Umwelteinflüsse in Wechselwirkung mit dem Gehirn, potenziell negativ wie positiv, die neurologische Entwicklung (Konrad et al. 2013, S.430). Es erfolgt eine fundamentale Reorganisation des jugendlichen Gehirns, welche bis zum Beginn des dritten Lebensjahrzehnts andauert (Konrad et al. 2013, S.430). Der Hintergrund besteht darin, dass sich das Wachstum der verschiedenen Gehirnstrukturen in unterschiedlichen Reifungsstufen und -geschwindigkeiten vollzieht (zerebrale Reifungsdissoziation) (Remschmidt 2013, S.423; Konrad 2013, S.430). Somit kommt es – gemäß der Hypothese nach Casey et al. (2008) – zu einem Ungleichgewicht und unzureichender Kontrolle zwischen früher und später reifenden Arealen (vgl. ebd.). Diese Erkenntnis liefert eine mögliche Erklärung für das vermehrte Auftreten affektiver Störungen im Jugendalter sowie für die typischen adoleszenten risikoreichen Verhaltens- und emotionalen Reaktionsweisen (Konrad et al. 2013, S.430).

Besagtes Risikoverhalten ist ebenfalls geschlechterabhängig (vgl. Konrad et al. 2013, S.425) und umfasst Handlungen, die (un-)mittelbar zu einer Beeinträchtigung der Gesundheit oder der Persönlichkeitsentwicklung führen können, z. B. Substanzmittelkonsum, Delinquenz, „Internetsucht“, selbstverletzendes Verhalten oder Suizidalität des Jugendalters (Bühler 2011, S.189; Mehler-Wex 2017; vgl. Lempp 2014, S.38ff.). Es kann als „Selbsthilfemittel“ bei psychischer Erkrankung dienen (Mehler-Wex 2017), tritt jedoch auch unabhängig davon jugendspezifisch in der Adoleszenz auf und nimmt im Erwachsenenalter wieder ab (Ravens-Sieberer 2008, S.21; Bühler 2011, S.189). Der eben geschilderte neurobiologisch noch unausgereifte Zustand des adoleszenten Gehirns bringt aber auch Vorteile: verglichen mit einem ausgereiften Gehirn sind eine höhere Flexibilität und bessere Lerneffekte möglich (Mehler-Wex 2017).

Im Rahmen der psychologischen Dimension entstehen beispielsweise die Fähigkeit des abstrakten Denkens und der Introspektion sowie moralische Nor-

men- und Werthaltungen (Remschmidt 2013, S.423). Außerdem sind das Moralempfinden und das logische Denkvermögen bereits vor dem 20. Lebensjahr weitgehend in ihrer Entwicklung abgeschlossen; zusätzlich besitzen Jugendliche die maximale körperliche und geistige Leistungsfähigkeit (Thyen et al. 2012, S.26).

Im Segment der gesellschaftlich-psychologischen bzw. psychosozialen Herausforderungen dieser Phase – potenziell förderlich wie hinderlich für die Persönlichkeitsentwicklung der jungen Menschen – findet sich bei Mehler-Wex eine kompakte Übersicht (vgl. ebd. 2012, S.55f.; vgl. ebd. 2014, S.63) und Vertiefung dessen (vgl. ebd. 2017). Demnach spielen neben der sexuellen Reifung auch die Identitätsentwicklung und -findung eine wesentliche Rolle (ebd.). Die sukzessive wechselseitig zu vollziehende Ablösung von Elternhaus und Kernfamilie hin zu ersten Partnerschaften und eine altersangemessene Verselbstständigung stellen genauso wie soziale und juristische Verantwortungsübernahme weitere Herausforderungen dar, die mittlerweile immer verfrühter auftreten (ebd.). Ferner ist der schulische und berufliche Anforderungsbereich, welcher mit gestiegenen Leistungserwartungen einhergeht, anzuführen (ebd.). Außerdem tragen Perfektionismusideale, Reizüberflutung und die einnehmende Rolle der Medien dazu bei, dass das Leben für die jungen Menschen (und deren Eltern) – gesund oder krank – heute komplexer geworden ist (ebd. 2017, S.2). Die so ausgelöste Angst und Verunsicherung erhöht das Stresslevel und damit die Anfälligkeit für psychische Belastungen (ebd.).

Viele der bisher angeführten Aspekte implizieren bereits alterstypische Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz, die es im Rahmen der entwicklungspsychiatrischen Perspektive und dem Kontext der Transitionspsychiatrie zu beachten gilt. Auch Quenzel (2015, S.15) argumentiert, dass die Gesundheit von Jugendlichen ohne jenes Konzept nicht nachvollziehbar ist. Die Entwicklungsaufgaben sind vielerorts in der Fachliteratur zu finden, z. T. lediglich in ihrem Umfang, der Ausformulierung oder den zitierten Originalquellen unterschieden. Am häufigsten wird die ursprüngliche Fassung nach Havighurst aus den 1950er Jahren angeführt (Flammer 2009, S.92). Eine der aktuellsten Ausarbeitungen stammt von Hurrelmann und Quenzel (2012, S.28; Quenzel 2015, S.33f.), die sowohl eine psychobiologische als auch eine soziokulturelle Dimension umfasst (vgl. Hurrelmann, Quenzel 2012, S.29ff.; vgl. Quenzel 2015,

S.35ff.). Es muss berücksichtigt werden, dass die adoleszenteren Entwicklungsaufgaben in der Regel nicht mit der formalen Volljährigkeit, sondern oftmals erst Mitte 20 bewältigt sind (Blankenburg 2008, S.216). Ein graphischer Überblick der alterstypischen Entwicklungsthemen und Lebensaspekte der Adoleszenz findet sich bei Mehler-Wex (vgl. ebd. 2012, S.56; vgl. ebd. 2014, S.64). Wie die stetige Weiterentwicklung der Entwicklungsaufgaben bereits vermuten lässt, sind jene immer an aktuelle zeitgeschichtliche Gegebenheiten anzupassen. Unabhängig davon kann an dieser Stelle summiert werden, dass junge Menschen im Transitionsalter – psychisch krank oder gesund – in der Adoleszenz einen bedeutenden Wandel in vielerlei Hinsicht durchlaufen und ihnen auf immense Weise eine entsprechende Bewältigung und Anpassung abverlangt wird, wofür u. a. auch besagtes jugendtypisches Risikoverhalten an den Tag gelegt wird (vgl. Bühler 2011, S.189, S.204). Ebendieser Bewältigungsprozess hängt auch vom Temperament, der Persönlichkeit, der Erziehung, der Gesellschaft und den Lebenserfahrungen bzw. -bedingungen der Jugendlichen sowie den darin liegenden Ressourcen und Schwächen ab (Mehler-Wex 2017; 2014, S.63; 2012 S.56). Jedoch sind für eine psychische Erkrankung in der Adoleszenz entgegen einer eindeutigen kausalen Vorhersagbarkeit meist mehrere körperliche, psychische und/oder soziale Risikofaktoren zusammenwirkend verantwortlich (Ravens-Sieberer et al. 2008, S.23). Hinzu kommen die hohe Vulnerabilität des Jugendalters und die gegensteuernden Komponenten der protektiven Faktoren und der Resilienz (vgl. Fegert; Resch 2012a, S.134; siehe 3.1). Erst so entscheidet sich, ob den Adoleszenten ihre Bewältigungs- und Adaptionsprozesse an die herausfordernden bio-psycho-sozialen Veränderungen gelingen oder sie daran scheitern und vielleicht eine psychische (pathologische) Symptomatik folgt.

Als Risikofaktoren des Umfelds lassen sich in diesem Zuge beispielsweise ein niedriger Sozialstatus, familiäre Konflikte, Migration, erziehungsschwache, chronisch kranke oder straffällige Eltern, ambivalente Eltern-Kind-Interaktionen sowie ein Anschluss an delinquente oder sozialgestörte Peers identifizieren (Mehler-Wex 2014, S.63; 2012 S.56; Herpertz-Dahlmann 2012, S.435). Intraindividuelle Bedingungen, die potenziell prädisponierend für eine psychische Erkrankung in der Adoleszenz sein können, sind exemplarisch eingeschränkte soziale Kompetenzen und Problemlöse-/Copingstrategien, Impulsivität bei geringer Frustrationstoleranz oder ängstlich-unsichere Wesenszüge

(ebd.). Dabei spielen ebenso vorgeburtliche Risiken für psychische Erkrankungen in dieser Phase bis ins junge Erwachsenenalter eine Rolle (vgl. erster Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern 2016, S. 18, zitiert nach WHO 2012).

Resümierend befinden sich die Jugendlichen entwicklungspsychiatrisch betrachtet unbestritten in einem mittlerweile hochkomplexen „Umbau-Gefüge“ aus intra- und extrapersonellen Veränderungen, mit denen sie in Wechselwirkung stehen. Diese Herausforderungen treten innerhalb kürzester Zeit auf und je nach Ausgangslage und individuellen Fähigkeiten kann ein aktiver Bewältigungs- und Adaptionsprozess im Rahmen der Spezifika besagter Entwicklungsphase gelingen. All das beeinflusst wohl auch die problematischen und oft brüchigen transitionspsychiatrischen Übergänge, wodurch eine adäquate Berücksichtigung der Entwicklungsspezifika des Transitionsalters eine Herausforderung der Transitionspsychiatrie darzustellen scheint.

### *3.1.2 Charakteristika, Besonderheiten und Problematiken des jungen Erwachsenenalters*

Analog zur Adoleszenz lassen sich auch für das junge Erwachsenenalter als Bestandteil der Transitionsphase gewisse Spezifika ausmachen, die hinsichtlich der transitionspsychiatrischen Problematiken und Herausforderungen von Relevanz scheinen. Hierzu wurden unter 2.2 im Rahmen der Annäherung an den Begriff der „*Emerging Adulthood*“ bereits die fünf zentralen Merkmale nach Arnett kurz angeführt. Im Detail geht es bezüglich der sogenannten „*identity exploration*“ darum, dass sich die jungen Menschen damit beschäftigen, wer sie sind und was sie im Leben wollen, und sie die verschiedenen beruflichen und partnerschaftlichen Möglichkeiten austesten (Arnett 2015, S.9). Arnett beruft sich hierbei auf Eriksons Feststellung aus den 1950ern, dass die Identitätssuche und -bildung zwar v. a., aber nicht nur, in der Adoleszenz zentral sind (ebd., S.9f.). So reicht eine intensive Identitätsentwicklung heute bis zum 30. Lebensjahr und darüber hinaus (Seiffge-Krenke 2015, S.169); sie hat sich deutlich verlängert und liegt fernab von objektiven „Erwachsenenmarkern“ (ebd., S.171). Dabei scheinen das Wissen und die Erfahrungen aus Elternhaus und Schule noch nicht zu genügen, um sich mit den Identitätsproble-

men einer zunehmend komplexer werdenden Welt angemessen auseinanderzusetzen (Huck 2015, S.22).

Hinzukommt die Instabilität der „*Emerging Adulthood*“ in Arbeit, Beruf, Partnerschaften, Beziehungen und Wohnorten (Arnett 2015, S.9), die neben einem ausgedehnten Explorationsverhalten einen Beitrag zur Identitätserforschung leistet (ebd., S.13). Denn insbesondere jene „Experimentierfreudigkeit“, wie sie Seiffge-Krenke (2015, S.166) deklariert, zeigt sich oftmals in den besagten noch wankelmütigen Lebens Themen. Gleichzeitig sind die partnerschaftliche, berufliche und örtliche Mobilität und Instabilität vielleicht aber auch ein Grund für die starke Selbstfokussierung im jungen Erwachsenenalter, die in diesem Lebensabschnitt ihren Höhepunkt erreicht (ebd., S.167; Arnett 2015, S.13). Wie schon in der Adoleszenz wird sie möglicherweise durch die ausgeprägte und beeinflussende Präsenz neuer Medien intensiviert und tangiert die Identitätsexploration und Selbstvalidierung (Seiffge-Krenke 2015a, S.44f.; 2015, S.167). Entgegen der engen Involvierung in das Familien- und Schulsystem während Kindheit und Jugend, sind die jungen Erwachsenen bei vielen neuen alltäglichen Fragen der Lebensführung und Entscheidungen bezüglich ihrer Lebensentwürfe sich selbst überlassen (vgl. Arnett 2015 ebd., S.13f.). Im Rahmen der extremen Selbstfokussierung und -reflexion unterscheiden sich die „*Emerging Adults*“ deutlich von den Adoleszenten, da sie ein höheres Maß an Empathie und Objektbezogenheit aufweisen; sie verfolgen das Ziel, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen und die Konsequenzen dafür zu tragen (Sannwald 2014, S.27). Das Gefühl des „*in-between*“ kommt ebenso durch das besagte Explorationsverhalten und die Instabilität dieses Lebensabschnitts zustande und bezieht sich auf den Übergang zwischen den jugendlichen Beschränkungen und der Verantwortung des Erwachsenenalters (Arnett 2015, S.14). Basierend auf einem Bündel aus internationalen Studien und Forschungen proklamiert Arnett hierzu passend drei Kriterien des Erwachsenendaseins: Verantwortungsübernahme für sich selbst, das Treffen von unabhängigen Entscheidungen und eine finanzielle Unabhängigkeit (ebd., S.15; vgl. ebd. S.311ff.). Dabei gibt Seiffge-Krenke (2015, S.167) jedoch zu bedenken, dass trotz der gesetzlichen Volljährigkeit die jungen Menschen zu diesem Zeitpunkt die Erwachsenenrolle nur in Teilen ausfüllen. Auch die optimistischen Hoffnungen und Erwartungen, die nach Arnett (2015, S.15) diese Phase angeblich

prägen, konnte sie trotz der bereits angesprochenen potenziellen Generalisierbarkeit des Konzepts der „*Emerging Adulthood*“ in seiner Übertragbarkeit auf deutsche junge Erwachsene revidieren (vgl. Seiffge-Krenke, S.167ff.).

Diese Merkmale inkludierend, lassen sich auch für das junge Erwachsenenalter spezifische Entwicklungsaufgaben festhalten. Deren originäre Fassung (wiederum nach Havighurst) wurde ab 1991 in einem zwölfjährigen Längsschnittprojekt von Seiffge-Krenke und Gelhaar (2006, S.21) auf ihre aktuelle Relevanz überprüft. Sie hat heutzutage im Kern zwar noch Bestand, jedoch erscheinen nicht mehr alle Inhalte davon als vollkommen adäquat (vgl. ebd., S.23f.); vielmehr sind sie zeitgemäß zu modifizieren, zu ergänzen und zu erweitern (vgl. Huck, S.21f.). Ein grundsätzlicher Wandel besteht darin, dass ein Erreichen der Entwicklungsziele heute schwieriger ist als noch vor Jahrzehnten: gemessen am Entwicklungsstand sind jene oft sehr hoch gesteckt und die jungen Menschen sehen sich dadurch einem enormen Druck ausgesetzt (Seiffge-Krenke 2015, S.168). Ebendieser äußert sich schließlich möglicherweise in Form psychischer Symptomatiken (ebd., S.169), da auch junge Erwachsene nach wie vor mit den in der Adoleszenz begonnenen Unsicherheiten und Zukunftsängsten konfrontiert werden (vgl. Seiffge-Krenke et al. 2012, S.258ff.). Folglich haben sich die Entwicklungsaufgaben der jungen Erwachsenen auf Grund neuer Einflüsse, z. B. durch das Konzept der „*Emerging Adulthood*“, sowie durch die heute komplexeren Lebenswelten verändert und verkompliziert. Eine gelingende Bewältigung ist insgesamt schwieriger und dauert länger. So werden manche adoleszenterer Entwicklungsaufgaben erst im „Matorium“ des frühen Erwachsenenalters bewältigt (Seiffge-Krenke, 2015a, S.46f.). Es kann ergo heute im Vergleich zu früher von einer „Entpathologisierung des verlängerten Übergangs“ die Rede sein (ebd., S.171). Hierzu trägt ebenfalls bei, dass die Spezifika des jungen Erwachsenenalters analog denen der Jugendphase auch für die betroffenen Eltern eine Herausforderung darstellen und neue Rollenverpflichtungen entstehen. Denn trotz einer anzustrebenden elterlichen Unabhängigkeit, beginnend in der Adoleszenz und sich beschleunigend in der „*Emerging Adulthood*“, als ein wichtiger Übergangs- und Ablöseschritt (Arnett 2015, S.80), lässt sich der Status der jungen Erwachsenen heutzutage eher als „semi-autonom“ betiteln (Seiffge-Krenke 2015, S.170). Es ist weiterhin eine hohe finanzielle elterliche Abhängigkeit gegeben,

was zu einer unangebrachten Unterstützung und „Beelterung“ auf emotionaler und praktischer Ebene führen kann (ebd., S.170f.).

Neben den genannten psychologischen wie (psycho-)sozialen Entwicklungsspezifika ist ferner die physische Gesundheit in der „*Emerging Adulthood*“ am stabilsten; zudem bestehen die volle Geschlechtsreife sowie ein Maximum an Fruchtbarkeit, was aber die Gefahr für Geschlechtskrankheiten oder ungeplante Schwangerschaften erhöht (Sannwald, S.28). Generell ist das junge Erwachsenenalter, ähnlich der Adoleszenz, von externalem Risiko- und Problemverhalten geprägt: Jenes ist jedoch ebenso nicht zwingend als krankhaft einzustufen und besteht z. B. in einem riskanten Sexual- und Fahrverhalten, Substanzabusus oder Delinquenz (vgl. Arnett; Hughes 2012, S.449f.). Wie bereits geschildert ist das Zusammenspiel aus Risiko- und Schutzfaktoren, Vulnerabilität, Ressourcen, Stressoren und Resilienz entscheidend für eine potenziell pathologische Symptomatik und Entwicklung oder eine erfolgreiche Adaption an all die Herausforderungen und die Bewältigung der phasentypischen Entwicklungsaufgaben. Unabhängig von soziokulturellen und demografischen Faktoren sind insbesondere junge Erwachsene als „resilient“ zu sehen und sie haben die Möglichkeit, ihr Leben – irrelevant, wie es davor aussah – neu zu gestalten (vgl. Arnett 2015., S. 291ff.).

Alles in allem kann resümiert werden, dass auch das frühe Erwachsenenalter als prekärer und vulnerabler Lebensabschnitt – u. a. auch bezüglich der Entstehung psychischer Störungen – noch viele bio-psycho-soziale Schwierigkeiten und Veränderungen bereithält, die es von psychisch gesunden und kranken Heranwachsenden aktiv zu meistern gilt. Die heute noch diffiziler und komplexer gewordenen Phasenspezifika per se sowie deren adäquate Berücksichtigung in Behandlung und Therapie liefern weitere Ursachen für eine misslingende Transitionspsychiatrie. Sie sind somit gleichzeitig Herausforderungen, die es für erfolgreiche psychiatrische Übergänge und eine optimale Versorgung im Transitionsalter zu beachten gilt.

### *3.1.3 Psychische Erkrankungen des Transitionsalters im Longitudinalverlauf*

Während die Inhalte der beiden vorangegangenen Kapitel als grundlegend relevant für alle jungen Menschen des Transitionsalters gelten, soll es nun vor-

nehmlich um die Transitionsphase im Kontext psychischer Erkrankungen gehen; dabei liegt der Fokus auf dem Verlaufsaspekt im Rahmen der entwicklungspsychiatrischen Perspektive.

Die allgemeine Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland beträgt laut der ersten Nachfolgerhebung „KiGGS-Welle eins“ von 2009-2012 (KiGGS-Basiserhebung: 2003-2006) als bundesweite Langzeitstudie im Längsschnitt aktuell ca. 20 % (Hölling et al. 2014, S.818). Selbiges Ergebnis liefern auch internationale Studien, wobei etwa die Hälfte aller psychischen Störungen ihren Anfang in der Adoleszenz nehmen (Belfer 2008, S.226). Demnach manifestieren sich bis zum 14. Lebensjahr etwa 50% und bis zum Alter von 17 ca. 80% aller psychischen Erkrankungen, die in der gesamten Lebensspanne auftreten (Lambert et al. 2013). Der Zusammenhang der einzelnen Altersabschnitte wird v. a. dadurch deutlich, dass eine hohe episodische wie chronische Persistenz von frühen Störungen bis in das Erwachsenenalter von 66% bis 78% gegeben ist, es ergo nicht zu einem „Auswachsen“ der Beeinträchtigungen und Auffälligkeiten kommt (ebd.).

Die Adoleszenz ist somit nicht nur durch ein erhöhtes Ersterkrankungsrisiko geprägt, welches auf die bereits beschriebenen bio-psycho-sozialen Veränderungen und starke Vulnerabilität dieser Phase zurückzuführen ist (Kaess; Resch 2015, S.89f.). Sie zeichnet sich gemäß den Erkenntnissen der BELLA-Studie (Modul zur psychischen Gesundheit und Lebensqualität der KiGGS-Studie) ebenso durch eine hohe Prävalenz psychischer Probleme aus (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2008a, S. 22ff.). Im Sinne eines „*large impacts*“ kann es zu Einschränkungen in der alltäglichen Funktionsfähigkeit und dem Wohlbefinden der Jugendlichen kommen; die weitere psychosoziale Entwicklung über die gesamte Lebensspanne verläuft möglicherweise ungünstig (vgl. ebd.).

Psychische Erkrankungen mit Beginn oder Manifestationsgipfel in der Adoleszenz lassen sich in „introversiv“ und „extroversiv“ kategorisieren (Herpertz-Dahlmann et al. 2013, S.435) und sind für den weiteren Lebensverlauf von Relevanz. Zur introversiven Sparte, häufiger auftretend bei Mädchen, zählen u. a. Angsterkrankungen, depressive Symptomatiken und Essstörungen, welche jeweils mit Rückzug und eingeschränkter Lebensqualität verbunden sind (Remschmidt 2013, S.424; vgl. Herpertz-Dahlmann et al. 2013, S.435f.).

Unter den extroversiven Ausprägungen sind gemäß dem Kriterium der Ersterkrankung bzw. des Manifestationsgipfels primär Störungen des Sozialverhaltens zu nennen; davon sind vermehrt Jungen betroffen, wobei die expansiven Verhaltensweisen zur Beeinträchtigung anderer führen (Remschmidt 2013, S.424; vgl. Herpertz-Dahlmann et al. 2013, S.435ff.). In diesem Zuge statuiert die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S) ein Exempel hinsichtlich ihrer Persistenz sowie neuer Akzentuierungen und Komorbiditäten im Erwachsenenalter (Freisleder; Laux 2012, S.100). Obwohl die entsprechende Expertise in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verankert ist, leiden auch im Erwachsenenalter noch etwa 60% der Betroffenen daran (Gießelmann 2016, S.357).

Selbstverletzendes und risikoreiches Verhalten kamen als jugendspezifische Symptomatiken bereits unter 3.1.2 zur Sprache; auch Kapitel 3.2 wird sich diesbezüglich noch konkreter mit den für diese Phase typischen Adoleszenzkrise befassen (vgl. Herpertz-Dahlmann et al. 2013, S.437f.). So entsteht laut Aussage Pleners aus einem adoleszenteren selbstverletzenden Verhalten, das mit ca. 12,5 Jahren erstmalig auftritt und meist um die Volljährigkeit herum endet, nicht zwingend eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (Gießelmann 2016, S.357). Jene wird im Jugendalter eher selten diagnostiziert, obwohl dies bereits möglich wäre (ebd.). Dennoch gibt es für Betroffene durchaus langfristige Auswirkungen im Lebensverlauf: Sie sind fortwährend gefährdet, dysfunktionale Strategien der Emotionsregulation als Ausgleich zu nutzen (z. B. Substanzmissbrauch) (ebd.).

Über die psychischen Störungen der Adoleszenz und die besagten jugendtypischen Auffälligkeiten hinausgehend sind ebenso schwere psychische Erkrankungen in jungen Jahren auf lange Sicht bedeutend. Das Ersterkrankungsrisiko einer Schizophrenie steigt ab dem frühen Jugendalter an und, wie unter 3.1 allgemein beschrieben, nehmen etwa ein Zehntel der schizophrenen Erkrankungen noch vor der Volljährigkeit als Vorläufersymptome oder Initialstadien ihren Anfang (Lempp 2014, S.42; Freisleder, Laux 2012, S.100). Demnach zeigen sich bis zur Erstdiagnose um das 18. Lebensjahr oft schon in der frühen Adoleszenz unspezifische Symptome, die aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht nicht korrekt eingeordnet werden (Karow zitiert bei Gießelmann 2016, S.356f.). So bleiben Betroffene lange unbehandelt und treten erst wieder mit Mitte 20 in der Erwachsenenpsychiatrie in Erscheinung (ebd.). Ebenso

können Persönlichkeitsstörungen bereits in Kindheit und Jugend beginnen, sich manifestieren oder sich langfristig zu erwachsenen Persönlichkeitsstörungen entwickeln (ausgehend von z. B. Angst-, Zwang-, Ess- oder Sozialverhaltensstörungen in der Adoleszenz) (Lempp 2014, S.48). Bis dato gilt es zu konstatieren, dass in der Adoleszenz als Komponente des Transitionsalters unter Berücksichtigung geschlechts- und altersbedingter Unterschiede verschiedenste psychische Erkrankungen sämtlicher Schweregrade in Form von ersten Auffälligkeiten, Episoden, Frühsymptomen, Erstmanifestationen und Höhepunkten auftreten können. Im Verlauf ist es möglich, dass, abgesehen von jugendspezifischen Auffälligkeiten, die Krankheiten persistieren oder sich zuspitzen. Inwiefern sich hierbei die jeweilige Symptomatik über die Entwicklungsstufen alterstypisch verändert, primär vom Jugend- in das Erwachsenenalter, ist einer Tabelle bei Mehler-Wex zu entnehmen (vgl. ebd. 2012, S.55). Von den jungen Erwachsenen erfüllen etwa 37% der 18- bis 34-Jährigen in Deutschland die Kriterien einer psychischen Störung (vgl. Jacobi et al. 2014, S.81ff.). Insgesamt weisen sie im Rahmen jener Untersuchung verglichen mit allen andern Altersgruppen auch die höchste Prävalenz psychischer Erkrankungen auf, wobei Frauen häufiger betroffen sind als Männer, und es störungsspezifische und soziodemographische Diskrepanzen zu beachten gilt (vgl. ebd., S.81f.). Generell lässt sich ein Anstieg psychischer Störungen in diesem Lebensabschnitt proklamieren, wohl u. a. rückföhrbar auf die zunehmende Belastungen darin (Seiffge-Krenke 2015, S.170). Die relevanten psychischen Erkrankungen des jungen Erwachsenenalters lassen sich analog der Adoleszenz in internale und externale Probleme einteilen (vgl. Arnett; Hughes 2012, S.448ff.). Dementsprechend wurde unter 3.1.2 bereits das Risikoverhalten der „*Emerging Adults*“ als externale Auffälligkeit thematisiert; im Bereich der weit verbreiteten internalen Störungen dieser Phase finden sich bei Arnett und Hughes lediglich Depression, u. a. in Verbindung mit Suizidalität, und Essstörungen genannt (vgl. ebd. S.470ff.). Im Zuge einer entwicklungspsychiatrischen Verlaufsperspektive kann aber gemutmaßt werden, dass die Störungen des Jugendalters, abgesehen von adoleszenztypischen Erscheinungen, im frühen Erwachsenenalter ebenso relevant sind wie erwachsenenpsychiatrische Erkrankungen.

Huck befasst sich des Weiteren mit aktuellen, besonderen Phänomenen und Krankheitsbildern bei jungen Erwachsenen, die im Langzeitverlauf betrachtet

nicht selten auf frühe Bindungsstörungen zurückgehen: Er führt z. B. Medien-sucht, Cybermobbing, neue Suchtstoffe, -muster und -formen und wiederum die gestiegene Zahl von erwachsenen AD(H)S-PatientInnen an (vgl. ebd. 2015, S.126ff.). Außerdem sieht sich die Erwachsenenpsychiatrie heute insbesondere bei jungen Volljährigen mit migrationsspezifischen, asylrechtlichen Problematiken und Posttraumatischen Belastungsstörungen, psychisch stark belasteten jungen Eltern, Störungen im sexuellen Bereich, Autismus-Spektrum-Störungen und chronischen Erkrankungen konfrontiert (vgl. ebd.).

Zusammenfassend treten ergo unabhängig von der Adoleszenz auch bei einer großen Anzahl junger Erwachsener verschiedenste psychische Erkrankungen auf, wobei die Krankheitsbilder zusätzlich durch aktuelle Einflüsse und neuartige Entwicklungen in der heutigen Gesellschaft erweitert und verkompliziert werden. Dabei ist sowohl ein erstmaliges Störungsaufreten als auch ein anhaltendes Bestehen von Auffälligkeiten seit dem Kindes- oder Jugendalters möglich. Während der gesamten Transitionsphase liegen ferner Unterschiede in Ausprägung, Schwere und Dauer der Erkrankungen vor und es existieren alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten. Obwohl gerade aufgrund früher Ersterkrankungen und der Erkrankungspersistenz eine Verlaufskennntnis und -berücksichtigung für eine erfolgreiche Transitionspsychiatrie unabdingbar scheint, sind die Entwicklungspfade sehr heterogen und nur schwer vorherzusagen. Das macht wiederum Diagnostik, Therapie und (Langzeit-)Prognosen sowie eine adäquate, gelingende psychiatrische Übergangsvorsorgung umso diffiziler.

### 3.2 Strukturelle und versorgungsspezifische Aspekte

Die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems mit ihrer Aufteilung in Kinder- und Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie sind ebenfalls im Rahmen der transitionspsychiatrischen Problematik zu erwähnen. Damit gehen jeweils verschiedene Versorgungsgegebenheiten und -bedingungen sowie ein klientelspezifischer Behandlungsbedarf einher. Mayr et al. (2015, S.159) sprechen bezüglich der besagten „Transitions-lücke“ sogar von einer „strukturellen Schranke“, bei Resch und Weisbrod (2012, S.242) ist die Rede von „institutionellen Zuständigkeitsgrenzen“ und Pfennig und Klosterkötter (2014, S.1548) sehen in der akkuraten Trennung der beiden Psychiatriesysteme explizit das Risiko, „in

eine Versorgungslücke zu fallen“, wahlweise auch „Behandlungsloch“ (Herpertz-Dahlmann; Herpertz 2010, S.1302).

Zur Verdeutlichung dessen erfolgt vorweg eine grundlegende Differenzierung der zwei psychiatrischen Versorgungssysteme, wobei der Fokus auf den transitionspsychiatrisch-relevanten Unterschieden liegen soll. Für detaillierte Informationen bezüglich allgemeiner Grundzüge, Strukturen und Funktionsweisen der beiden Sparten ist auf andere AutorInnen zu verweisen (vgl. Warnke; Lehmkuhl 2011, S.50ff.).

Gießelmann liefert hierzu tabellarisch einige wichtige psychiatrisch-psychotherapeutische Kriterien im Vergleich (vgl. ebd. 2016, S.357):

<u>Kinder und Jugendliche</u>	<u>Erwachsene</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- familienzentrierte Arbeitsweise: z. B. Eltern-/Familiengespräche, Elterntraining, Hilfen zur Erziehung; Miteinbezug des weiteren Lebensumfelds (z. B. Schule, Peers) und gegebenenfalls der Geschwister</li> <li>- notwendige Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten (hinreichend bei Zwangsmaßnahmen, z. B. Fixierung)</li> <li>- neben psychiatrischem Auftrag auch pädagogischer Auftrag für Schaffen von Normen und Regeln</li> <li>- häufige Anwendung von Medikamenten wegen unzureichender Datenlage in dieser Altersgruppe im „<i>off-label-use</i>“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- patientenzentrierte, individuelle Arbeitsweise: auf Patientenwunsch Miteinbezug Angehöriger; gegebenenfalls Miteinbezug des Sozialdienstes</li> <li>- Zwangsmaßnahmen nur mit richterlichem Beschluss; beachten der Patientenautonomie</li> <li>- kein pädagogischer Auftrag</li> <li>- verordnete Medikamente in der Regel zugelassen</li> </ul>

Diese Auflistung bedarf mancherorts noch einer expliziteren Erläuterung und lässt sich ergänzen und erweitern. So ist eine kinder- und jugendpsychiatrische Medikation nicht nur aufgrund mangelnder Zulassungen in diesem Feld schwierig; auch umgekehrt kann es zu Komplikationen kommen, da z. B. in der AD(H)S-Behandlung im Erwachsenenbereich nur wenige Präparate existieren (ebd.). Die angesprochene unzureichende Datenlage bei jüngeren PatientInnen rührt daher, dass entwicklungspsychopharmakologische Studien fast ausschließlich im Erwachsenenalter angesiedelt sind, da die Pharmakogenetik bei jungen Menschen, deren körperliche Systeme noch am Reifen sind, von

vielen Faktoren abhängt (Mehler-Wex 2017). Ferner erfolgt in der Erwachsenenpsychiatrie seltener eine Kombination von medikamentöser Behandlung mit Psychotherapie als bei Kindern und Jugendlichen (Huck 2015, S.55).

Im Rahmen des in der Kinder- und Jugendpsychiatrie relevanten Lebenswelt-einbezugs ist eine enge Vernetzung mit der Jugendhilfe und dem Schul- bzw. Berufsbildungssystem gegeben (Schepker 2012, S.26). Demnach sind für eine altersabhängige Formulierung des Behandlungsauftrags und der entsprechenden Ziele, psychiatrisch wie pädagogisch, sonstige Auftraggeber zu involvieren (z. B. Erziehungsberechtigte, Lehrkräfte, Jugendamt) (Mehler-Wex 2012, S.52; 2017). Noch wichtiger ist es, die Abhängigkeit der Minderjährigen von ihren Erziehungsberechtigten zu bedenken, was einen Einbezug der Kernfamilie in die Therapie über die Volljährigkeit hinausgehend unabdinglich macht (ebd.). Selbiges gilt ergo für die jungen Erwachsenen und deren Lebensbedingungen: Jene müssen nicht nur genauso mitbetrachtet werden (Seiffge-Krenke 2015a, S.47), sondern es kann, obwohl Elterngespräche v. a. bei jüngeren elementar sind, auch bei Volljährigen diesbezüglich noch Klärungsbedarf bestehen (ebd.; Mehler-Wex 2017).

Für die unterschiedliche Diagnostik der beiden Versorgungssysteme scheinen mehrere Faktoren ausschlaggebend, die z. T. bereits unter 3.1.3 angeklungen sind. Neben einem speziellen diagnostischem Prozedere und entsprechenden Verfahren im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Lempp 2014, S.4ff.), sind die Kriterien des ICD-10 Klassifikationssystems bei jungen PatientInnen oft nur wenig repräsentativ (Mehler-Wex 2017). Dies ist wohl zum einen der Tatsache geschuldet, dass trotz der erwähnten belegten Kontinuität von Störungsmustern bis ins Erwachsenenalter, die Krankheitssymptome in Auftreten, Ausprägung und Erscheinungsbild ebenso wie die Reagibilität auf therapeutische Interventionen entwicklungs- und altersabhängig sind (vgl. Resch; Weisbrod 2012, S.242f.). Prodrome, die Unspezifität früher Symptome und jugendtypische Risikoverhaltensweisen erschweren Diagnostik und Therapie zusätzlich (ebd., S.243). Zum anderen fallen psychische wie körperliche Komorbiditäten und soziale Rahmenbedingungen ins Gewicht (Lempp 2014, S.7). Somit hat sich entgegen einer reinen Symptomorientierung zum Erfassen jeglicher Kontextvariablen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als ganzheitliche Diagnosegrundlage ein multiaxiales Klassifikationsschema etabliert

(ICD-10-MAS), welches auf sechs Achsen die bio-psycho-soziale Lebenssituation erfasst (vgl. ebd.; vgl. Clausen, Eichenbrenner 2010, S.90f.).

Dennoch bleibt insbesondere bei Adoleszenten die Abgrenzungsproblematik der Befindlichkeitsstörungen von psychiatrischen Diagnosen bestehen (Herpertz-Dahlmann et al. 2013, S.433). Eine mögliche Differenzierungshilfe zwischen „pubertär-normal“ und pathologisch können z. B. soziale Auffälligkeiten und eine unzureichende Alltagsbewältigung als „Alarmzeichen“ sein (Mehler-Wex 2017). In diesem Zusammenhang ist die Rede von sogenannten Reifungs- oder Adoleszentenkrisen, die in ihrer Begrifflichkeit und Diagnostik vielfach diskutiert und kritisiert werden (vgl. Streek-Fischer et al. 2009, S.183ff.). Teilweise findet auch der Begriff der Anpassungsstörung hierfür Verwendung (ebd.). Mehler-Wex definiert unter Auflistung potenzieller Symptome die Reifungskrise als „psychische Störung im Kontext nicht erfüllbarer Entwicklungsaufgaben“ mit der Erkrankung als eine Art „Ventil“ (vgl. ebd. 2017). Selbige diagnostische Problematik betrifft heutzutage aber das gesamte Transitionsalter: Auch bei jungen Erwachsenen ist es äußerst diffizil, eine Unterscheidung zwischen „normalen Entwicklungsgesetzesmäßigkeiten“ und einer pathologischen, behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung zu treffen (Seiffge-Krenke 2015a, S.46). Ergo scheint eine multidimensionale und ganzheitliche Diagnostik und Behandlung ebenso für die Transitions Klientel unverzichtbar wie komplex.

Die Schnittstelle zwischen den beiden Psychiatriesystemen und die daraus resultierende „Transitions lücke“ verschärfen sich des Weiteren durch das Aufeinandertreffen zweier medizinischer Disziplinen: Die Expertisen liegen in Abhängigkeit von Erkrankungen und Altersspezifika jeweils auf einer Seite und es gibt keine universell anwendbare Methodik (Kölch; Mehler-Wex 2008, S.218). Zusätzlich wird strukturell bedingt auf Grund der unterschiedlichen Fachlichkeit eine mangelnde Kommunikation zwischen den beiden Fachrichtungen kritisiert (Freisleder; Laux 2012, S.99). Ferner gibt es in der ärztlichen Ausbildung wenige bis keine Überschneidungen, wodurch Kenntnisse und Erfahrungen im anderen Feld fehlen (ebd.).

Abgesehen von diesen strukturell bedingten Unterschieden, die mit für die besagte Transitionsproblematik verantwortlich sind, gilt es weitere Spezifika, Gegebenheiten und Bedürfnisse in der Versorgung der psychisch kranken Transitions Klientel zu berücksichtigen. Jene Besonderheiten tauchen in beiden

bzw. zwischen den Psychiatricsystemen auf und hängen z. T. mit den erläuterten Entwicklungs- und Störungsspezifika zusammen. Umso mehr wird dabei der Unterschied zu den erwachsenenpsychiatrischen Ausgangslagen und Bedingungen der Versorgung deutlich und wieso besagte Übergänge genauso wie eine optimale Gestaltung des „Zwischenbereichs“ derart schwierig sind. Somit muss bei Jugendlichen aufgrund von Fremdmotivation und mangelnder Introspektionsfähigkeit häufig mit einer niedrigeren Behandlungsmotivation gerechnet werden (vgl. Kadzin 2013, S.878f; Kölch, Mehler-Wex 2008, S.218). Zudem wird ihnen meist eine geringe Zuverlässigkeit und Therapieadhärenz unterstellt (Fegert; Freyberger 2012, S.13). Da Jugendliche und junge Erwachsene mit frühem Ersterkrankungsalter nötige Entwicklungsschritte oft nicht (vollkommen) vollziehen können, sind sie hinsichtlich ihrer Reife und Selbstständigkeit meist retardiert und damit „psychisch jünger“ (Blankenburg 2008, S.216). So scheint es im Rahmen einer entwicklungspsychiatrischen Perspektive notwendig, zum einen die beiderseitigen Wechselwirkungen und Korrelationen zwischen Entwicklungsverzögerungen und psychischen Belastungen zu berücksichtigen (Fegert et al. 2017, S.82). Zum anderen gilt es qua reifungsabhängiger Reflexionsfähigkeit und dem diesbezüglichen Krankheitsverständnis ein individuelles Krankheitskonzept entwicklungsadäquat zu vermitteln (ebd.). Neben jenen Reifungsverzögerungen führen in den letzten Jahren zunehmend Sozialisationsdefizite der Adoleszenten zu Komplikationen (vgl. Blankenburg, S.216f.). Demnach fehlen Schulabschluss, Berufsausbildung, Arbeit oder ein soziales Beziehungsnetz und die Betroffenen sind bezüglich ihrer Impulskontrolle, Emotionsregulation und Handlungsentwurfsbildung eher mit Jüngeren gleichzusetzen (Blankenburg 2008, S.216). Die jungen Erwachsenen per se sind dagegen oft durch negative Vorerfahrungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie geprägt, haben ein schlechtes Bild von der Erwachsenenpsychiatrie, Etikettierungsängste oder Schamgefühle, was einen Zugang zu ihnen erschwert (Huck 2015, S.67). Hinzukommt, dass junge Menschen mit psychischen Erkrankungen im Vergleich zu Erwachsenen ärztliche und psychotherapeutische Leistungen und Services generell gering in Anspruch nehmen, was viele diagnoseübergreifende Studien im Kontext verschiedener westlicher Gesundheitssysteme belegen (vgl. Lambert et al. 2013). Deutschland betreffend, spezifisch im Jugendbereich, liefert auch die BELLA-Studie ähnliche

Ergebnisse (vgl. Hintzpeter et al. 2014). Aus ebendieser geringen Hilfeanspruchnahme folgen in Verbindung mit dem unter 3.1.3 angesprochenen frühen Ersterkrankungsalter und der hohen Krankheitspersistenz oft lange Behandlungsverzögerungen, die sich ungünstig auf den Störungsverlauf und die Prognose auswirken (vgl. Lambert et al. 2013).

All jene Besonderheiten, die die Transitions Klientel im Versorgungs- und Behandlungskontext charakterisieren und über vorgegebene Regelungen und strukturelle Faktoren des deutschen Gesundheitssystems hinausgehen, stellen eine erfolgreiche Transitionspsychiatrie vor Herausforderungen. Durch eine unzureichende psychiatrische Übergangsgestaltung und ein misslingendes „Andocken“ an die erwachsenenpsychiatrischen Strukturen kann es schlimmstenfalls zu einem vorzeitigen Ende oder Scheitern der Behandlung kommen; bei erneuten Krisen droht zudem ein „Drehtür-Effekt“ (vgl. Blankenburg 2008, S.217). Analog identifizierte auch Singh (2009) einen Mangel an kontinuierlichen Angeboten und Übergangsunterstützung als Ursache für Behandlungsabbrüche (vgl. Karow et al. 2013, S.630). So folgen insbesondere bei früh beginnenden, persistierenden psychischen Erkrankungen ungünstige Versorgungsdiskontinuitäten (Resch, Weisbrod 2012, S.242).

Demnach kann es sein, dass sich die Heranwachsenden aufgrund des breiten Altersspektrums der Erwachsenenpsychiatrie im Setting mit den älteren MitpatientInnen nicht zu recht finden und auch das Behandlungsteam überfordert ist, was eine regressive Entwicklung begünstigt (Blankenburg 2008, S.216; Fegert et al. 2017, S.82). Die jungen Volljährigen erfahren eine Behandlung in einem erwachsenenpsychiatrisch-konzipierten Milieu, welches ihren speziellen Bedürfnissen oftmals nicht nachkommt (Freisleder; Laux 2012, S.97). Es gibt dort kein jugendspezifisches Therapieangebot oder z. B. eine Klinikschule (ebd., S.99) und unterschiedliche Umgangs- und Therapiestile in den beiden Psychiatrien (Fegert; Freyberger 2012, S.13). Die Betroffenen können sich nicht mit den voll im Erwerbsleben stehenden Erwachsenen identifizieren, fühlen sich aber genauso wenig den jüngeren Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zugehörig (Herpertz-Dahlmann; Herpertz 2010 S.1302). So kann es umgekehrt dazu kommen, dass minderjährige Jugendliche wegen ihrer Akzeleration oder Schwere der Krankheit im kinder- und jugendpsychiatrischen Setting unter jüngeren, noch präpubertären MitpatientInnen fehl am Platz und in ihrer Therapie eingeschränkt sind (Freisleder; Laux 2012, S.97f.). Auch die aktuelle

Flüchtlingsthematik spielt dabei eine Rolle: Entgegen einer drohenden Ausweisung geben sich jene häufig als unter 18 aus, wodurch sie nicht selten mit gravierenden psychischen Störungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie landen; dort sind sie aber auf Grund ihres Alters und der Schwere der Belastungen eigentlich deplatziert (ebd.). Des Weiteren kann der Systemwechsel per se zu einer Krise führen, da er mit dem Verlust von Bezugspersonen und der Angst vor neuen Situationen einhergeht (Huck 2015, S.105); zudem fühlen sich die Betroffenen auf der Suche nach neuen Behandlungsmöglichkeiten oft allein gelassen (Stippel; Lehmkuhl 2015, S.81). Seiffge-Krenke (2015, S.171) stellt hierzu die These auf, dass das „*feeling in-between*“ der „*Emerging Adulthood*“ ebenso in der Behandlung zutrifft – unsicher angesichts der Zuordnung zur Kinder- und Jugend- oder zur Erwachsenenpsychiatrie. Demnach ist das deutsche Versorgungssystem insgesamt strukturell noch nicht fähig, mit der zunehmenden Zahl psychisch kranker junger Menschen adäquat umzugehen (Seiffge-Krenke 2015, S.171).

In der Summe zeigt sich, dass über die Entwicklungs- und Störungsspezifika hinausgehend zahlreiche weitere Faktoren anfallen, die ursächlich für psychiatrische Transitionsproblematiken junger psychisch kranker Menschen und die bestehende „Transitionslücke“ sind. So lösen allein die beiden Psychiatriesysteme unabhängig voneinander durch ihre jeweiligen Konzeptionen, Regelungen, Schwerpunkte und Vorgehensweisen Schwierigkeiten aus. Diese strukturellen Barrieren werden durch spezifische Versorgungsbedingungen und -bedürfnisse der Transitinosklientel, die es zu berücksichtigen gilt, verstärkt. Hierbei kann es sein, dass weder das erwachsenen- noch das jugendpsychiatrische Setting adäquat dafür ist.

### 3.3 Rechtliche, ethische und gesundheitspolitische Situation

Vorweg sei erneut erwähnt, dass sich die folgenden Ausführungen ausschließlich auf Gesichtspunkte beschränken, die im Kontext der Transitionspsychiatrie sowie deren Problematik und Herausforderungen relevant sind. Allgemeine rechtliche Grundlagen bzw. Fragestellungen (vgl. Claus 2015, S.90; vgl. Knölker et al. 2007) und weitere ethische Aspekte wie Dilemmata der Psychiatriesysteme finden sich andernorts wieder (vgl. Knölker et al. 2007, S.177ff.; vgl. Warnke, Lehmkuhl 2011, S.215ff.).

Im Hinblick auf die rechtlichen Ursachen der Transitionschwierigkeiten hat sich die Kernproblematik bereits abgezeichnet: so besteht im Gegensatz zu den individuell stark variierenden Entwicklungsphasenübergängen von der Adoleszenz in das junge Erwachsenenalter formal eine scharf definierte Grenze (Fegert et al. 2017, S.81). Mit dem 18. Lebensjahr gehen essentielle Veränderungen bezüglich Selbstbestimmungsfragen und Behandlungseinwilligung sowie eine unbeschränkte Geschäftsfähigkeit einher (ebd.; Blankenburg 2008, S.217). Es gilt ferner zu bedenken, dass die Leistungen und Regelungen des Sozial-, Zivil- und Strafrechts im Transitionsaltersspektrum deutlich differieren (Mayr et al., S.158). Das besagte Alterslimit markiert juristisch den Übergang in die Erwachsenen-Gesundheitsversorgung, wobei sich hier die Transition im psychiatrischen Bereich ebenso schwierig bzw. vielleicht noch problematischer gestaltet als im physischen (Singh; Tuomainen 2015, S.358). Dass jener Umfang an Verantwortung, den die jungen Menschen qua Gesetz von einem Tag auf den anderen tragen sollen, oft nicht mit ihrer persönlichen Entwicklung und Reife übereinstimmt – insbesondere bei psychischer Erkrankung – wurde schon im vorhergehenden Punkt erläutert.

All diese Faktoren behindern im Rahmen rechtlicher Vorgaben offensichtlich gelingende psychiatrische Übergänge und eine optimale transitionspsychiatrische Versorgung. Es ist jedoch zumindest hinsichtlich der Volljährigkeitsgrenze etwas Spielraum im deutschen Gesetz vorhanden: Jugendliche können bereits mit 14 oder 15 unter bestimmten Voraussetzungen als einwilligungsfähig gelten (Fegert et al. 2017, S.81). Außerdem werden laut SGB VIII Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfen für seelisch behinderte bzw. davon bedrohte junge Menschen bis zum 21., in Ausnahmen bis zum 27. Lebensjahr (§41 SGB VII), gewährt (ebd.). Demnach gilt auch im ambulanten Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie meist eine Altersgrenze von 21 Jahren, wodurch eine Übergangsphase weitgehend impliziert ist; die Versorgung durch Institutsambulanzen endet dagegen in der Regel bei Volljährigkeit (Fegert et al. 2017, S.82). Hier hat das deutsche Strafrecht gegenüber dem Gesundheitssystem in Sachen Transition einen Vorsprung, da es fortschrittlich die Kategorie der Heranwachsenden berücksichtigt (Gießelmann 2016, S.357). Weitere wichtige juristische Konditionen der jeweiligen Psychiatriesysteme wurden bereits in der Tabelle unter 3.2 angeführt. Von Relevanz sind hierbei zum einen Aspekte der geschlossenen Unterbringung, der Therapieplanung (v.

a. hinsichtlich Pharmakotherapie) und der Alltagsgestaltung (z. B. Klinikbeurlaubungen) unter Beachtung des elterlichen Sorgerechts (Freisleder; Laux 2012, S.99). Zum anderen ist insbesondere im Transitionsalter die Schweigepflicht nach §203 StGB als heikel zu sehen: für eine Entbindung davon (außer bei Eigen- oder Fremdgefährdung) bedarf es bei den unter 18-Jährigen einer elterlichen Zustimmung (Lempp 2014, S.2). Dagegen entscheiden die volljährigen PatientInnen eigenverantwortlich darüber; das kann z. B. die meist noch nötige Elternarbeit bei den jungen Erwachsenen erschweren (Mehler-Wex 2017).

Zwischenzeitlich lässt sich vermerken, dass genannte rechtlich fixierte Grenzen als Mitauslöser einer Transitionsproblematik zwischen Adoleszenten- und Erwachsenenpsychiatrie zu identifizieren sind. Bisher vorhandene „Lockerungen“ und Fortschritte scheinen für erfolgreich gelingende Übergänge im psychiatrischen Bereich noch zu kurz zu greifen. Ferner besteht derzeit eine rechtlich-ethische Debatte, die im Kontext der Transitionspsychiatrie Bedeutung hat: im Rahmen der kritischen Auseinandersetzung von Fegert und Kölch (2017, S.1) zum „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (KJSG)“ des BMFSFJ (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend). Diese enthält u. a. den Punkt „*Care Leaver, Transition*“ (ebd., S.4). Darin werden zunächst medizinische und soziale Versorgungslücken in der Transitionsphase bemängelt; anschließend fordern die Autoren auch für den psychiatrischen Übergangsbereich Regelungen für die Verstärkung von Unterstützung bei gleichzeitig notwendiger Autonomieförderung der belasteten jungen Menschen (vgl. ebd., S.4f.). Einen weiteren Aufschub ihrer Anliegen und Kritikpunkte halten sie aus ethischer Sicht für nicht verantwortbar (vgl. ebd. S.5f.). Analog postulieren Mehler-Wex und Kölch (2008, S.218) im Kontext der ethischen Herausforderungen der Transitionspsychiatrie die Autonomieentwicklung in jener Phase als elementar. Darüber hinaus bedarf es entgegen vermehrter Fremdbestimmung einer Balance zwischen einer familien- und einer individuumszentrierten Arbeitsweise, um die eigenständige Entwicklung nicht einzuschränken und zu behindern (ebd.). Es geht darum, die Individuation der jungen Menschen trotz verlängerter „Beelterung“ zu fördern (Seiffge-Krenke 2015, S.171) und in dieser Hinsicht behandlerisch „ethisch korrekt“ zu agieren. Die hier kurz skizzierte aktuelle Diskussion und das Exempel einer adäquaten Autonomieförderung demonstrieren, dass ergo auch

ethische Gesichtspunkte psychiatrische Übergänge tangieren und eine optimale psychiatrische Versorgung in der Transitionsphase verkomplizieren. Ebenso relevant sind die gesundheitspolitischen Ursachen der Transitionsproblematik und die damit einhergehenden transitionspsychiatrischen Herausforderungen in diesem Feld, worunter u. a. auch finanzielle, personelle und wirtschaftliche Zusammenhänge fallen. In finanzieller Hinsicht gilt es zunächst grundlegend zu erwähnen, dass die Qualität der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stattfindenden Erstversorgung späterer chronischer Erkrankungen nicht nur für die Prognose im Erwachsenenleben, sondern auch für die gesellschaftlichen Gesamtkosten bestimmend ist (Schepker 2012, S.36). Zusätzlich weist das deutsche Gesundheitssystem neben der bereits kritisierten unzureichenden Versorgung der zunehmenden Anzahl junger Erwachsener mit psychischer Krankheit weitere kostenintensive Mängel auf: Ein Fehlen von alters-, diagnose- und fachübergreifenden Behandlungsstrukturen zur Prävention, Früherkennung und -behandlung psychischer Störungen des Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalters inklusive deren defizitärer Übergangsversorgung verursachen in diesen Altersgruppen hohe Kosten (Karow et al., S.636). Ebendiese frühzeitigen Maßnahmen würden ergo nicht nur Vorteile für die Betroffenen, sondern auch finanzielle Entlastung für das Gesundheitssystem bedeuten (ebd.).

Eine finanziell-personelle Problematik besteht darin, dass die Behandlungskosten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wegen des größeren Personalbedarfs eine höhere Vergütung erfahren (Freisleder; Laux 2012, S.99): Dort gibt es im Pflege- und Erziehungsdienst neben den KrankenpflegerInnen immer auch pädagogisches Personal (ebd.; Fegert et al. 2017, S.81.). Potenzielle Probleme tauchen dann auf, wenn mit der Volljährigkeit die erwachsenenpsychiatrische Personalverordnung greift und der attestierte höhere Personalaufwand somit schlagartig entfällt, obwohl er vielleicht, z. B. auf Grund von Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben, noch von Nöten wäre (Fegert et al. 2017, S.81f.). Allgemein kämpfen beide Psychiatriesysteme mit überbelegten Aufnahmestationen, wodurch oft die Belastbarkeitsgrenze erreicht und ein flexibles Entgegenkommen der verschiedenen Disziplinen erschwert ist (Freisleder; Laux 2012, S.99). Das würde allerdings einer gelingenden psychiatrischen Übergangsversorgung wohl nur zu Gute kommen. Dies belegend ist eine deutliche Zunahme der stationären Behandlungszahlen in

Deutschland in den letzten zehn Jahren bei den 15- bis 25-Jährigen zu verzeichnen (Plener et al. 2015, S.181). Teilweise ließen sich jedoch lediglich gestiegene Zahlen im Jugendalter, nicht aber bei den jungen Erwachsenen ausmachen (vgl. ebd., S.185). Eine Erklärungshypothese hierfür liefert besagte Transitions- und Schnittstellenproblematik: Aufgrund eines misslungenen Übergangs in die Erwachsenenpsychiatrie „verschwinden“ die jungen Menschen kurzzeitig aus dem System und tauchen fatalerweise erst in einem höheren Alter in stationärer Behandlung wieder auf (ebd.).

Die genannten finanziellen, personellen und wirtschaftlichen Ursachen der oft scheiternden psychiatrischen Übergänge werden gesamt-gesundheitspolitisch von den unzureichenden Reaktionen der Politik und der Kostenträger bestimmt (Andreae 2016, 2016a; Lüthi 2016). Im Rahmen finanzieller Mittel werden integrierte sozialpsychiatrische Lösungen und Vernetzungen eher behindert, als dass ihnen nachgekommen wird (ebd.). Dabei sind insbesondere etablierte Vernetzungsstrukturen für eine gute Übergangsgestaltung essentiell (Fegert 2012, S.227). Jenes „Manko“ ist unter Berücksichtigung der bisherigen Ausführungen wohl nicht nur, wie hier nach Andrea und Lüthi zitiert, für die Schweiz, sondern genauso für das deutsche Versorgungssystem geltend.

Im Resümee kristallisiert sich bis hierher heraus, dass ergo neben entwicklungsbezogenen und strukturell-versorgungsspezifischen Aspekten auch rechtliche, ethische und gesundheitspolitische Belange für misslingende psychiatrische Übergänge und eine inadäquate transitionspsychiatrische Versorgung ausschlaggebend sind. Die erläuterten multifaktoriellen Ursachen der Transitionsproblematik und Herausforderungen der Transitionspsychiatrie veranschaulichen eindringlich die diesbezüglich aktuell defizitäre Situation im deutschen Versorgungssystem und verlangen danach Verbesserungen vorzunehmen. Wie eine gelingende Transitionspsychiatrie aussehen kann und was es dafür braucht, wird sich im Folgenden zeigen.

