

Transition – Stationäre Behandlung

Transition psychiatry – inpatient treatment

Autoren

Tobias Banaschewski¹, Martin Driessen²

Institute

- 1 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg
- 2 Evangelisches Krankenhaus Bethel, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Schlüsselwörter

Transitionspsychiatrie, Adoleszenz, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Transitionsstationen, Erwachsenenpsychiatrie, junge Erwachsene

Key words

emerging adulthood, inpatient treatment, transition psychiatry, child and adolescent psychiatry, psychotherapy

eingereicht 19.03.2019

akzeptiert 4.10.2019

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1028-6999>

Fortschr Neurol Psychiatr 2019; 87: 625–627

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0720-4299

Korrespondenzadresse

Prof. Tobias Banaschewski

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg

568072 Mannheim J 5

Tel.: 0049 621 1703 4503

Fax: 0049 621 1703 4505

Zwar werden international zunehmend ambulante (Home Treatment, ACT) [1] oder tagesklinische [2] Behandlungsmodelle als Alternative zu einer stationären Behandlung auch für die hier im Fokus stehende Gruppe der 15- bis 25-jährigen Patienten mit schweren psychischen Störungen diskutiert, aber solche intensiven und komplexen Ansätze existieren in Deutschland in der Regelversorgung kaum [3]. Zudem verbleibt immer eine Gruppe von Patienten, die auch bei entsprechender Verfügbarkeit von Alternativen stationär behandelt werden muss. Klassischerweise wechseln junge PatientInnen mit psychischen Störungen mit

Erreichen des 18. Lebensjahres in den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie (EP), sofern sie aus dem ambulanten Bereich eingewiesen werden oder bei längerfristigen stationären Behandlungen aus der KJP verlegt werden [4].

Die Transitionsücke

Dieses Vorgehen ist für eine Mehrheit der jungen Erwachsenen angemessen, soweit sie einen entsprechenden Entwicklungs- und Reifegrad erreicht haben, der ein solches Vorgehen

zumindest akzeptabel erscheinen lässt. Für all diejenigen, die aufgrund ihrer Entwicklungsverzögerung, die z. T. auch durch eine längerfristige bestehende psychische Störung mitbedingt sein kann, und die auch im ambulanten Bereich weiter durch Fachärzte und Psychotherapeuten aus dem KJP Bereich weiterbehandelt werden, ist dieser abrupte Wechsel mit seinen Anforderungen aber unangemessen und potenziell mit dem Risiko eines ungünstigeren Krankheitsverlaufs verbunden [5, 6, 7]. Hinweise darauf, dass spezifisch auf das Alter zwischen 12 und 25 Jahren ausgerichtete stationäre Angebote wirksam sind, ergab sich in einer kürzlich erschienenen systematischen Übersichtsarbeit über 16 international durchgeführte Studien [8].

Forderungen und Empfehlungen

Diese Erkenntnis führte an einigen Orten zum Aufbau von sogenannten Transitionsstationen, eine Übersicht über die existierenden Projekte in Deutschland wird an anderer Stelle im Rahmen der Task-Force dargestellt [9]. Leider existieren bisher bis auf erste Ansätze keine verbindlichen Planungen zu diesem Thema auf Länderebene, sodass an dieser Stelle einige notwendige Kernmerkmale benannt werden sollen:

- Transitionsstationen stellen spezifische Angebote für eine definierte Gruppe von Patienten dar. Obgleich eine gut strukturierte Transition für alle Patienten erforderlich ist, sind Transitionsstationen spezifische strukturelle Angebote an die Patienten zwischen dem 16. und 25. Lebensjahr, die als Heranwachsende einen spezifischen höheren Betreuungs- und Therapiebedarf haben [10]. Dieser Bedarf erfordert, dass die Transitionsstationen erstens die betreuungsintensiveren Angebote des jugendpsychiatrischen Settings der Kinder- und Jugendpsychiatrie und zweitens die deutlich mehr auf die Autonomie und Selbstverantwortung von Erwachsenen ausgerichtete Angebote der Erwachsenenpsychiatrie vorhalten und drittens einen strukturell gesicherten nahtlosen Übergang zwischen diesen Angeboten bewerkstelligen.
- Dabei geht es wenn auch quantitativ seltener u. a. um Jugendliche zwischen dem 16. und vor dem vollendeten 18. Lebensjahr, die z. B. eine chronische Erkrankung aufweisen oder entwickeln und bei denen es frühzeitig sinnvoll ist, in einer gemeinsamen intensiven Betreuung langfristige Kontinuität und Übergänge zu schaffen. Abzugrenzen von dieser Zielgruppe ist zweifellos ein großer Teil der Patienten, für die es richtig und erforderlich ist, aus dem eher beschützenden kinder- und jugendpsychiatrischen Setting in mehr Selbstverantwortung und Eigenbestimmung im erwachsenenpsychiatrischen Setting zu kommen.
- Die bisherigen Bemühungen in Bezug auf die Schaffung von strukturellen Transitionseinheiten sind überschaubar [9]. Dies steht scheinbar im Widerspruch zu dem offensichtlichen Bedarf für Transitionskonzepte. Wesentlicher Grund für die Zurückhaltung ist die Erfahrung von KJPP-Kliniken, dass die Weiterbehandlung von 18-Jährigen mit einem erheblichen Risiko des Vergütungsausfalls verbunden ist, da in der gegenwärtigen Praxis diese Fälle regelhaft einem Finanzierungsvorbehalt durch die jeweilige Kasse unterworfen ist oder durch rigide MDK-Prüfungen ein hohes wirtschaftliches Risiko darstellen. Hier besteht der Bedarf einer grundsätzlichen Klärung, die über die krankhausplanerischen Fragen hinausgeht.
- Zwar sehen die sozialrechtlichen Strukturen der Krankenbehandlung bereits jetzt eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bis 21 Jahre vor, beispielsweise in den Behandlungskategorien KJ2, 3, 4, 5 der PsychPV [11]. In Analogie können auch Jugendhilfemaßnahmen bis zum 21. Lebensjahr hinaus gewährt werden und das Jugendstrafrecht bei Reifungsdefiziten auch bis zum 21. Lebensjahr angewandt werden. Tatsächlich besteht aber fachlich und inhaltlich die Erforderlichkeit, die Transitionskonzepte über das 21. Lebensjahr hinaus zu entwickeln, da im Rahmen der zunehmenden Verzögerung und Verlängerung der Adoleszenz („emerging adulthood“) Reifungsdefizite auch weit über das 21. Lebensjahr hinausgehen [12, 13]. Die Altersspanne für eine Transitionsstation auf 18-21 Jahre einzugrenzen, erscheint daher als zu eng. Die ExpertInnen der Task-Force gehen von einer Spanne zwischen 16 und 25 Jahren aus. Auch einige Modellstationen in Deutschland sind so oder ähnlich konzipiert (z. B. Heidelberg 12-28 Jahre, Windach 18-25 Jahre, ZI Mannheim 16-24; Wahrendorfsche Kliniken 16-25, Stralsund 18-23, Asklepios Hamburg 18-30, Neustadt i. H. 18-25).
- Ein eigenes Fachgebiet Transitionspsychiatrie und damit ein eigener Fachabteilungsschlüssel sollte nicht geschaffen werden, dies wäre kontraproduktiv, es geht im Gegenteil um die von Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Erwachsenenpsychiatrie gemeinsame getragene Gestaltung der Transition.
- Das diagnostische Spektrum sollte nicht allgemeinverbindlich eingeeengt werden. Auch wenn man sich in einigen Projekten für einen Ausschluss von oder umgekehrt einen Fokus auf junge Patienten mit psychotischen Störungen und / oder Substanzabhängigkeit entschieden hat, erscheint dies keineswegs allgemein sinnvoll. Daher empfehlen wir, die diagnostische Ausgestaltung den Kliniken in Abhängigkeit von den sonstigen regionalen Versorgungsangeboten zu überlassen. Auch kann eine grundsätzliche Spezialisierung als Vorgabe für Transitionsstationen nicht abgeleitet werden.
- Auch eine Transitionsstation sollte Kriseninterventionen leisten können, auch wenn im Einzelfall eine Verlegung in die KJP oder EP sinnvoll sein kann. Allerdings sollte in den Konzepten für Transitionsstationen bereits im Detail dargelegt werden, wie Heranwachsende mit den beschriebenen Reifungsdefiziten in Krisensituationen versorgt werden.
- Um die Zielgruppe klar zu definieren, Transparenz zu schaffen und damit Kostenübernahmediskussionen über die in der KJP vereinbarten PEPPs zu vermeiden, sind die Fachgesellschaften bereit, einen Kriterienkatalog zu entwickeln. Zielführend wäre in Analogie zu den Kriterien der Psychiatrischen Institutsambulanz bei jungen Erwachsenen ein Merkmalskriterium „J“ zu definieren, welches als Eingangskriterium für eine Behandlung auf einer Transitionsstation herangezogen werden kann und damit auch überprüfbar wird.
- Inhaltliche und formale Gründe können im Einzelfall dafürsprechen, dass stationäre Transitionseinheiten als Teil einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik (KJP) im Kontext einer erwachsenenpsychiatrischen Klinik (EP) definiert werden. Durch die KJPP-spezifischen Kostensätze müssen insbesondere die

spezifischen Bedarfe an dem KJPP-typischen Behandlungssetting, dem starken pädagogischen Fokus, dem familientherapeutischen Ansatz oder auch den Schulangeboten sichergestellt werden. Dennoch plädieren wir dafür, die administrative und fachliche Zuordnung getrennt zu betrachten.

- Während das Konzept einer ausschließlichen KJP-Zugehörigkeit in einigen Situationen organisatorisch und administrativ tragen mag, müssen in anderen Kliniken andere Konstruktionen definiert werden. Dies ist z. B. der Fall, wenn die Erwachsenenpsychiatrie Betten für eine Transitionsstation zur Verfügung stellt. Insbesondere in diesen Fällen müssen auch die KJP-spezifischen Entgelte abgerechnet werden können, um das entsprechende therapeutisch-pädagogische Setting gewährleisten zu können. Auch Mischmodelle sind denkbar. Welches Modell jeweils angemessen ist, hängt u. a. davon ab, ob zusätzliche Betten geschaffen werden oder von den Trägern der Kliniken innerhalb des bestehenden Kontingents bereitgestellt werden. Wesentlich ist in jedem Fall, dass das vorgehaltene Setting tatsächlich die Spezifika der KJPP- und der Erwachsenen-Behandlung abbilden kann.
- Der fachliche Kern der Transitionspsychiatrie ist das gemeinsame Vorhalten von EP und KJPP Kompetenz mit gemeinsamer Entscheidungsverantwortung. Dies beugt auch einer Fehlallokation und damit Überforderung der Kapazitäten einer Transitionsstation vor: Viele junge Erwachsene werden auch weiterhin primär in der EP richtig und adäquat behandelt werden, die meisten 17-Jährigen sind gleichermaßen in der KJPP außerhalb einer Transitionsstation besser versorgt. Es muss also auch eine gemeinsame Indikationsstellung und Steuerungsfunktion etabliert werden. Von welcher Fachrichtung dabei die Initiative ausgeht, und wer innerhalb der Kooperation die administrative Führung übernimmt, ist dabei nicht von Bedeutung und wird von der jeweiligen Situation vor Ort abhängen.
- Idealerweise sollte die stationäre Transitionspsychiatrie dort angeboten werden, wo KJP und EP an einem Standort oder in sehr kurzer Distanz voneinander vorgehalten werden. Wo dies der Fall ist, aber unterschiedliche Träger verantwortlich sind, wird es Kooperationsvereinbarungen bedürfen. Wo die Standorte weit auseinanderliegen, wird es krankenhauplanerischer Überlegungen bedürfen, ob angesichts der relativ geringen KJPP-Messziffer in einigen Bundesländern nicht ohnehin ein neuer Standort KJPP entwickelt werden sollte. Bei der Schaffung individueller Lösungen muss immer die Sicherstellung der erforderlichen Fachlichkeit und des strukturellen Settings im Vordergrund stehen.
- Bei der Frage der Standortdichte der Einrichtungen widerspricht die Schaffung von überregionalen Oberzentren dem Grundgedanken der Psychiatrie-Enquete und dem Gebot der wohnortnahen Versorgung. So sollte aus unserer Sicht das Hauptkriterium die zumutbare Dauer der Erreichbarkeit vom Wohnort sein. Zudem muss erstens das familiäre, soziale, schulische / berufliche Umfeld zwingend in die Behandlung einbezogen werden, um einen nachhaltigen Behandlungseffekt zu erzielen und zweitens auch Belastungsversuche in das häusliche Umfeld während der stationären Behandlung möglich sein, um eine ausreichende Stabilität der Patienten prüfen

zu können. Daher empfehlen die Fachgesellschaften eine flächendeckende Versorgung.

Interessenkonflikt

T. Banaschewski war innerhalb der letzten drei Jahre als Berater für die Firmen Lundbeck, Medice, Neurim Pharmaceuticals, Oberberg-GmbH, Shire und Infectopharm tätig und hat Vortragshonorare von den Firmen Lilly, Medice und Shire erhalten. Die vorliegende Publikation steht damit nicht im Zusammenhang. M. Driessen hat keine Interessenskonflikte.

Literatur

- [1] Shepperd S, Doll H, Gowers S, James A, Fazel M, Fitzpatrick R, Pollock J. Alternatives to inpatient mental health care for children and young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;(2):CD006410. doi: 10.1002/14651858.CD006410.pub2.
- [2] Marshal M(1), Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluitter H, Roberts C, Hill E, Wiersma D, Bond GR, Huxley P, Tyrer P. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess*. 2001;5(21):1–75.
- [3] Boege I, Schepker R, Herpertz-Dahlmann B, Vloet TD. Hometreatment - Eine effektive Alternative zu konventionellen Behandlungsformen? *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2015 Nov;43(6):411–21. doi: 10.1024/1422-4917/a000377.
- [4] Signorini G, Singh SP, Marsanic VB, et al. (2018) The interface between child / adolescent and adult mental health services: results from a European 28-country survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 27:501–11
- [5] Fegert JM, Hauth I, Banaschewski T, Freyberger HJ. Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie Eckpunkte-Papier von DGKJP und DGPPN. *Z Kinder-Jugendpsychiatr Psychother*. 2017;45:80–85
- [6] Karow A, Bock T, Naber D, et al. (2013) Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 2: Krankheitslast, Defizite des deutschen Versorgungssystems, Effektivität und Effizienz von „Early Intervention Services“. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 81:628–38
- [7] Lambert M, Bock T, Naber D, et al. (2013) Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 81:614–27
- [8] Hayes C, Simmons M, Simons C, Hopwood M. Evaluating effectiveness in adolescent mental health inpatient units: A systematic review. *Int J Ment Health Nurs*. 2018 Apr;27(2):498–513. doi: 10.1111/inm.12418.
- [9] Abzieher P, Lipp M, Staats H, Banaschewski T, Driessen M, Karow A (eingereicht) Behandlungsangebote der Adoleszenzpsychiatrie – Ergebnisse einer deutschlandweiten Erhebung
- [10] Karow A, Lipp M, Schweigert E, et al. (2018) Alters-, diagnose- und fachübergreifende stationäre Behandlung für Jugendliche und junge Erwachsene (16–25 Jahre) in der Adoleszenzpsychiatrie. *Psych Prax* 45:248–255
- [11] Kunze H, Kaltenbach L, Kupfer K (Hrsg.). *Psychiatrie Personalverordnung*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. 6. Auflage 2010.
- [12] Seiffge-Krenke, I. (2015). „Emerging Adulthood“: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 63 (3),165–174
- [13] Ledford H (2018) Who exactly counts as an adolescent? *Nature* 554:429–31

Intelligenzminderung

Intellectual Disability

Autoren

Franziska Gaese¹, Frank Häßler², Martin Menzel³

Institute

- 1 KBO Klinikum München Ost, Zentrum für Altersmedizin und Entwicklungsstörungen, Haar
- 2 Tagesklinik für Kinder- & Jugendpsychiatrie, Rostock
- 3 Marienberg – Fachkrankenhaus Kinder- und Jugendpsychiatrie gGmbH, Gammertingen

Schlüsselwörter

Intelligenzminderung, Geistige Behinderung, Transition, Versorgung

Key words

Intellectual Disability, Transition, Health Service, Developmental Disability

eingereicht 24.04.2019

akzeptiert 19.09.2019

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1019-7584>

Fortschr Neurol Psychiatr 2019; 87: 642–644

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0720-4299

Korrespondenzadresse

Dr. Franziska Gaese

KBO Klinikum München Ost,

Zentrum für Altersmedizin und Entwicklungsstörungen

Vockestraße 72

85540 München-Haar

Tel.: 004916096229995

Fax: 00498945623103

E-Mail: franziska.gaese@t-online.de

ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung Für junge Menschen mit Intelligenzminderung (IM) besteht ein spezifischer Unterstützungsbedarf für die Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung im Übergang in das Erwachsenenleben.

Methode Beschrieben werden die Kernsymptomatik bei Intelligenzminderung, Verlauf und typische Komorbidität, die epidemiologische Relevanz, die spezifische Transitionslücke und sich hieraus ergebende Empfehlungen.

Ergebnisse Strukturierungsbedarf besteht anlässlich kognitiver, sozialer und kommunikativer Einschränkungen. Atypische Verläufe und ein erhöhtes Risiko für Verhaltens-, psychische und somatische Störungen sowie Gewalt- und Missbrauchserfahrungen bedingen komplexe Vorgehensweisen.

Schlussfolgerung Zur Sicherstellung einer ausreichenden gesundheitlichen Versorgung bedarf es der Wissensvermittlung und der Vorhaltung geeigneter und erreichbarer Strukturen einer multimodalen, interdisziplinären und vernetzten Versorgung zur Überleitung und Weiterversorgung, einschließlich deren Finanzierung.

ABSTRACT

Background Ensuring medical care for young people with intellectual disability (ID) at the time of transition to adult life when specific needs have to be taken into account.

Method ID core symptoms, course, typical comorbidity and epidemiological relevance as well as the specific gap in support for young people with ID during their transition to adult life and related demands are described.

Results Certain limitations in social, intellectual and communication capabilities cause a need for structured care services. ID is related to an increased risk of behavioral, psychiatric and somatic disorders as well as life events and traumatic experiences. Therefore, clinical situations have to be considered as complex situations.

Conclusion Ensuring sufficient medical support requires knowledge transfer, accessibility, financial support and building up of appropriate structures.

Epidemiologie, Kernsymptome und Verlauf

Definition der Intelligenzminderung (IM) laut ICD-10: „Ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten,

die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten.“ [1]

Die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung schwankt in epidemiologischen Studien in Abhängigkeit vom Schweregrad der IM zwischen 0,6 und 1,8%. Das männliche Geschlecht überwiegt leicht (male gender ratio = 1.2–1.4), was zum Teil an den zahlreichen X-chromosomal gendefekten liegt [2, 3].

Bei einer Intelligenzminderung handelt es sich um ein zeitstabiles personenimmanentes Merkmal, wobei die individuellen Beeinträchtigungen von Fertigkeiten abhängig vom Alter und den damit verbundenen Entwicklungsaufgaben zu unterschiedlichen Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag führen können. So können im Zuge einer verzögerten Entwicklung kognitiver und emotionaler Kompetenzen Fertigkeiten der Wahrnehmung und Reizverarbeitung unzureichend verfügbar und damit die Bereitschaft für unangepasstes, problematisches Verhalten und psychische Erkrankungen erhöht sein [4, 5]. Bezüglich deren Wechselwirkung sind unterschiedliche Konstellationen denkbar [6].

Komorbiditäten

Im Vergleich zur normal intelligenten Allgemeinbevölkerung leidet ein größerer Anteil der Menschen mit Intelligenzminderung (IQ<70) an komorbiden oder koinzidenten gesundheitlichen Problemen, sowohl somatischen Beschwerden und Erkrankungen als auch psychischen Auffälligkeiten und Störungen (Odds ratio 1.5–4.0), was eine Herausforderung für die Transition darstellt [7–10]. So sind bei Menschen mit IM die Prävalenzen für u.a. schizophrene, affektive, organisch-psychische, Angst- und Zwangsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Epilepsie und Verhaltensauffälligkeiten sowie Suizidalität deutlich erhöht.

Verhaltensauffälligkeiten lassen sich als externalisierend und internalisierend beschreiben. Zur ersten Gruppe gehören z.B. verbale, destruktive, auto- und fremdaggressive Verhaltensformen, zur zweiten Gruppe zählen ängstliche Verhaltensweisen und sozialer Rückzug. (Auto-)Aggressives Verhalten stellt bei Menschen mit Intelligenzminderung ein häufiges Problem und damit oft eine interdisziplinäre Herausforderung (challenging behavior) dar [11]. Je nach Definition und Unterteilung liegen die Prävalenzzahlen bei Erwachsenen nach neueren Untersuchungen zwischen 18,1% [12] und 25% [13]. Bei Kindern fanden Einfeld et al. (2010) je nach Schweregrad der Intelligenzminderung in 17–24% Verhaltensauffälligkeiten [14].

Auch wenn das Thema Suizidalität bei Menschen mit IM in wissenschaftlichen Studien unterrepräsentiert ist, so zeigten insbesondere weibliche Heranwachsende mit IM in einer älteren Untersuchung doppelt so häufig suizidale Verhaltensweisen wie gleichaltrige normal intelligente Kontrollpersonen [15]. Darüber hinaus fanden Sullivan und Knutson (2000) in einer großen Populationsstudie, dass 41,7% aller Intelligenz- und lernbehinderten Kinder und Heranwachsenden über sexuelle Missbrauchserfahrungen berichteten [16]. Suizidalität und Missbrauchserfahrungen sowie deren oft lebenslange Folgen benötigen einen nahtlosen Übergang fachlicher und emotional zugewandter Hilfen am Übergang vom Heranwachsenden- zum Erwachsenenalter.

Die Transitionsücke

Es wird häufig übersehen, dass es sowohl normative Übergänge gibt, d.h. Bedingungen, die sich regelhaft mit der Entwicklung verändern, als auch nicht normative, wobei individuell eine Kumulation von Risiken zu Überforderungen und damit einer erhöhten Vulnerabilität für psychische und / oder somatische Störungen führt. Diese Betrachtungen sind in Bezug auf Menschen mit einer IM, die an sich schon eine erhöhte Vulnerabilität besitzen und in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe eingeschränkt sind, von spezieller Bedeutung.

Da Menschen mit einer IM neben ihren kognitiven Einschränkungen auch Limitierungen in der Sprache, im sozialen Bereich und in alltagspraktischen Dingen aufweisen, ist ihnen der selbstbestimmte Zugang zu ihnen zustehenden äquivalenten sowie speziellen Leistungen des Gesundheitssystems erschwert, sodass sie auf stellvertretende Wahrnehmung ihrer Interessen durch Sorgeberechtigte bzw. Betreuer angewiesen sind. Im Prozess der Aufklärung über notwendige medizinische Maßnahmen fehlt ihnen häufig die Voraussetzung zur Einsicht, zur eigenen Willensbildung und zur Einwilligung, was derartige Maßnahmen in einem marktwirtschaftlich ausgerichteten Gesundheitssystem infrage stellt.

Während im Kindes- und Heranwachsendenalter die medizinische Versorgung flächendeckend nahezu sichergestellt ist – z.B. durch Früherkennung (U-Untersuchungen der Kinderärzte), Frühförderung, sozialpädiatrische Zentren, Neuropädiatrien, heilpädagogische Zentren, ambulante, teilstationäre und stationäre Strukturen der Kinder- und Jugendpsychiatrie –, fehlt es trotz jüngst etablierter Medizinischer Versorgungszentren für Erwachsene mit Behinderungen und einigen speziellen Zentren an Psychiatrischen Kliniken an ähnlichen ubiquitären gestaffelten Angeboten im Erwachsenenbereich.

Forderungen und Empfehlungen

1. Zunächst bedarf es einer speziellen Wissensvermittlung, verankert im nationalen Lernzielkatalog für das Medizinstudium (als Querschnittsfach oder in den Fächern Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie, Innere Medizin, Allgemeinmedizin) und in der Weiter- und Fortbildung.
2. Zur effizienteren transitorischen Versorgung müssen ausreichend finanzierte Modelle etabliert werden, d.h. beispielsweise, dass im Übergang vom Kinder- und Jugendpsychiater zum Psychiater, in eine Psychiatrische Institutsambulanz oder in ein Medizinisches Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderung (MZEB) ein Quartal überlappend und mindestens zwei Übergabetermine gemeinsam wahrgenommen und auch finanziert werden sollten.
3. Eine Verbesserung der Transition würden auch aufsuchende Hilfen (ambulantes Home Treatment) darstellen, da sie bei mangelnder Komm-Bereitschaft die Versorgung im Lebensumfeld sicherstellen.

Es bedarf eines weiteren und schnelleren Ausbaus Medizinischer Zentren für Menschen mit Behinderungen, in denen sie multiprofessionell versorgt werden.

Interessenkonflikt

Herr Prof. Häßler gibt an in den letzten drei Jahren Vortragshonorare von Shire/Takeda und Bayer erhalten zu haben. Die anderen Autoren geben an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Literatur

- [1] ICD-10 Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. ICD-10-GM-2017 F70-F79 Intelligenzstörung. 2017. (Zugriff: 12.09.2017). <http://www.icd-code.de/icd/code/F70-F79.html>
- [2] Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD et al. Prevalence of intellectual disabilities: a meta-analysis of population-based studies. *Res Dev Disabil* 2011; 32: 419–436
- [3] David M, Dieterich K, Billette de Villemeur A et al. Prevalence and characteristics of children with intellectual disability in a French county. *J Intellect Disabil Res* 2014; 58: 591–602
- [4] Sappok T, Schade C, Kaiser H et al. Die Bedeutung des emotionalen Entwicklungsniveaus bei der psychiatrischen Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2012; 80 (3): 154–161
- [5] Dosen A, De Groef J. “What is normal behaviour in persons with developmental disabilities?”. *Adv Mental Health Intellectual Disabilities* 2015; 9 (5): 284–294
- [6] Davis A. The Relationship between challenging behaviour and mental ill-health in people with intellectual disabilities: A review of current theories and evidence. *J Intellect Disabil Res* 2008; 12: 267
- [7] Cooper SA, van der Speck R. Epidemiology of mental ill health in adults with intellectual disabilities. *Curr Opin Psychiatry* 2009; 22: 431–436
- [8] Emerson E, Einfeld S, Stancliffe RJ. The mental health of young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Soc Psychiat Epidemiol* 2010; 45: 579–587
- [9] Oeseburg B, Jansen DEMC, Dijkstra GJ et al. Prevalence of chronic disease in adolescents with intellectual disability. *Res Dev Disabil* 2010; 31: 698–704
- [10] Matthews T, Weston N, Baxter H et al. A general practice-based prevalence study of epilepsy among adults with intellectual disabilities and of its association with psychiatric disorder, behavior disturbance and career stress. *J Intell Disabil Res* 2008; 52: 163–173
- [11] NICE guideline 11. Challenging Behaviour and Learning Disabilities: Prevention and interventions for people with learning disabilities whose behavior challenges. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists 2015
- [12] Bowring DL, Totsika V, Hastings RP et al. Challenging behaviours in adults with an intellectual disability: A total population study and exploration of risk indices. *Br J Clin Psychol* 2017; 56: 16–32
- [13] Sheehan R, Hassiotis A, Walters K et al. Mental illness, challenging behavior, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *BMJ* 2015; 351: h4326. doi:10.1136/bmj.h4326
- [14] Einfeld SL, Ellis LA, Emerson E. Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: a systematic review. *J Intellect Dev Disabil* 2011; 36 (2): 137–143
- [15] Svetaz MV, Ireland M, Blum R. Adolescents with learning disabilities: risk and protective factors associated with emotional well-being: findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *J Adolesc Health* 2000; 27 (5): 340–348
- [16] Sullivan PM, Knutson JF. Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse Negl* 2000; 24: 1257–1273

Früherkennung und Frühintervention bei psychotischen Störungen in der Transitionsphase

Psychotic disorders in the transition phase: early detection and early intervention

Autoren

Anne Karow¹, Martin Holtmann², Nikolaus Koutsouleris³, Andrea Pfennig⁴, Franz Resch⁵

Institute

- 1 Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
- 2 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen
- 3 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität
- 4 Department of Psychiatry and Psychotherapy, Carl Gustav Carus University Hospital, TU Dresden
- 5 Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Heidelberg

Schlüsselwörter

Psychose, Früherkennung, Schizophrenie, Bipolare Störung, Risikosyndrom, Transition

Key words

psychosis, early detection, schizophrenia, bipolar disorder, risk syndrome, transition

eingereicht 28.03.2019

akzeptiert 29.09.2019

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1025-1994>

Fortschr Neurol Psychiatr 2019; 87: 629–633

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0720-4299

Korrespondenzadresse

Prof. Anne Karow M.D.

Psychiatrie und Psychotherapie

Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf

Martinistr. 52

20246 Hamburg

Tel.: 0049-40-7410-5228

Fax: 0049-40-7410-55455

E-Mail: karow@uke.de

ZUSAMMENFASSUNG

Die Adoleszenz ist aufgrund des Hirnreifungsprozesses und vor allem bei zusätzlichen Belastungsfaktoren ein besonders vulnerables Alter für die Erstmanifestation von Psychosen mit negativen psychosozialen Konsequenzen für die Betroffenen und ihre Angehörigen. Die Nachteile eines frühen Erkrankungsalters können teilweise durch eine hochqualitative Früherkennung und Frühbehandlung unter einer Berücksichtigung transitiionsmedizinischer Versorgungsansätze ausgeglichen werden. Für die Förderung einer erfolgreichen Transition heranwachsender PatientInnen mit Psychosen bestehen praxisbezogene Empfehlungen zum Aufbau populationsbezogener, flexibler und nachgehender Früherkennungs- und Behandlungsnetzwerke, in denen MitarbeiterInnen diagnose-, alters- und fachübergreifend settingübergreifend zusammenarbeiten und eine erfolgreiche Transition strukturiert, flächendeckend, patientenorientiert und flexibel ermöglichen.

ABSTRACT

Adolescence is a particularly vulnerable age for the first manifestation of psychoses due to the brain maturation process and especially with additional stress factors and these have negative psychosocial consequences for the affected persons and their relatives. The disadvantages of an early onset of the disease can be partially compensated for by high-quality early diagnosis and early treatment, taking into account transitional medical approaches. In order to promote a successful transition of adolescent patients with psychoses, there are practical recommendations for the establishment of community-based, flexible and follow-up early diagnosis and treatment networks in which employees work together across diagnosis, age, discipline, and setting, enabling a structured, comprehensive, patient-oriented and flexible successful transition.

Epidemiologie, Kernsymptome und Verlauf

Das durchschnittliche Ersterkrankungsalter von Psychosen liegt zwischen 18 und 21 Jahren und fällt damit genau in die Zeit der

Adoleszenz, wobei 20% der PatientInnen vor Erreichung der Volljährigkeit erkranken [1]. Verschiedene Belastungsfaktoren sind mit einem jüngeren Erkrankungsalter von Psychosen assoziiert.

Zu den wichtigsten Belastungsfaktoren gehören eine familiäre Belastung für psychotische Erkrankungen, frühkindliche Traumatisierungen und komorbider Cannabis-Konsum [1, 2]. PatientInnen mit einer psychotischen Ersterkrankung im jugendlichen Alter weisen darüber hinaus eine schlechtere Prognose im Vergleich zu PatientInnen auf, die nach ihrem 18. Lebensjahr erkranken [3]. So zeigten sich häufiger schwere kognitive Defizite [4, 5] und stärkere Einschränkungen der allgemeinen sozialen und Alltagsfunktionsfähigkeit [6]. Diese und weitere Ergebnisse legen auch nahe, dass die Adoleszenz aufgrund des Hirnreifungsprozesses ein besonders vulnerables Alter für die Erstmanifestation sowie für negative Konsequenzen einer Psychose darstellt [1, 7, 8]. Die Nachteile eines frühen Erkrankungsalters, vor allem hinsichtlich einer langen Dauer der unbehandelten Erkrankung und daraus resultierender höherer Krankheitsschwere bei Beginn einer spezifischen Behandlung, können jedoch zumindest teilweise durch eine systematische Früherkennung und Frühbehandlung ausgeglichen werden [9].

Ätiologie und Früherkennung

Bei psychotischen Störungen handelt es sich um komplexe Erkrankungen multifaktorieller Genese, deren Auftreten und Verlauf bisher nicht ausreichend sicher anhand biologischer Indikatoren vorhergesagt werden kann [10]. Die Risikoforschung konnte jedoch zeigen, dass frühe Verhaltensauffälligkeiten, affektive, vor allem depressive Veränderungen sowie spezifische kognitive Beeinträchtigungen und unterschwellige psychotische Symptome als symptomatologische Risikoindikatoren für die Entstehung von Psychosen verwendbar sind. Daher bezieht man sich derzeit in der Früherkennung von Psychosen vorwiegend auf die Symptomebene und unterscheidet in der Risikodiagnostik zwischen Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis und bipolaren Störungen [11].

Es wurden zwei Gruppen von Kriterien prospektiv auf ihre prognostische Güte zur Vorhersage von Erstmanifestationen für Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis und affektive Psychosen evaluiert: die „Ultra-high risk“-Kriterien (UHR-Kriterien) und die Basissymptom-Kriterien [10, 12]. Durch die kombinierte Anwendung dieser Kriterien konnte darüber hinaus eine Risikoanreicherung erreicht werden [11]. Eine zusätzliche Individualisierung wird durch das Einbeziehen neurobiologischer und umweltbedingter Risikofaktoren umgesetzt [13].

Zu den UHR-Kriterien werden kurzzeitig vorhandene, spontan remittierende psychotische Symptome („brief limited intermittent psychotic symptoms“, BLIPS), attenuierte (abgeschwächte) psychotische Symptomen (APS) und eine Kombination aus Risikofaktoren und einem Absinken des globalen Funktionsniveaus gezählt, welche in Interviews, Skalen und Kriterien erfasst werden (CAARMS [14], SIPS, SOPS, COPS [15]). Zur Erfassung prädiktiver Basissymptome steht das „Schizophrenia Proneness Instrument“ in einer „Adult Version (SPI-A)“ und einer „Child and Youth Version“ (SPI-CY) zur Verfügung [16–18]. Zu dem Risikosyndrom für bipolare Störungen werden neben der Familienanamnese affektive und kognitive Symptome, aber auch Verhaltensauffälligkeiten gezählt, die in Risikokonstellationen für die Entwicklung

bipolarer Störungen zusammengefasst werden [19, 20]. Diese Symptomkomplexe bestehen nach bisherigem Kenntnisstand am ehesten aus attenuierten oder subsyndromalen Manifestationen der späteren bipolaren Störung. Charakteristika des bipolaren Risikosyndroms werden mittels der Bipolar Prodrome Symptom Scale (BPSS [21]) und der EPiBipolar [22] erhoben.

Die Transitionslücke

Versorgungssystem

Es gibt eine Reihe von Faktoren, die zusammen mit weiteren psychischen und sozialen Belastungsfaktoren insbesondere in der Adoleszenz zu frühen und häufigen Behandlungsabbrüchen und in der Folge zu einer Behandlungsverzögerung von psychotischen Erkrankungen führen. Dazu zählen eine bislang unzureichende, nicht flächendeckende Früherkennung und Frühintervention mit interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie, ein Unterangebot an ambulanten sektor- und fachübergreifenden, nachgehenden, flexiblen teambasierten Komplexbehandlungen und sozialen und beruflichen (Re-)Habitationsmaßnahmen und die Versorgungsverlagerung schwerer psychischer Erkrankungen in die stationäre (Akut-)Psychiatrie [23–27].

Patientenbezogene und familiäre Faktoren

Aufgrund des verspäteten Beginns einer langfristigen und adäquaten Behandlung entsteht oft eine lange Dauer unbehandelter Psychosen mit negativen Konsequenzen für die langfristige multidimensionale Prognose der Betroffenen [28]. Nach der Erstbehandlung kommt es gerade bei erkrankten PatientInnen mit Psychosen häufig zu Behandlungsbrüchen, die mit einem deutlich erhöhten Risiko für psychotische Rückfälle und einem sekundär chronischen Verlauf verbunden sind. Die Folgen sind die oft frühzeitige Entwicklung einer schweren und chronischen psychischen Erkrankung, massive Einschränkungen hinsichtlich der sozialen und beruflichen Integration sowie eine hohe und langfristige Krankheitslast für die Betroffenen und ihre Angehörigen. Hinzu kommen hohe direkte und indirekte Kosten für die Gesellschaft [29].

Forderungen und Empfehlungen

Um einen erfolgreichen Übergang jugendlicher PatientInnen ins Erwachsenenalter zu ermöglichen, ergeben sich auf Grundlage der Arbeitsgruppe „Task Force Transitionspsychiatrie – Störungsbereich Psychosen“ folgende Empfehlungen:

Inhaltliche und strukturelle therapeutische Empfehlungen

Ziele der Früherkennung und Frühintervention von Psychosen sind neben der Verbesserung des aktuellen Befindens hilfesuchender Personen das Verhindern, mindestens aber das Hinauszögern oder Abschwächen von Erstmanifestationen psychotischer Krisen, das Abschwächen negativer sozialer und alltagsbezogener Folgen für die Betroffenen sowie die zeitnahe, adäquate und

leitliniengerechte Behandlung von Patienten mit Ersterkrankungen [30]. Frühe Hilfen im eigenen Umfeld ermöglichen dabei einen Erhalt der sozialen Bezüge und eine Verbesserung des Funktionsniveaus. Dabei ist es notwendig, Angehörige und andere Bezugspersonen frühzeitig und umfassend mit einzubeziehen. Darüber hinaus sind bei vielen PatientInnen psychotherapeutische Interventionen notwendig. Psychotherapeutische Behandlungsangebote sind sowohl für Erstmanifestationen als auch für Risikopatienten gemäß der aktuellen S3-Leitlinien vorgesehen und müssen zeitnah zur Verfügung stehen [30]. Ein angemessenes Setting und eine empathische Informationsvermittlung für hilfeschuchende Betroffene und ihre Angehörigen sind Voraussetzungen. Die Einbettung in das bestehende psychiatrische Versorgungssystem kann im Einzelfall auch eine zu hohe Zugangsschwelle für Betroffene sein, sodass Früherkennung und Frühintervention für Psychosen im besten Fall auch aufsuchend angeboten werden muss.

Empfehlungen für die Behandlungsstruktur

Indizierte Präventionsmaßnahmen fokussieren die Früherkennung von Risikosymptomen für die Entwicklung von psychotischen Störungen und lassen sich anhand der bestehenden Datenlage gut begründen und in die Versorgungspraxis umsetzen. Verschiedene Länder haben bereits vor zwei Jahrzehnten begonnen, Empfehlungen zur Früherkennung und Frühintervention in Form von „Early Intervention Services“ (EIS) im regulären Versorgungssystem umzusetzen. Hierbei handelt es sich um populationsbezogene Früherkennungs- und Behandlungsnetzwerke, in denen MitarbeiterInnen diagnose-, alters- und fachübergreifend ambulant und stationär zusammenarbeiten und damit eine erfolgreiche Transition strukturiert, flächendeckend, patientenorientiert und flexibel ermöglichen und damit Fehl- und Unterversorgung verhindern. Diese schon lange bestehenden internationalen Early Intervention Services zeigen eine im Vergleich zur Regelversorgung verbesserte Effektivität bei hoher Effizienz – auch Jahre nach Beendigung der intensiven Erstbehandlung [28, 29].

Forderungen zur Optimierung der Transitionsphase

- Maßnahmen zur Verbesserung von Wissen und zur Reduktion von Stigma in der zur versorgenden Bevölkerung, Errichtung eines populationsbezogenen Netzwerks mit definierten Früherkennungswegen und der Implementierung von aufsuchenden Früherkennungs- und Frühinterventionsteams bzw. „Early Intervention Services“ (EIS) im regulären Versorgungssystem [28, 29, 31], um eine erfolgreiche Transition strukturiert, flächendeckend, patientenorientiert und flexibel zu ermöglichen [32]. Darüber hinaus sorgt es durch vordefinierte Pathway-to-Care-Pfade und Screening für eine möglichst hohe Service-Inanspruchnahme.
- Steigerung der Behandlungsqualität durch die Implementierung von Servicestrukturen für PatientInnen mit schweren psychischen Störungen. Die Servicestrukturen enthalten auf struktureller Ebene teambasierte Modelle intensiver und aufsuchender Behandlung, Früherkennungsservices, Peer-to-Peer-Beratung, ein Netzwerk sozialpsychiatrischer Angebote wie unterstützte Ausbildung, Arbeit

und Wohnen sowie Kooperationen zur Prävention und Behandlung somatischer Erkrankungen und ambulante Psychotherapie. Erfolgreiche Modelle intensiver und aufsuchender Behandlung sind Assertive Community Treatment (ACT [33]) mit seinen Modifikationen RACT [34, 35], therapeutisches ACT [36] oder FACT [34, 37], Crisis Resolution and Home Treatment (CRHT [38]) und Community Mental Health Teams (CMHT [39]).

- Entwicklung und Implementierung IT-gestützter Behandlungsformen, die Betroffenen, Angehörigen und Professionellen einen flächendeckenden Zugang zu evidenzbasierter Versorgung auch in ländlichen Regionen und Flächenländern sowie eine bessere sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Netzwerkbildung ermöglichen (Telemedizin, e-Mental-Health-Angebote, Online-Therapieräume).

Empfehlungen bezüglich Aus-, Fort- und Weiterbildung

Langjährige Erfahrungen und wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass eine Verbesserung der Versorgung durch Früherkennung und Frühintervention nicht durch kurzfristige oder singuläre Interventionen zu erreichen ist. Vielmehr bedarf es für anhaltende Effekte kombinierter, interdisziplinärer und langfristiger Interventionen, am ehesten unterstützt durch Maßnahmen zur Verbesserung von Wissen und zur Reduktion von Stigma in der zu versorgenden Bevölkerung, und der Errichtung eines populationsbezogenen Netzwerks mit Etablierung gemeinsamer Aus-, Fort- und Weiterbildungen (Qualitätszirkel, Fallkonferenzen, e-Learning etc.) [31].

Empfehlungen bezüglich Forschung

Gemeinsame fachübergreifende wissenschaftliche Untersuchungen zu neurobiologischen Indikatoren, Früherkennung und Frühintervention, Versorgungsforschung sowie patientenorientierte Outcomes und gesundheitsökonomische Fragestellungen in der Phase der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter

THEMEN FÜR EIN STRUKTURIERTES TRANSITIONS-MANAGEMENT (CHECKLISTE)

- Systematische alters- und fachübergreifende Frühdiagnostik von PatientInnen mit Risikosyndromen und Erstmanifestation einer Psychose
- Systematische Untersuchung der psychischen und somatischen Komorbidität, Screening und Ausschluss organischer Ursachen der psychotischen Symptomatik (inkl. Internistischer und neurologischer Untersuchung und bildgebender Verfahren) und Einschätzung von Problemen im Alltag und in der Lebensführung (Z-Diagnosen)
- Klinische Einschätzung des Chronizitätsrisikos mit Notwendigkeit langfristiger Behandlung, Aufklärung und Beginn der Frühbehandlung unter Einbezug des Betroffenen und seines Bezugssystems
- Bei HochrisikopatientInnen mit komorbiden psychischen Erkrankungen sektorenübergreifende und interdisziplinäre Behandlung mit dem Schwerpunkt auf nichtpharmakologischen Behandlungsstrategien

- Bei manifester Ersterkrankung Psychose sektorenübergreifender Zugang zu aufsuchender Komplexbehandlung unter Einbezug der Familie und weiteren Bezugspersonen und Transition von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie

Interessenkonflikt

Anne Karow erklärt, dass sie innerhalb der letzten 3 Jahre in einem Beratungsgremium tätig, Forschungsunterstützung und/oder Vortrags-honorare der Firmen AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Lilly Deutschland GmbH, Janssen Cilag GmbH, Lundbeck GmbH, Otsuka Pharma GmbH, Roche Deutschland Holding GmbH erhalten hat.

Literatur

- Amminger GP, Henry LP, Harrigan SM et al. Outcome in early-onset schizophrenia revisited: findings from the early psychosis prevention and intervention centre long-term follow-up study. *Schizophr Res* 2011; 131: 112–119
- Esterberg ML, Trotman HD, Holtzman C et al. The impact of a family history of psychosis on age-at-onset and positive and negative symptoms of schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2010; 120: 121–130
- Large M, Sharma S, Compton MT et al. Cannabis use and earlier onset of psychosis: A systematic meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 555–561
- Kyriakopoulos M, Frangou S. Pathophysiology of early onset schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2007; 19: 315–324
- Vyas NS, Patel NH, Puri BK. Neurobiology and phenotypic expression in early onset schizophrenia. *Early Interv Psychiatry* 2011; 5: 3–14
- Rajji TK, Ismail Z, Mulsant BH. Age at onset and cognition in schizophrenia: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2009; 195: 286–293
- Schimmelmann BG, Conus P, Cotton S et al. Pre-treatment, baseline, and outcome differences between early-onset and adult-onset psychosis in an epidemiological cohort of 636 first-episode patients. *Schizophr Res* 2007; 95: 1–8
- Johnson MB, Stevens B. Pruning hypothesis comes of age. *Nature* 2018; 554: 438–439
- Frangou S. Cognitive function in early onset schizophrenia: a selective review. *Front Hum Neurosci* 2009; 3: 79
- Klosterkotter J, Schultze-Lutter F, Bechdolf A et al. Prediction and prevention of schizophrenia: what has been achieved and where to go next? *World Psychiatry* 2011; 10: 165–174
- Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Salokangas RK et al. Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective European prediction of psychosis study. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 241–251
- Yung AR, Nelson B. The ultra-high risk concept—a review. *Can J Psychiatry* 2013; 58: 5–12
- Michel C, Ruhrmann S, Schimmelmann BG et al. A stratified model for psychosis prediction in clinical practice. *Schizophr Bull* 2014; 40: 1533–1542
- Yung AR, Yuen HP, McGorry PD et al. Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39: 964–971
- Huber G, Gross G. The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. *Recent Prog Med* 1989; 80: 646–652
- McGlashan T, Walsh BC, Woods SW. The psychosis-risk syndrome. Handbook for diagnosis and follow-up. New York: Oxford University Press; 2010
- Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Fusar-Poli P et al. Basic symptoms and the prediction of first-episode psychosis. *Curr Pharm Des* 2012; 18: 351–357
- Schultze-Lutter F, Resch F, Koch E et al. Early detection of psychosis in children and adolescents – have developmental particularities been sufficiently considered? *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2011; 39: 301–311. quiz 11–2
- Correll CU, Penzner JB, Lencz T et al. Early identification and high-risk strategies for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2007; 9: 324–338
- Leopold K, Nikolaides A, Bauer M et al. Angebote zur Früherkennung von Psychosen und bipolaren Störungen in Deutschland: Bestandsaufnahme. *Nervenarzt* 2014; 86: 352–358
- Correll CU, Olvet DM, Auther AM et al. The Bipolar Prodrome Symptom Interview and Scale-Prospective (BPSS-P): description and validation in a psychiatric sample and healthy controls. *Bipolar Disord* 2014; 16: 505–522
- Leopold K, Ritter P, Correll CU et al. Risk constellations prior to the development of bipolar disorders: rationale of a new risk assessment tool. *J Affect Disord* 2012; 136: 1000–1010
- Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69: 372–380
- de Girolamo G, Dagani J, Purcell R et al. Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2012; 21: 47–57
- Holtmann M, Duketis E, Poustka L et al. Bipolar disorder in children and adolescents in Germany: national trends in the rates of inpatients, 2000–2007. *Bipolar Disord* 2010; 12: 155–163
- Lambert M, Conus P, Cotton S et al. Prevalence, predictors, and consequences of long-term refusal of antipsychotic treatment in first-episode psychosis. *J Clin Psychopharmacol* 2010; 30: 565–572
- Göhne U, Weinmann S, Arnold K et al. S3 guideline on psychosocial therapies in severe mental illness: evidence and recommendations. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2015 Apr; 265(3): 173–88
- Lambert M, Bock T, Naber D et al. Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2013; 81: 614–627
- Karow A, Bock T, Naber D et al. Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 2: Krankheitslast, Defizite des deutschen Versorgungssystems, Effektivität und Effizienz von „Early Intervention Services“. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2013; 81: 628–638
- DGPPN. S-3 Leitlinie Schizophrenie. AWMF Online 2019 e.V., Deutsche Gesellschaft für Transitionsmedizin. 2017. <http://www.transitionsmedizin.de/>
- McGorry P, Bates T, Birchwood M. Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *Br J Psychiatry Suppl* 2013; 54: s30–5
- Leopold K, Ratzer S, Correll CU et al. Characteristics, symptomatology and naturalistic treatment in individuals at-risk for bipolar disorders: baseline results in the first 180 help-seeking individuals assessed at the Dresden high-risk project. *J Affect Disord* 2014; 152–154: 427–433
- Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; CD001089
- Norden T, Norlander T. Absence of positive results for flexible assertive community treatment. What is the next approach? *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2014; 10: 87–91

- [35] van Veldhuizen R, Delespaul P, Kroon H et al. Flexible ACT & Resource-group ACT: different working procedures which can supplement and strengthen each other. A response. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2015; 11: 12–15
- [36] Lambert M, Bock T, Schottle D et al. Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS Trial). *J Clin Psychiatry* Oct 2010; 71: 1313–1323
- [37] Nugter MA, Engelsbel F, Bahler M et al. Outcomes of flexible assertive community treatment (FACT) implementation: a prospective real life study. *Community Ment Health J* 2016; 52: 898–907
- [38] Murphy SM, Irving CB, Adams CE et al. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; CD001087
- [39] Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S et al. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; CD000270

Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und Traumafolgestörungen in der Adoleszenz

Post-traumatic stress disorders (PTSD) and trauma sequel disorders in adolescence

Autoren

Joerg Fegert¹, Harald Jürgen Freyberger†²

Institute

- 1 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm
- 2 ehemals Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald

Schlüsselwörter

PTBS, Traumafolgestörung, Adoleszenz

Key words

PTBS, Trauma sequel disorder, Adolescence

eingereicht 26.04.2019

akzeptiert 03.09.2019

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1016-3316>

Fortschr Neurol Psychiatr 2019; 87: 638–641

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0720-4299

Korrespondenzadresse

Prof. Joerg Fegert

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie /
Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm

Steinhövelstrasse 5

Baden-Württemberg

89075 Ulm Germany

Tel.: 0049-731-500-61601

Fax: 0049-731-500-61602

E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

ZUSAMMENFASSUNG

Der vorliegende Text betrachtet Posttraumatische Belastungsstörungen und Traumafolgestörungen in der Adoleszenz und geht dabei insbesondere auf die Transitionsproblematik ein. Zum einen bilden sich auf der diagnostischen Ebene die Traumatisierungen häufig nicht PTBS-spezifisch, sondern in Selbsthilfe und Selbstmedikationsmaßnahmen sowie Alkohol- und Drogenabhängigkeit und Dissozialität ab, die im erwachsenenpsychiatrischen System oft nicht ausreichend hinterfragt werden. Zum anderen geht es um die Weiterentwicklung und Implementierung traumapädagogischer Ansätze insbesondere für Jugendliche, die in kritischen Hochrisikokonstellationen aufwachsen oder sich bereits Institutionen der Jugendhilfe oder der Eingliederungshilfe befinden. Hier wird nicht nur ein eklatanter Mangel in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der beteiligten Berufsgruppen, sondern auch im Hinblick auf empirische Therapiestudien festgestellt.

ABSTRACT

This text examines post-traumatic stress disorders and trauma sequel disorders in adolescence, focusing in particular on the problem of transition. On the one hand, on the diagnostic level traumatizations are often not PTSD-specific, but rather self-help and self-medication measures as well as alcohol and drug addiction and dissociation, which are often not sufficiently questioned in the adult psychiatric system. On the other hand, it is about the further development and implementation of trauma pedagogical approaches, especially for young people who grow up in critical high-risk constellations or who are already in institutions of youth welfare or integration assistance. Here, not only a blatant lack of initial, further and continuing training for the occupational groups involved is noted, but also a lack of empirical therapy studies.

Frühe Kindheitsbelastungen (ACE, Adverse Childhood Experiences) stellen die häufigsten potenziell traumatisierenden Ereignisse in Kindheit und Jugend dar. Ein Drittel aller Menschen in Deutschland [1] hat mindestens eine Misshandlungs- oder Vernachlässigungsform erlitten, häufig sind Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch kombiniert anzutreffen. Mehr als 50% aller Menschen werden in ihrem Leben zumindest einmal

mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert [2], wobei die PTBS-Lebenszeitprävalenz bei etwa 1–9% liegt und Frauen doppelt so häufig wie Männer betroffen sind [2, 3]. Das Erkrankungsrisiko wird durch die Traumatisierungsschwere und -dauer sowie durch Risiko-, Ereignis- und Schutzfaktoren moderiert [4]. Selbst in der Gruppe mit eindeutig identifizierten schwer belastenden traumatischen Ereignissen ist aber ein erheblicher Prozentsatz

resilienter Personen festzustellen [5, 6]. Hochrisikogruppen stellen Kinder und Jugendliche in Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen, z. B. Kinderheimen, dar, die überzufällig häufig bereits traumatische Lebensereignisse, insbesondere auch Erfahrungen sexueller Übergriffe gemacht haben (z. B. [7–10]). Dabei weisen diese Kinder und Jugendlichen hohe Komorbiditätsraten psychischer Störungen auf [9, 11–13] und haben bis heute einen vergleichsweise schlechten Zugang zum psychotherapeutischen Behandlungssystem (vgl. 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung und Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht [14]). Für aktuelle Forschungsergebnisse zu Prävalenz und Folgen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung vgl. auch Witt et al. 2019 [15].

Im Unterschied zum Erwachsenenalter führen traumatische Ereignisse im Kindes- und Jugendalter weniger häufig zu der eng umschriebenen Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), sondern zu einem breiteren Spektrum von Problemen (Angst, Depression, Verhaltensauffälligkeiten, Suizidalität, Selbstverletzung, verstärktes Suchtverhalten etc.). Insbesondere bei komplexen Traumatisierungen werden Veränderungen in der Persönlichkeitsentwicklung sowie kognitive und körperliche Beeinträchtigungen induziert, sodass in der Regel von einer komplexeren Problematik mit struktureller Dissoziation und schwerer ausgeprägten Identitätsstörungen ausgegangen werden muss, wie sie im Konzept der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung zum Ausdruck kommen. Dabei kommt es häufig zur Koinzidenz von internalisierenden und externalisierenden Störungsanteilen [16] und zu einer Exazerbation zuvor bestehender Entwicklungsprobleme, wie etwa oppositionell-aggressives Verhalten oder andere Störungen des Sozialverhaltens. Heute kann dieses typische Symptombild als disruptive Affektregulationsstörung (DMDD, Disruptive Mood Dysregulation Disorder) nach DSM-5 diagnostiziert werden. In der Gesamtbevölkerung (auch Erwachsene, bevölkerungsrepräsentative Untersuchung mit 2413 Teilnehmern [17]) werden Prävalenzen von 0,5% DMDD im Erwachsenenalter und knapp 8% während des Schulalters angegeben. Der Verlauf ist bei Heimkindern häufig chronisch. Traumatisierte weibliche Jugendliche tendieren zu internalisierender Verarbeitung, männliche Jugendliche zu externalisierenden Merkmalen, einschließlich Gewalt und eigenem Täterverhalten [18–20]. Die im ICD-11 neu eingeführte Diagnose der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung beschreibt neben den „klassischen“ PTBS-Symptomen des Wiedererlebens, der Vermeidung und der Übererregung auch Symptome innerhalb der Bereiche Affektdysregulation, negatives Selbstbild und interpersonelle Probleme, welche in Kombination das heterogene Symptombild vor allem nach Kindheitstraumatisierungen sowie multipler oder prolongierter Traumatisierung widerspiegeln. Auch wenn die komplexe PTBS nach dem ICD-11-Vorschlag bisher hauptsächlich an Erwachsenenpopulationen validiert wurde, zeigt eine erste Studie, dass die komplexe PTBS auch schon im Jugendalter eine relevante Diagnose darstellt und eine von der „klassischen“ PTBS abgrenzbare Entität darstellt [21].

Wird im Jugendalter eine PTBS-Diagnose gestellt, so besteht ein erhebliches Risiko (OR 2–6), im weiteren Lebenslauf eine depressive Störung, eine Angststörung, eine Suchtproblematik

oder eine Borderline-Persönlichkeitsstörung zu entwickeln [18, 22–24]. Daneben stellen belastende Kindheitserlebnisse selbst einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Adoleszenz dar [25]. Darüber hinaus wird nicht zuletzt durch die Beteiligung der stressregulativen HPA-Achse und des Opioid-Systems das Risiko für verschiedene somatische Erkrankungen heraufgesetzt, insbesondere für solche aus dem kardiovaskulären System.

Die Transitionsproblematik stellt sich auf mehreren Ebenen dar. Auf der diagnostischen Ebene bilden sich die Traumatisierungen häufig nicht PTBS-spezifisch, sondern vor allem durch dysfunktionale Bewältigungsstrategien zur Affektmodulation in Form von Selbstmedikationsmaßnahmen sowie Alkohol- und Drogenabhängigkeit und Dissozialität ab, die im erwachsenenpsychiatrischen System oft nicht ausreichend hinterfragt werden. Durch das mit Traumatisierungen verbundene gestörte Bindungsverhalten mit einem höheren Anteil des desorganisierten Bindungstyps wird dieser Effekt unterhalten, wobei die davon betroffenen Jugendlichen weniger gut in der Lage sind, konventionelle psychotherapeutische Komm-Strukturen zu nutzen oder sich überhaupt an Personen des Hilfesystems zu binden. Dies erklärt teilweise auch die hohen Abbruchraten beim Übergang vom kinder- und jugendpsychiatrischen in das erwachsenenpsychiatrische System. In der Übergangsphase kommen meist Adoleszente mit einer PTBS in stationäre Behandlung, die gleichzeitig auch Merkmale oder Symptome einer Persönlichkeitsentwicklungsstörung bzw. Borderline-Persönlichkeitsstörungen zeigen. Gleichzeitig ist zu beobachten, dass die Zahl der Borderline-Diagnosen nach dem 18. Lebensjahr sprunghaft ansteigt. Dies liegt an unterschiedlichen diagnostischen Kulturen und entspricht den Vorgaben in der bisherigen ICD-10. Hinsichtlich der gesamten Übergangsphase sollte daher darauf geachtet werden, Störungen der Persönlichkeitsentwicklung (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung) ebenfalls mit zu erfassen, um Adoleszenten frühzeitig störungsspezifische Interventionen anbieten zu können.

Auf der zweiten Ebene geht es um die Weiterentwicklung und Implementierung traumapädagogischer Ansätze insbesondere für Jugendliche, die in kritischen Hochrisikokonstellationen aufwachsen oder sich bereits in Institutionen der Jugendhilfe oder der Eingliederungshilfe befinden [26] mit hohen und unerkannten Traumatisierungsraten [27, 28], die bei bis zu 80% liegen. Zu diesen traumapädagogischen Ansätzen werden z. B. Techniken und Methoden gerechnet, die an der Verbesserung der Sinnes- und Körperwahrnehmung, der sozialen Wahrnehmung und der sozialen Kompetenzen, der Verbesserung der Emotionsregulation, der Selbstwirksamkeitserwartungen und der Resilienzfaktoren ansetzen und darüber hinaus die PTBS-relevante Symptomatik einschließlich der Dissoziationsneigung zu reduzieren helfen [29–31]. Die Implementierung solcher Ansätze muss auch das erwachsenenpsychiatrische System einschließen, um die Transitionseffekte besser moderieren zu können.

Nach wie vor besteht ein eklatanter Mangel in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der beteiligten Berufsgruppen auch im Hinblick auf empirische Therapiestudien, insbesondere in Bezug auf komplex traumatisierte Jugendliche und junge Erwachsene in der Transitionsphase. Bei Vorliegen einer PTBS im Kindes- und Jugendalter gibt es die meiste Behandlungsevidenz für die

traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT [31]). Ein besonderes Merkmal ist der therapeutische Einbezug einer unterstützenden Bezugsperson, wenn möglich, eines Elternteils. Beachtenswert ist, dass vermutlich aufgrund des Einbezugs des Lebensumfelds die Behandlungsergebnisse sich auch nach der direkten Therapie noch weiter verbessern [33]. Insofern könnte man auch im Übergang zum Erwachsenenalter die noch wesentlichen Beziehungspersonen mit einbeziehen, um ein besseres Verständnis und einen besseren Umgang mit der Symptomatik zu ermöglichen. Dies gilt auch für Patientinnen und Patienten mit der im ICD-11 hinzukommenden Diagnose komplexe PTBS. Hierbei ist anzumerken, dass erste Ergebnisse darauf hinweisen, dass evidenzbasierte traumafokussierte Psychotherapie, z. B. die Tf-KVT, auch transdiagnostisch wirksam sein kann [34] und ebenfalls bei komplexer PTBS deutliche Symptomverbesserungen erzielt [21]. Die meisten geflüchteten Jugendlichen [35–38] zeigen auch multiple Belastungsfolgen und befinden sich in dieser Altersgruppe. Sie stellen derzeit eine größere Herausforderung im Traumascreening und der adäquaten psychosozialen und klinischen Versorgung dar (vgl. [39]). Ein Großteil der Adoleszenten mit einer PTBS können auf diese Weise adäquat behandelt werden. Vielerorts haben sich auch spezialisierte Traumaambulanzen und Traumatherapie-Angebote ausgebildet. Derzeit ist jedoch noch unklar, wie in den Traumaambulanzen nach dem neuen sozialen Entschädigungsrecht die Übergangsphase in Bezug auf eine Frühintervention geregelt werden wird.

Interessenkonflikt

J.M. Fegert erhielt in den letzten fünf Jahren Förderungen von der EU, der Deutschen Forschungs-gemeinschaft (DFG), dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), dem Bundesministerium für Verteidigung (BMVg), mehrerer Landesministerien, der Landesstiftung Baden-Württemberg, der UBS Optimus Stiftung, der Päpstlichen Universität Gregoriana CJD, Caritas und der Diözese Rottenburg-Stuttgart. Darüber hinaus erhielt er in den letzten 5 Jahren von der DFG, AACAP, NIMH/NIH, EU, Pro Helvetia, Janssen-Cilag (J&J), Shire, verschiedenen Universitäten und Wissenschaftskollegs, Berufsverbänden, politischen Stiftungen sowie Bundes- und Landesministerien Reiseaufwandsentschädigungen, Vortragshonorare und Sponsoring für Konferenzen und medizinische Bildungszwecke. Jede Zuwendung wird beim Universitätsklinikum Ulm angemeldet.

Literatur

- [1] Witt A, Brown R, Plener P et al. Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2017; 11: 47
- [2] Kessler RC, Sonnega A, Bromet E et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048–1060
- [3] Davidson JRT, Fairbank JA. The Epidemiology of Posttraumatic Stress Disorder. In: Davidson JRT, Foa EB, Hrsg. *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993: 147–169
- [4] Freyberger HJ, Widder B. Begutachtung von Traumatisierungen. *Psychotherapeut* 2010; 55: 401–408
- [5] Domhardt M, Münzer A, Fegert JM et al. Resilience in Survivors of Child Sexual Abuse: A Systematic Review of the Literature. *Trauma Violence Abuse* 2015; 16: 476–493
- [6] Witt A, Münzer A, Ganser HG et al. Experience by children and adolescent of more than one type of maltreatment: Association of different classes of maltreatment profiles with clinical outcome variables. *Child Abuse Negl* 2016; 57: 1–11
- [7] Meltzer H, Lader D, Corbin T et al. The mental health of young people looked by the authorities in England. *National Statistics Report*. Norwich: St. Clements House; 2003
- [8] Burns BJ, Phillips SD, Wagner HR et al. Mental Health Need and access to Mental Health Services by Youth Involved with Child Welfare: A National survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 960–970
- [9] Dölitzsch C, Fegert JM, Künster A et al. Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen. *Kindheit Entwicklung* 2014; 23: 140–150
- [10] Rau T, Ohlert J, Fegert JM et al. Kindheitserlebnisse von Jugendlichen in Internaten. Ein Vergleich mit Jugendlichen aus Jugendhilfeeinrichtungen und der Allgemeinbevölkerung. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2018; 67: 31–47
- [11] Schmid M, Goldbeck L, Fegert JM. Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe- (k)eine Aufgabe für niedergelassene Verhaltenstherapeuten? *Verhaltensther Psychosoz Prax* 2006; 38: 95–119
- [12] Schmid M, Fegert JM. Viel Lärm um nichts? *Z Kindschaftsrecht Jugendhilfe* 2006; 1: 30–35
- [13] Lüdtke J, Boonmann C, Dölitzsch C et al. Komorbide Angststörungen bei Störungen des Sozialverhaltens: Ein Schutz- oder Risikofaktor? *Kindheit Entwickl* 2017; 26: 100–109
- [14] Fegert JM, Besier T. Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem – Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform. In *Materialien zum Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht – Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen* ed. Sachverständigenkommission Dreizehnter Kinder und Jugendbericht, DJI – Deutsches Jugendinstitut e. V., München; 2009.
- [15] Witt A, Sachser C, Plener PL, Brähler E, Fegert JM: The prevalence and consequences of negative childhood experiences in the German population. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 635–42 DOI: 10.3238/arztebl.2019.0635
- [16] McCloskey LA, Walker M. Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 108–115
- [17] Grau K, Plener PL, Hohmann S et al. Prevalence Rate and Course of Symptoms of Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD), A Population-Based Study”, *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2018; 46: 29–38
- [18] Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB et al. Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 1369–1380
- [19] Allroggen M, Rau T, Ohlert J et al. Lifetime prevalence and incidence of sexual victimization of adolescents in institutional care”. *Child Abuse Negl* 2017; 66: 23–30
- [20] Allroggen M. Sexuelle Übergriffe unter Kindern und Jugendlichen. In: Fegert JM, Hoffmann U, König E et al., Hrsg. *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen – Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich*. Heidelberg: Springer; 2015: 383–390
- [21] Sachser C, Keller F, Goldbeck L. Complex PTSD as proposed for ICD-11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *J Child Psychol Psychiatry* 2017; 58: 160–168
- [22] Fergusson D, Horwood L, Lynskey M. Childhood sexual abuse and psychiatric disorders in young adulthood: Part II: Psychiatric outcomes of sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1365–1374
- [23] Gunderson, J. G., & Sabo, A. N. (1993). „Borderline personality disorder and PTSD“. *The American Journal of Psychiatry*, 150(12), 1906–1907.

- [24] Lipschitz DS, Winegar RK, Hartnick E et al. Posttraumatic stress disorder in hospitalized adolescents: Psychiatric comorbidity and clinical correlates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 385–392
- [25] Widom CS, Czaja SJ, Paris J. A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *J Pers Disord* 2009; 23: 433–446
- [26] Fegert JM, Ziegenhain U, Goldbeck L, Hrsg. *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung*. Weinheim: Juventa; 2010
- [27] Schmid M. *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa; 2007
- [28] Schmid M. *Kinder- und Jugendhilfe im Brennpunkt: Nachdenken über strukturell verursachte gesellschaftliche Folgekosten bei Jugendhilfeabbrüchen*. *Klin Sozialarb* 2010; 6: 6–8
- [29] Schmidt M, Wiesinger D, Keller F et al. Individuumsbezogene Evaluation eines traumapädagogischen Konzepts in einer stationären Wohngruppe. *Trauma Gewalt* 2009; 3: 118–135
- [30] Steinlin C, Dölitzsch C, Fischer S et al. Burnout, Posttraumatische Belastungsstörung und Sekundärtraumatisierung. Belastungsreaktionen bei pädagogischen Fachkräften in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen der Schweiz. *Trauma Gewalt* 2015; 9: 6–21
- [31] Steinlin C, Dölitzsch C, Kind N et al. The influence of sense of coherence, self-care and work satisfaction on secondary traumatic stress and burnout among child and youth residential care workers in Switzerland. *Child Youth Services* 2017; 38: 159–175
- [32] Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Publications; 2016
- [33] Tutus D, Pfeiffer E, Rosner R et al. Sustainability of treatment effects of trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: Findings from 6-and 12-month follow-ups. *Psychother Psychosom* 2018; 8: 379–381
- [34] Sachser C, Goldbeck L. Angst, Depression und Trauma–transdiagnostische Effekte der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (TF-KVT). *Kindheit Entwickl* 2017; 26: 93–99
- [35] Fegert JM, Diehl C, Leyendecker B et al. Psychosocial problems in traumatized refugee families: overview of risks and some recommendations for support services. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2018; 12: 5
- [36] Witt A, Rassenhofer M, Fegert JM et al. Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Eine systematische Übersicht. *Kindheit Entwickl* 2015; 24: 209–224
- [37] Rassenhofer M, Fegert JM, Plener PL et al. Validierte Verfahren zur psychologischen Diagnostik unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge – eine systematische Übersicht. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2016; 65: 97–112
- [38] Möhrle B, Dölitzsch C, Fegert JM et al. Verhaltensauffälligkeiten und Lebensqualität bei männlichen unbegleiteten Flüchtlingen in Jugendhilfeeinrichtungen in Deutschland. *Kindheit Entwickl* 2016; 25: 204–215
- [39] Sukale T, Hertel C, Möhler E et al. *Diagnostik und Ersteinschätzung bei minderjährigen Flüchtlingen*. *Der Nervenarzt*, Ausgabe 1/2017, Springer Medizin Verlag Berlin

Störung des Sozialverhaltens und Antisoziale Persönlichkeitsstörung - Herausforderungen in der Transition vom Jugend- zum Erwachsenenalter

Conduct disorder and antisocial personality disorders: challenges for treatment in adolescence and young adulthood

Autoren

Michael G. Koelch¹, Manfred Döpfner², Christine M. Freitag³, Birger Dulz⁴, Michael Rösler⁵

Institute

- 1 Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsmedizin Rostock
- 2 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Köln
- 3 Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Universitätsklinikum Frankfurt
- 4 Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen, Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll
- 5 Fakultät der Universität des Saarlandes, Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie, Universitätsklinikum des Saarlandes und Medizinische

Schlüsselwörter

Aggression, Störung des Sozialverhaltens, Antisoziale Persönlichkeitsstörung, Transition, Adoleszenz

Key words

aggressive behaviour, conduct disorder, antisocial personality disorder, transition, adolescence

eingereicht 24.03.2019

akzeptiert 13.07.2019

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0984-5929>

Fortschr Neurol Psychiatr 2019; 87: 634–637

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0720-4299

Korrespondenzadresse

Prof. Michael G. Koelch
Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Universitätsmedizin Rostock
Gehlsheimer Str. 20
18055 Rostock
Deutschland
Tel.: 0381-4944607
Fax: 0381-4944612
E-Mail: michael.koelch@med.uni-rostock.de

ZUSAMMENFASSUNG

Aggressives Verhalten ist ein häufiges Phänomen in der Kindheit und Jugend. Es ist auch ein häufiger Anlass für eine Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie. Störungen des Sozialverhaltens bergen ein hohes Risiko für eine lebenslange Problematik, auch für das spätere Auftreten komorbider Suchterkrankungen oder affektiver Störungen. Die Behandlung im Übergang zum Erwachsenenalter ist schwierig, weil zum einen oft die Einsicht bei den Betroffenen in die Probleme und langfristige Konsequenzen fehlt, zum anderen verspricht hier nicht allein die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung Erfolg. Vielmehr sind umfassende interdisziplinäre Interventionen unter Einbezug der Jugendhilfe, der Familie und des Umfeldes notwendig. Forschungslücken bestehen sowohl in der Implementation evidenzbasierter Therapieinterventionen, wie auch der Forschung zu besonderen Risikogruppen (z. B. Mädchen oder Jugendliche mit Substanzabusus).

ABSTRACT

Aggressive behaviour is a typical phenomenon in childhood and adolescence. Aggression is one of the frequent reasons for parents to seek child and adolescent psychiatric and psychotherapeutic treatment. Disorders with increased aggressive behaviour, such as conduct or oppositional defiant disorder, carry an increased risk for long-lasting negative impact on well-being, especially when comorbid with substance abuse or affective symptoms. Barriers for treatment are frequently a lack of insight into consequences and non-compliance with intervention shown by adolescents. In addition, interdisciplinary intervention needs to combine psychiatric and psychotherapeutic interventions as well as complex interventions supported by the youth welfare system, and in particular including families. Further research is needed for the implementation of evidence-based treatments in routine care as well in special populations, such as girls with conduct disorders or youth with substance abuse.

Epidemiologie, Kernsymptome und Verlauf

Aggressives Verhalten tritt bei Kindern und Jugendlichen häufig auf und ist per se nicht pathologisch. Als psychopathologisches Symptom ist es unspezifisch und kommt bei zahlreichen unterschiedlichen psychischen Störungen, die das ganze Spektrum externalisierender und internalisierender psychischer Störungen umfassen, vor. Wenn aggressives Verhalten sich chronisch wiederholt und zusammen mit regelverletzenden und dissozialen Symptomen auftritt, ist es Teil einer Störung des Sozialverhaltens. Nach ICD-10 werden vier verschiedenen Formen der Störungen des Sozialverhaltens unterschieden, nach DSM-5 nur zwei, die oppositionelle Störung des Sozialverhaltens („oppositional-defiant disorder“, ODD) und die schwere Störung des Sozialverhaltens („Conduct Disorder“, CD), zu der auch nicht-aggressive, dissoziale und regelverletzende Verhaltensweisen wesentlich dazu gehören. Die Diagnosen dürfen nur gestellt werden, wenn die Verhaltensweisen chronisch sind, bzw. über mehr als ein Jahr lang häufig auftreten. Nach DSM-5 können bezüglich der CD noch Spezifizierungen bezüglich der Diagnose eingefügt werden, von denen angenommen wird, dass sie insbesondere für den Verlauf von Bedeutung sind. In epidemiologischen Untersuchungen weisen ca. 7 % der männlichen Kinder und Jugendlichen und ca. 3 % der weiblichen Jugendlichen Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens im Sinne der CD auf u.a. [1]. Verschiedene Risikofaktoren, wie angeborene genetische und Temperamentsfaktoren, elterliches Erziehungsverhalten, aber auch die Wohnumgebung, das Verhalten von Gleichaltrigen sowie zahlreiche schulische und gesellschaftliche Faktoren tragen zur Entwicklung von Störungen des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter bei [2, 3, 4]. Störungen des Sozialverhaltens, sowohl ODD als auch CD, weisen eine hohe psychiatrische Komorbidität auf, die altersspezifisch ist: Im Vorschul- und Grundschulalter liegt meist eine oppositionelle Störung des Sozialverhaltens vor, die häufig zusammen mit einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS), aber auch Angst- und autistischen Störungen sowie Teilleistungsstörungen vorkommt. Ab dem späten Grundschul- und im Jugendalter findet sich gehäuft die schwere Störung des Sozialverhaltens (CD), für die ODD und ADHS teilweise Vorläufererkrankungen darstellen. CD geht sehr häufig mit ADHS und frühem Substanzkonsum, aber auch, insbesondere bei Mädchen, mit post-traumatischer Belastungsstörung (PTSD) und depressiven Episoden einher [5].

Die Prognose Betroffener mit zusätzlichen komorbiden psychischen Störungen wie Depression oder ADHS ist besonders schlecht, sowohl was die psychische Gesundheit, als auch was die soziale Integration angeht [6]. Gut belegt ist, dass die Schwere der ADHS-Symptomatik sowie ein frühes Auftreten von Symptomen einer CD im Grundschulalter, sowie niedriger IQ und Lese-Rechtschreib-Probleme das Risiko für eine spätere antisoziale Persönlichkeitsstörung erhöhen [7]. Es gibt eine Vielzahl an Studien, die ein erhöhtes Risiko für depressive Störungen, Suizide, Suchtstörungen und antisoziale und impulsive Persönlichkeitsstörungen im Langzeitverlauf aufgezeigt haben u.a. [8, 9, 10]. Allerdings remittiert die Störung bei einem großen Teil der Kinder und Jugendlichen, die die Diagnosekriterien einer ODD oder CD erfüllen. Wesentlich ist hier der frühzeitige Einsatz von präventiven und therapeutischen Verfahren, wie

insbesondere Elternt raining im Vorschul- und Grundschulalter, sowie die Kombination aus Elternt raining, störungsspezifischer Gruppentherapie und flankierenden pädagogischen Maßnahmen [11].

Im Übergangszeitraum vom Jugendalter zum Erwachsenenalter können sich aufgrund typischer Symptome der Störung des Sozialverhaltens wie Delinquenz, Regelübertretung, Substanzabusus usw. Probleme hinsichtlich der in diesem Zeitraum besonders wichtigen Weichenstellungen wie fehlender Schulabschluss, Scheitern der Ausbildungs- und Berufsintegration, ergeben, die langfristige soziale Auswirkungen haben, die wiederum dann die psychische Gesundheit im späteren Leben ungünstig beeinflussen können. Wenn eine Störung des Sozialverhaltens in eine antisoziale Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenleben übergeht, so hat dies nachhaltige Folgen für die soziale Adaptation und die Lebensqualität. Zu bedenken ist, dass heute mit einer Lebenszeitprävalenz von 1–4 % für eine antisoziale Persönlichkeitsstörung gerechnet werden muss [12].

Die Transitionsücke

Probleme in der Transition vom Jugend- zum Erwachsenenalter können sich für die Gruppe junger Erwachsener, die im Jugendalter eine Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens aufweisen, hinsichtlich des Zugangs zu therapeutischen Maßnahmen, aber auch unter Teilhabeaspekten (z. B. Schule und Ausbildung) und bezogen auf die Strafverantwortlichkeit ergeben.

Versorgungsaspekte im Bereich des SGB V

Für die Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter gelten laut nationalen und internationalen Leitlinien psychosoziale Interventionen mit dem Fokus auf umfeldzentrierte verhaltenstherapeutische Verfahren als Methode der Wahl (vgl. [13], [11]). Die Behandlung komorbider Störungen (z. B. ADHS, Substanzkonsum) ist wesentlicher Bestandteil der Therapie. Die medikamentöse Therapie insbesondere einer ADHS im Übergangsalter ist von besonderer Bedeutung [14] [15].

Effektive psychosoziale Interventionen im späten Jugend- und frühen Erwachsenenalter sind kaum verfügbar. Die Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens oder antisozialer Persönlichkeitsstörung sind wesentlich durch eine oft fehlende Therapiemotivation gekennzeichnet. Deshalb bedarf es hier insbesondere motivierender Elemente (vgl. [16]). Eine Sekundäranalyse einer randomisiert-kontrollierten Studie bei jungen Erwachsenen mit kombinierter ASPD und Borderline-Persönlichkeitsstörung zu mentalisierungs-basierter kognitiver Verhaltenstherapie zeigte positive Effekte auf Ärger, Feindseligkeit und wahnhaftes Erleben bei jungen Erwachsenen, d. h. führte zu einem Rückgang psychopathologischer Phänomene [17]. Bezüglich dieser Art der ambulanten oder auch teilstationären Therapie besteht in Deutschland aktuell eine fehlende Versorgung. Medikamentöse Therapieoptionen sind praktisch nicht untersucht und aktuell auf die Behandlung komorbider Erkrankungen beschränkt.

Die Transition zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie ist durch die fehlende Compliance der Patientengruppe erschwert. Ein Fokus sollte einerseits auf der

gemeinsamen Entwicklung effektiver psychosozialer Interventionen liegen. Zum anderen muss insbesondere auch die Behandlung komorbider Erkrankungen wie ADHS und Substanzkonsum abgestimmt werden [18].

Wesentlich sollte bei Kooperationen über die Altersbereiche auch die Familienperspektive sein. Aufgrund des hohen Risikos der genetischen und psychosozialen Transmission der antisozialen Verhaltensweisen auf die Kinder ist eine leitlinienorientierte multimodale Therapie aller Betroffenen notwendig. Hierbei muss bezüglich Eltern, die eine antisoziale Persönlichkeitsstörung aufweisen insbesondere früh daran gearbeitet werden, Interesse am Kind, elterliche Einfühlbarkeit, Wärme und affektive Empathie für das Kind zu entwickeln. Zusätzlich müssen solche Eltern, um nicht in einer Art Teufelskreis zur Entwicklung von Symptomen einer Störung des Sozialverhaltens bei den Kindern weiter beizutragen, lernen, strafende Verhaltensweisen zu minimieren. Diese genannten Elemente sind generell als effektiv bzgl. der Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens bei jungen Kindern repliziert worden [19] [4]. Die kooperative Versorgung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie ist diesbezüglich bisher noch wenig ausgeprägt.

Notwendige Maßnahmen anderer Sozialsysteme

Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens erhalten oft über die Eltern Hilfen zur Erziehung (SGB VIII §27ff) und selbst Hilfen zur Eingliederung nach §35a SGB VIII. Diese enden meist mit dem Alter von 18 Jahren. Gleichzeitig besteht aber aufgrund der Entwicklungsrückstände (wie abgebrochene Schule, fehlende Ausbildung usw.) ein hoher Bedarf an Hilfen für junge Volljährige (§ 41 SGB VIII) [20]. Viele jungen Erwachsenen wünschen zu diesem Zeitpunkt aufgrund des Wunsches nach „Autonomie“ keine Hilfen mehr. Die Beendigung von Maßnahmen im Rahmen des SGB VIII zu diesem Zeitpunkt ist aber meist endgültig, was zu einem langfristigen Problem werden kann, da bei wieder auftretendem Bedarf entsprechende Leistungen dann nicht mehr gewährt werden (können). Die Kriterien für Eingliederungshilfen nach SGB IX erreichen diese Menschen aber (noch) nicht. Oft bedarf es auch der Hilfen aus dem Bereich des SGB III (oder SGB II), also etwa der Unterstützung bei der Ausbildung, wie durch Berufsbildungswerke, unterstützte Ausbildung, Berufseinstiegsbegleitung usw., um überhaupt eine berufliche Integration zu ermöglichen.

Im Rahmen von Strafverfahren sollte die Anwendung des Jugendstrafrechts bis zum Alter von 21 Jahren regelhaft geprüft werden und ein starker Fokus auf Rehabilitation, Schul- und Berufsabschlüsse sowie der Behandlung von psychischen komorbiden Störungen im Rahmen von Gefängnisstrafen gelegt werden.

Forderungen und Empfehlungen

Versorgung

Der Übergang von PatientInnen mit Diagnosen F90.1, F91 und F92 in die Erwachsenenpsychiatrie ist aktuell praktisch nicht gegeben, da die Patienten häufig die Therapie ablehnen, andererseits aber auch wenig effektive Therapieverfahren angeboten werden. Eine gelingende Versorgung muss aktiv durch die unterschiedlichen zuständigen Institutionen (Jugendamt, Sozialamt,

Arbeitsamt, Gerichte, psychiatrische Einrichtungen) koordiniert und systematisch im Alltag der versorgenden Institutionen verankert werden. Hierbei sind aus ärztlich-therapeutischer Sicht insbesondere die Klärung des aktuellen Behandlungsbedarfs einschließlich der jeweiligen Ziele, die Motivationserhöhung zur Therapieaufnahme und langfristigen Compliance wesentlich. Zudem müssten umfassend wirksame verhaltenstherapeutische Programme speziell für aggressive Personen in den Einrichtungen der Psychiatrie und des Strafvollzugs eingesetzt werden (z. B. das R&R Programm [21]).

Grundsätzlich ist in allen Bereichen des Gesundheits- und Sozialsystems eine bessere Ausbildung bezüglich der Diagnostik und Therapie von Störungen des Sozialverhaltens und antisozialer Persönlichkeitsstörung mit gezielter Ausbildung in effektiven Therapie- und Interventionsmethoden erforderlich.

Forschung

Spezifische Therapien (psychotherapeutisch, pharmakotherapeutisch) sowie das Sozialmanagement müssen differenziert entwickelt werden. Altersspezifische Themen, wie einerseits die Suche nach Autonomie und damit Beendigung z. B. von Jugendhilfemaßnahmen vs. möglicher Gefahren bei Abbruch bisheriger Hilfen oder Therapien mit der Gefahr langfristiger Desintegration, müssen Inhalte der Therapie sein.

Therapieformen, die in anderen Ländern evaluiert wurden (wie z. B. MST), und auch in den Leitlinien z. B. für Kinder und Jugendliche empfohlen werden, sind in Deutschland bisher kaum etabliert und nicht ausreichend hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, der Übertragbarkeit der Ergebnisse aus Gesundheits- und Sozialsystemen anderer Länder auf die deutschen Gegebenheiten und bezüglich ökonomischer Faktoren untersucht worden. Dies betrifft insbesondere auch den Altersbereich der Transition. Es besteht hier ein deutliches Forschungsdefizit, auch im internationalen Vergleich, wo durchaus solche Programme evaluiert wurden oder werden.

Risikoverläufe besonderer Gruppen, wie z. B. Mädchen mit Störung des Sozialverhaltens, komorbide Störungen wie Substanzabusus oder affektiven Störungen, sind bislang ebenfalls unzureichend untersucht. Hier müsste zum einen Grundlagenforschung, zum anderen aber insbesondere auch verstärkt klinische Forschung (unter Einschluss der Optionen der Jugend- und Sozialhilfe) durchgeführt werden.

Methoden der besseren Erreichbarkeit der Patientengruppe in der Transition sind bislang kaum erforscht. Hier ist auch eine verstärkte Kooperation mit Jugend- und Strafgerichten zu fordern, um die Möglichkeit der besseren externalen Motivierung, vor allem der am schwersten zu behandelnden Patienten, zu überprüfen.

Interessenkonflikt

Prof. Michael G. Koelch ist Stv. Präsident der DGKJP
 Univ.-Prof. Dr. Manfred Döpfner ist Mitglied von Beratungsgremien oder erhält Forschungsmittel oder wird bei Vorträgen unterstützt von den Firmen Lilly Deutschland, Medice, Novartis Deutschland, Shire, Vifor. Er ist Leiter (Hauptamt), Dozent und Supervisor (Nebenamt) des universitären Ausbildungsinstituts für Kinder- Jugendlichenpsychotherapie an

der Uniklinik Köln (AKiP) und führt für verschiedene andere Institute Workshops zu Verhaltenstherapie bei Kinder und Jugendlichen durch. Er ist als Verhaltenstherapie-Gutachter (Kinder und Jugendliche) der Kas-senärztlichen Bundesvereinigung (KBV) tätig. Er ist Autor mehrerer diagnostischer Verfahren und Therapieprogramme zur verhaltensthera-peutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Er erhält darüber Honorare von Verlagen (Beltz, Elsevier, Enke, Guilford, Hogrefe, Huber, Kohlhammer, Schattauer, Springer, Wiley).

Literatur

- [1] Hölling H, Schlack R, Petermann F et al. KiGGS Study Group. Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003 – 2006 und 2009 – 2012). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesund-heitsschutz 2014; 57: 807–819
- [2] Kersten L, Vrienden N, Steppan M et al. Community Violence Exposure and Conduct Problems in Children and Adolescents with Conduct Disorder and Healthy Controls. *Frontiers in Behavioral Neuroscience* 2017; 11: 219
- [3] Freitag CM, Konrad K, Stadler C et al. Conduct disorder in adolescent females: current state of research and study design of the FemNAT-CD consortium. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2018; 27 (9): 1077–1093
- [4] Kumsta R, Sonuga-Barke E, Rutter M. Adolescent callous-unemotional traits and conduct disorder in adoptees exposed to severe early deprivation. *The British Journal of Psychiatry* 2012; 200: 197–201
- [5] Bernhard A, Martinelli A, Ackermann K et al. Association of trauma, Posttraumatic Stress Disorder and Conduct Disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2018; 91: 153–169
- [6] Yu R, Aaltonen M, Branje S et al. Depression and Violence in Adolescence and Young Adults: Findings From Three Longitudinal Cohorts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2017; 56: 652–658
- [7] Simonoff E, Elander J, Holmshaw J et al. Predictors of antisocial personality. Continuities from Childhood to Adult Life. *The British Journal of Psychiatry* 2004; 184: 118–127
- [8] Fombonne E, Woster G, Cooper V et al. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 1. Psychiatric outcom-es in adulthood. *The British Journal of Psychiatry* 2001; 179 (179): 218–223
- [9] Copeland WE, Shanahan L, Egger H et al. Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry* 2014; 171: 668–674
- [10] Alasaarela L, Hakko H, Riala K et al. Association of Self-reported Impulsi-vity to Nonsuicidal Self-Injury, Suicidality, and Mortality in Adolescent Psychiatric Inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2017; 205: 340–345
- [11] National Collaborating Centre for Mental Health (UK); Social Care Insti-tute for Excellence (UK). *Antisocial Behaviour and Conduct Disorders in Children and Young People: Recognition, Intervention and Manage-ment*. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guideli-nes, No. 158. Leicester (UK): British Psychological Society, 2013.
- [12] Werner KB, Few LR, Bucholz KK. Epidemiology, Comorbidity, and Beha-vioral Genetics of Antisocial Personality Disorders and Psychopathy. *Psychiatry Ann* Leicester 2015; 45: 195–199
- [13] Petermann F, Döpfner M, Schmidt MH. *Aggressiv-dissoziale Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie*. vol. B and 3. 2. korr. ed. Göttingen: Hogrefe; 2007
- [14] Lichtenstein P, Halldner L, Zetterqvist J. Medication for attention deficit-hyperactivity di order and criminality. *The New England Journal of Medi-cine* 2012; 367: 2006–2014
- [15] Retz W, Rösler M. The relation of ADHD and violent aggression. What can we learn from epidemiological and genetic studies? *International Journal of Law and Psychiatry* 2009; 32: 235–243
- [16] Spröber N, Grieb J, Ludolph A et al. SAVE – ein kognitiv-verhaltens-the-rapeutisches Gruppentherapieprogramm für Jugendliche mit ADHS. Eine Pilotstudie. *Nervenheilkunde* 2010; 1: 44–51
- [17] Bateman A, O’Connell J, Lorenzini N et al. A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical manage-ment for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 304
- [18] Mannuzza S, Klein R, Bessler et al. Adult Psychiatric Status of Hyperactive Boys Grown Up. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 493–498
- [19] Steiner H, Silverman M, Karnik NS et al. Psychopathology, trauma and delinquency: subtypes of aggression and their relevance for understand-ing young offenders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2011; 29: 5–2
- [20] Schmid M, Dölitzsch C, Perez T et al. Welche Faktoren beeinflussen Abbrüche in der Heimerziehung – welche Bedeutung haben limitierte prosoziale Fertigkeiten? *Kindheit und Entwicklung* 2014; 23: 161–172
- [21] Gretenkord L. Das Reasoning and Rehabilitation Programm (R&R). In: Muller-Isberner R, Gretenkord L, eds. vol. B and 1. Lengerich: Pabst, 2002:5.29–40

Behandlungsangebote der Adoleszenzpsychiatrie – Ergebnisse einer deutschlandweiten Erhebung

Treatment in Adolescent Psychiatry: Results of a Germany-wide Survey

Autoren

Pia Abzieher¹, Michael Lipp¹, Johannes Hauke Staats², Tobias Banaschewski³, Martin Driessen⁴, Anne Karow¹

Institute

- 1 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany
- 2 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany
- 3 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany
- 4 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bethel Ev. Krankenhaus Bielefeld, Bielefeld 33617, Germany

Schlüsselwörter

Adoleszenzpsychiatrie, Transitionspsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Transition

Key words

transition medicine, mental health care, adult psychiatry, child and adolescent psychiatry, adolescent psychiatry

eingereicht 22.03.2019

akzeptiert 03.09.2019

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1011-4198>

Fortschr Neurol Psychiatr 2019; 87: 645–652

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0720-4299

Korrespondenzadresse

Pia Abzieher

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg,
Germany

Martinistrasse 52

20246 Hamburg Germany

Tel.: 040 7410 53210

Fax: 040 7410 55455

E-Mail: p.abzieher@uke.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Studie war es, deutschlandweit adoleszenzspezifische Behandlungsmodelle zu untersuchen, die Umsetzung transitionspsychiatrischer Versorgung darzustellen und relevante Problembereiche in der Versorgung für Heranwachsende mit psychischen Erkrankungen zu identifizieren.

Methodik Es erfolgte eine fragebogenbasierte Querschnitterhebung (N = 26) krankenhausbasierter adoleszenzpsychiatrischer Behandlungsmodelle. Anhand von 28 Items wurden Daten zur Versorgungsstruktur, Zielgruppe und Therapieangeboten sowie spezifische Anforderungen der Adoleszenzpsychiatrie untersucht und deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse Es zeigt sich eine Zunahme adoleszenzspezifischer krankenhausbasierter Angebote in Deutschland. Diese sind durch diagnoseübergreifende und adoleszenzspezifische Therapieansätze und multiprofessionelle Arbeit gekennzeichnet. Überwiegend besteht ein Behandlungsangebot erst ab Volljährigkeit. Eine Minderheit der Therapieangebote ist in fachübergreifenden Kooperationsmodellen organisiert. Es werden strukturelle Defizite hinsichtlich Akut- und Krisenbehandlungen, sektorenübergreifender Zusammenarbeit und systematischer Transition berichtet.

Schlussfolgerungen Es besteht deutschlandweit ein wachsendes Interesse an der Entwicklung adoleszenzpsychiatrischer Behandlungsangebote. Die enge fachübergreifende Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie ist zur Überwindung von Schnittstellenproblemen mit dem Ziel einer gelungenen Transition notwendig, aber bisher nicht flächendeckend implementiert. Um die Weiterentwicklung von Kooperationsprojekten zu ermöglichen, sollten strukturelle Hürden verringert werden.

ABSTRACT

Introduction The aim of the study was to examine adolescence-specific treatment models throughout Germany, to describe the implementation process of transition psychiatric care and to identify relevant health care problem areas for adolescents with mental disorders.

Methodology A questionnaire-based cross-sectional survey (N = 26) of hospital-based adolescent psychiatric treatment models was conducted. Service structures, treatment groups and interventions were investigated by the 28-item questionnaire.

Results There is an increase in adolescence-specific hospital-based services in Germany. These are characterized by multi-professional team work in diagnosis and adolescence-specific therapy approaches. Most of the treatment available is for young adults only (>18 years). Some of the services are organized in interdisciplinary cooperation

models. Structural deficits in acute and crisis treatment, cross-sectoral cooperation and systematic transition are reported. Conclusions There is growing interest throughout Germany in the development of adolescent psychiatric treatment. Close interdisciplinary cooperation between child and adolescent psychiatry and adult psychiatry is necessary to overcome interface problems with the aim of a successful transition, but has not yet been implemented. Structural problems should be reduced in order to facilitate further development in transition psychiatry.

Einleitung

Das Erwachsenwerden ist für junge Menschen in der Adoleszenz eine Zeit tiefgreifender physiologischer, psychologischer und sozialer Veränderungen [1, 2]. Aber die Zeit des Heranwachsens ist auch eine Risikoperiode für das erstmalige Auftreten von psychischen Erkrankungen. Über zwei Drittel aller psychischen Erkrankungen beginnen in der Jugend und Adoleszenz, wobei psychische und soziale Belastungsfaktoren die Wahrscheinlichkeit nicht nur früh, sondern auch chronisch psychisch zu erkranken, erhöhen [3–8]. Gleichzeitig wird von den Heranwachsenden erwartet, dass sie beginnen, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen, eigene Entscheidungen zu treffen und finanziell unabhängig zu werden [9]. Oft haben Adoleszente mit frühen und schweren psychischen Erkrankungen jedoch wenige positive altersspezifische Erfahrungen gemacht und wichtige Meilensteine, wie Schulabschluss oder Berufsausbildung, nicht erreicht, sowie kein stabiles soziales Unterstützungssystem und damit langfristig schwierige sozioökonomische Bedingungen [3, 10].

Zwischen 18 und 21 Jahren müssen junge Erwachsene mit anhaltenden und schweren psychischen Problemen aus der psychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche in das Versorgungssystem für Erwachsene wechseln. Gleichzeitig entsteht neuer Behandlungsbedarf für in der Altersstufe erstmalig auftretende psychische Erkrankungen. Strukturelle, funktionelle und organisatorische, aber auch kulturelle Unterschiede zwischen den Fachdisziplinen erschweren eine erfolgreiche Transition und den Zugang zu Erstbehandlungen [4, 5, 9, 10]. Behandlungsunterbrechungen und ungeklärte Zuständigkeiten an der Schnittstelle zwischen den Fachdisziplinen haben langfristige und nachteilige Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen und die ihrer Familien. Die Folgen sind eine sehr hohe Therapieabbruchrate bei Heranwachsenden mit 28–75% aller Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, eine niedrige Rate der Suche nach professioneller Hilfe von 13–36% aller Heranwachsenden mit psychischen Problemen [6] und resultierend eine Behandlungsverzögerung von durchschnittlich sieben Jahren über alle psychischen Erkrankungen mit einem hohen Risiko für frühe Chronifizierungen [5, 7, 11–13].

Die Notwendigkeit, Zugangswege zu einer bedarfsgerechten Versorgung zu erleichtern und eine systematische Transition von einem auf Kinder ausgerichteten Gesundheitssystem in die Gesundheitsversorgung für Erwachsene zu ermöglichen, wurde in den frühen 90er-Jahren zunächst in der Kinderheilkunde für

chronische körperliche Erkrankungen erkannt und umgesetzt [8, 14]. Internationale Studien legen nahe, dass auch Probleme in der transitionspsychiatrischen Versorgung bestehen [5, 10, 15]. So zeigten die ersten Ergebnisse der Milestones-Studie, dass in 89% aller EU-Länder die kinder- und jugendpsychiatrische und erwachsenenpsychiatrische Versorgung in getrennten Systemen stattfindet [12]. Darüber hinaus fehlen Richtlinien zur Gestaltung von Transitionsprozessen, obwohl bei 25–49% in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorbehandelter Heranwachsender eine Indikation für eine erwachsenenpsychiatrische Weiterbehandlung besteht und bis zu 30% der jungen Patienten der Erwachsenenpsychiatrie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorbehandelt wurden [13]. In der Fachliteratur werden häufig Wörter wie „verloren“, „getrennt“ und „Versorgungslücke“ herangezogen, um die Probleme zu beschreiben, denen Heranwachsende an der Schnittstelle zwischen den Fachdisziplinen begegnen [5, 10].

Während aktuell kaum Literatur zur detaillierten Ausgestaltung adoleszenzspezifischer Therapieangebote besteht, gibt es eine Vielzahl an Rahmenbedingungen, die für eine erfolgreiche Behandlung dieser Altersgruppe notwendig erscheinen.

Eine optimale Transition ist durch eine Phase der interdisziplinären Zuständigkeit, eine parallele, fachübergreifende, sektorenübergreifende Versorgung mit angemessener Informationsweitergabe, eine Behandlungskontinuität und entsprechender Planung gekennzeichnet [11, 16, 17]. Ein Vergleich adoleszenzspezifischer Behandlungsmodelle zeigte, dass auch außerklinische Bereiche wie Schule, Ausbildung und Wohnen berücksichtigt und die Heranwachsenden gemeinsam mit ihrem familiären Umfeld aktiv in den Transitionsprozess einbezogen werden sollten [4]. Lange Wartezeiten konnten als ein Hauptgrund für die Nicht-Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten identifiziert werden [18]. Darüber hinaus wechseln die Heranwachsenden von dem System der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit fürsorglich-pädagogisch stützender Grundhaltung in das System der Erwachsenenpsychiatrie mit stärkerer Betonung von Eigenverantwortung und Autonomie, was möglicherweise Therapieabbrüche begünstigt [4]. Diese Unterschiede sollten bereits im Vorfeld des Transitionsprozesses thematisiert und der Übergang optimalerweise durch fachübergreifende adoleszenzspezifische Angebote, die in ihrer Ausgestaltung Elemente dieser unterschiedlichen Grundhaltungen kombinieren, überbrückt werden [4]. Eine Reihe von Studien konnte zeigen, dass für Heranwachsende mit psychischen Erkrankungen ein geplanter und zielgerichteter

Transitionsprozess mit einer Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus verbunden war [19], eine erfolgreiche Behandlung die langfristige Prognose der Betroffenen entscheidend begünstigt [20, 21] und transitionsspezifische Behandlungsangebote effektiver sind [4, 22].

Mit dem Ziel, die Versorgung und Transition heranwachsender Patienten mit psychischen Erkrankungen adäquater zu adressieren, hat sich gerade in den letzten Jahren ein zunehmendes, auch durch die Fachgesellschaften unterstütztes Interesse an spezifischen Behandlungsangeboten entwickelt. Verschiedene Modelle adoleszenzpsychiatrischer Versorgung wurden entwickelt und implementiert [4, 16, 19, 23, 24]. Ziel dieser fragebogenbasierten Erhebung (siehe Abb. 2) war es daher, den aktuellen deutschlandweiten Stand krankenhausbasierter kinder- und jugendpsychiatrischer, erwachsenenpsychiatrischer und psychosomatischer Versorgungsangebote der Adoleszenzpsychiatrie hinsichtlich ihrer 1. Versorgungsstruktur, 2. Zielpopulation und 3. therapeutischen Angebote zu untersuchen sowie in einem qualitativen Teil die spezifischen Anforderungen an die Adoleszenzpsychiatrie anhand einer Expertenbefragung zu erfassen.

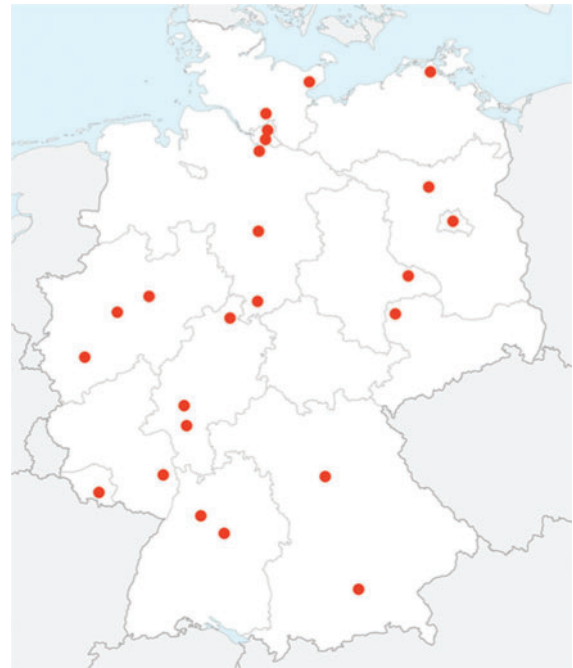
Methodik

Stichprobe

Die Daten der vorliegenden Untersuchung entstammen einer fragebogenbasierten deutschlandweiten Erhebung. Anhand einer Internetrecherche sowie mit Unterstützung der Fachgesellschaften DGKJP und DGPPN und bereits etablierter adoleszenzpsychiatrischer Netzwerke wurden im Jahr 2018 insgesamt $N=42$ bestehende krankenhausbasierte adoleszenzpsychiatrische Versorgungsangebote in Deutschland identifiziert, in einem mehrstufigen Prozess kontaktiert und um ein telefonisches Interview oder die Teilnahme an der schriftlichen Erhebung gebeten. Einschlusskriterium für die Erhebung war die durch den Leistungsträger definierte adoleszenzpsychiatrische Zuordnung. Die Einhaltung der ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung nach der Deklaration von Helsinki wird bestätigt.

Messinstrument und Auswertung

Gemeinsam mit der Task Force Transitionspsychiatrie der DGPPN und DGKJP wurde ein strukturierter Erhebungsbogen entwickelt. Anhand von 28 Items wurden Daten zu 1. Versorgungsstruktur (Behandlungsplätze, Setting, beteiligte Fachrichtungen, Multiprofessionalität der Teams), 2. Zielgruppe (Altersspektrum, Diagnosen, Zugangswege) und 3. Therapieangeboten (Einzel- und Gruppentherapeutisches Angebot, sektorübergreifende Zusammenarbeit, Notfall- und Krisenintervention, Behandlungsdauer) erfasst. In qualitativen Items wurden darüber hinaus spezifische Anforderungen der Adoleszenzpsychiatrie zu vier Themen zusammengefasst: Altersgruppe, therapeutische Inhalte, Stärken und Hemmnisse in der adoleszenzspezifischen Versorgung. Es erfolgte eine deskriptive



► **Abb. 1** Geographische Verteilung der befragten Adoleszenzpsychiatrien in Deutschland.

Auswertung der Umfrageergebnisse. Alle Analysen wurden mit SPSS (Version 16.0; Chicago, IL) durchgeführt.

Ergebnisse

Charakteristika adoleszenzpsychiatrischer Versorgung: Versorgungsstruktur

Im Untersuchungszeitraum im Jahr 2018 nahmen insgesamt $N=26$ (62%) der identifizierten adoleszenzpsychiatrischen krankenhausbasierten Versorgungsangebote an der Erhebung (siehe Abb. 1) teil. Die meisten Versorgungsangebote verfügten über stationäre Betten ($N=20$, 77%) oder teilstationäre Behandlungsplätze ($N=15$, 58%). Die Mehrheit ($N=20$, 77%) berichtete, dass an ihrem Krankenhaus eine Früherkennungsinitiative besteht, und nahezu die Hälfte verfügte über ein festes ambulantes Therapieangebot ($N=12$, 46%) für adoleszente Patienten. Die Anzahl der vorhandenen stationären Betten lag im Durchschnitt bei 20,4 ($\pm 9,4$), der teilstationären Plätze bei 8 ($\pm 6,2$). In der Hälfte der Fälle ($N=14$, 54%) war das adoleszenzspezifische Angebot der Erwachsenenpsychiatrie zugeordnet, seltener der Psychosomatik ($N=4$, 15%) oder der Kinder und Jugendpsychiatrie ($N=2$, 8%). Bei einem Viertel der Angebote ($n=6$, 23%) wurde ein fachübergreifendes Kooperationsmodell beschrieben, zumeist zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie. Nahezu alle adoleszenzpsychiatrischen Angebote verfügten über multiprofessionelle Teams, bestehend aus: Ärzten (100%), Psychologen (100%), Pflegekräften (92%), Spezialtherapeuten (92%) und Sozialpädagogen (89%). Erzieher gehörten lediglich in 38%

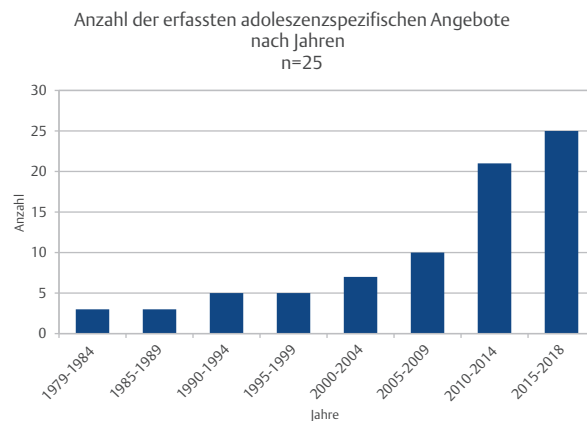
und ausschließlich bei kinder- und jugendpsychiatrischer Zuordnung und / oder Kooperation zu den Behandlungsteams.

Charakteristika adoleszenzpsychiatrischer Versorgung: Zielgruppe

Das durchschnittliche Alter der in der Adoleszenzpsychiatrie behandelten Patientinnen und Patienten lag zwischen 17 und 26 Jahren, wobei nahezu die Hälfte aller Einrichtungen entsprechend ihrer fachlichen Zuordnung Patienten erst ab dem 18. Lebensjahr aufnahm (N = 12, 46 %) und die Minderheit der Einrichtungen (N = 4; 15 %) Patienten bis maximal zum 21. Lebensjahr behandelten. Als häufigste psychische Erkrankungen in der adoleszenzpsychiatrischen Versorgung wurden affektive Erkrankungen (N = 19, 73 %), emotional-instabile Störungen bzw. Traumafolgestörungen (N = 19, 73 %) und Angstspektrumstörungen (N = 10; 38 %) genannt, gefolgt von affektiven und schizophrenen Psychosen (N = 7; 27 %). Fast alle Einrichtungen (N = 24; 92 %) gaben definierte Ausschlusskriterien für die Behandlung an. Die häufigsten Ausschlusskriterien waren in absteigender Reihenfolge: akute Sucht / Substanzkonsum (N = 20, 77 %), akute Eigen- und / oder Fremdgefährdung (N = 19, 73 %), schwere geistige (N = 18, 69 %) oder körperliche Behinderung (N = 10; 38 %), akute Psychose (N = 13, 50 %), sprachliche Barriere (N = 7, 27 %), Essstörungen (teilweise abhängig vom BMI, N = 7; 23 %) und Autismus-Spektrum-Störungen (N = 5; 19 %). Selten genannt waren Versicherung, Wohnort oder Notwendigkeit einer Begleitperson als Ausschlussgründe. Die Hälfte aller Einrichtungen (N = 13, 50 %) gab an, eine systematische fragebogenbasierte Diagnostik bei allen Patienten durchzuführen.

Charakteristika adoleszenzpsychiatrischer Versorgung: Therapieangebote

Befragt nach den sinnvollsten Therapieangeboten in der Adoleszenztherapie, gaben die meisten Teilnehmer der Befragung Gruppentherapien (N = 22; 82 %), insbesondere Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) (N = 11; 42 %) und Soziales Kompetenztraining (SKT) (N = 8; 30 %) sowie Beziehungsarbeit in Einzeltherapie und Bezugspflege (N = 11; 42 %) an. Weiterhin wurden Sportangebote (N = 7; 27 %) und kreative Angebote (Kunst- und / oder Musiktherapie N = 6; 23 %) sowie Familientherapie, zukunftsorientierte Angebote wie Bewerbungstraining und verschiedene adoleszenzspezifische und jugendorientierte Angebote genannt. Diese Ergebnisse überschneiden sich zu großen Anteilen mit dem tatsächlich vorhandenen Angebot (vgl. Tabelle 1). Der Prozentsatz von Patientinnen und Patienten mit zusätzlicher pharmakotherapeutischer Behandlung variierte in Abhängigkeit von der Zielpopulation sehr stark – zwischen 10 und 95 % – und lag im Mittel bei 56 % (± 26 %). Die durchschnittliche Behandlungsdauer für einen stationären Aufenthalt wurde mit 10,3 ($\pm 6,3$) Wochen und teilstationär mit 7,1 ($\pm 3,7$) Wochen angegeben, wobei eine kurze teilstationäre Behandlungsdauer von 2–4 Wochen ausschließlich auf Einrichtungen mit wenigen tagesklinischen Plätzen (2–6 Plätze) beschränkt war. Eine Behandlung auf einer geschlossenen Akutstation vor Ort bieten im Bedarfsfall insgesamt N = 15 (58 %) der Einrichtungen an, wobei N = 11 Einrichtungen über eine erwachsenenpsychiatrische Akutstation verfügen und N = 4 auf Akutstationen für beide



► **Abb. 2** Deutschlandweite Zunahme adoleszenzpsychiatrischer Angebote in Krankenhäusern in den letzten drei Jahrzehnten (Angaben zum Eröffnungsjahr der erfassten N = 25 Kliniken).

Fachrichtungen zugreifen können. Die Möglichkeit eines Schulbesuchs während der laufenden Behandlung war in N = 12 (46 %) Einrichtungen gegeben, wobei sieben Einrichtungen über eine hauseigene Klinikschule verfügten und fünf Einrichtungen entweder kombiniert oder alternativ Kooperationen mit externen Regelschulen angaben.

Qualitative Befragung zu den Anforderungen an die Adoleszenzpsychiatrie

Als am besten geeignete **Altersspanne** für die Adoleszenzpsychiatrie wurde im Mittel 16,4 ($\pm 1,2$) bis 24,4 ($\pm 1,9$) Jahre angegeben. Die Mehrheit der Befragten favorisierte die gemeinsame Behandlung von minderjährigen und volljährigen Patienten (N = 17; 73,9 %), wobei eine individuelle Berücksichtigung des Entwicklungsstand der Patienten empfohlen wurde (N = 7; 30,4 %). Als wichtige **therapeutische Inhalte** für die Arbeit mit Adoleszenten wurden Autonomie- und Identitätsentwicklung (N = 12 (52,2 %), Nachholen von Entwicklungsaufgaben der Altersgruppe (N = 15; 65,2 %) und Einbezug der Familie (N = 11; 42,3 %) genannt, darüber hinaus Schule / Ausbildung / Beruf, therapeutische Arbeit in der Peergroup und Optimierung des Transitionsprozesses. Als **Stärken** der Adoleszenzpsychiatrie wurden spezifische Gruppenangebote (N = 8; 38,1 %), Förderung interdisziplinärer Arbeit (N = 6; 26,1 %), mehr sektorenübergreifende Vernetzung (N = 5; 21,7 %), Integration von Früherkennung- und -intervention (N = 4; 17,4 %) sowie die individuelle Adaptationsmöglichkeit der Therapie an den Entwicklungsstand (N = 4; 17,4 %) genannt. Auf die Frage nach **Hemmnissen** der Adoleszenzpsychiatrie wurden vor allem administrative Hürden in Dokumentation und Abrechnung (N = 10; 50 %), aber auch Differenzen in der inhaltlichen Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie (N = 8; 34,8 %) beschrieben. Darüber hinaus wurden Probleme in der Kooperation mit außerklinischen Strukturen aufgezeigt, vor allem Mangel an geeigneten Wohnmöglichkeiten, Wechsel der Zuständigkeiten am Übergang vom Jugend- zum

► **Tab. 1** Charakteristika Krankenhausbasierter Adoleszenzpsychiatrie (N = 26) in Deutschland.

Versorgungsstruktur	
Setting, Mehrfachnennung pro Krankenhaus möglich	
▪ Stationär, N (%)	20 (77 %)
▪ Teilstationär, N (%)	15 (58 %),
▪ Ambulant, N (%)	12 (46 %),
Früherkennungsinitiative an der Klinik? N (%)	20 (77 %)
Zuweisung ist möglich durch:	
▪ Hauseigene Ambulanz, N (%)	17 (65 %)
▪ Hauseigene Notfallambulanz, N (%)	12 (46 %)
▪ Verlegung andere Klinik, N (%)	18 (69 %)
▪ Niedergelassene Zuweiser, N (%)	25 (96 %)
▪ Selbstzuweisung, N (%)	21 (81 %)
Zielgruppe	
Alter der Zielgruppe (von-bis), Durchschnittsalter (a), SD	16,7 (1,6) bis 25,8 (3,3)
▪ Gemeinsame Behandlung minder- / volljährige Patienten	14 (54 %)
Welche psychischen Erkrankungen werden behandelt? N (%)	
▪ Depressionen	24 (92 %)
▪ Angst- und Zwangserkrankungen	23 (89 %)
▪ PTBS	22 (85 %)
▪ ADHS	22 (85 %)
▪ Psychosen	16 (62 %)
▪ Essstörungen	15 (58 %)
▪ Suchterkrankungen	14 (54 %)
▪ Autismus	15 (58 %)
Ausschlusskriterien für die Behandlung vorhanden? N (%)	24 (92 %)
Therapeutisches Angebot	
Bestehende Behandlungsangebote?	
▪ Einzeltherapie (VT und / oder TP)	26 (100 %)
▪ Sporttherapeutische Angebote	25 (96 %)
▪ Entspannungsverfahren	23 (92 %)
▪ Psychoedukation	23 (92 %)
▪ Soziales Kompetenztraining	22 (88 %)
	22 (88 %)

► **Tab. 1** Fortsetzung.

Versorgungsstruktur	
▪ Bezugspflegesystem	
▪ Ergotherapie	19 (76 %)
▪ Physiotherapie	18 (72 %)
▪ Depressionsbewältigungs Gruppentherapie	16 (62 %)
▪ Musiktherapie	15 (60 %)
▪ Kunsttherapie	15 (60 %)
▪ Dialektisch Behaviorale Psychotherapie	14 (54 %)
▪ Konzentrationstraining	13 (52 %)
▪ Traumaspezifische Behandlungen	11 (44 %)
▪ Metakognitives Training	11 (44 %)
▪ Familientherapie	11 (42 %)
▪ Tiergestützte Therapie	4 (16 %)
Besteht ein sektoraler Versorgungsauftrag? N (%)	14 (54 %)
Geschlossene Akutstation vor Ort? N (%)	15 (58 %)
Möglichkeit Schulbesuch während Behandlung? N (%)	11 (44 %)

Erwachsenenalter, wenig Berücksichtigung adoleszenzspezifischer Themen in der Aus- und Weiterbildung, dysfunktionale Aspekte der Peergroups und Risiko einer Regressionsförderung durch Isolierung der Altersgruppe.

Diskussion

In den letzten Jahren hat sich deutschlandweit ein zunehmendes Interesse für die Adoleszenzpsychiatrie entwickelt und zahlreiche transitionsmedizinische Behandlungsmodelle wurden implementiert. Anhand der Untersuchung der inhaltlichen und strukturellen Umsetzung dieser Behandlungsmodelle, sowie der in der Expertenbefragung erfassten Anforderungen an eine gelingende transitionspsychiatrische Versorgung, lassen sich wichtige Charakteristika und Erfolgsfaktoren, aber auch Defizite in der Adoleszenzpsychiatrie feststellen. Auffällig war, dass alters- und fachübergreifende Kooperationsmodelle in der Minderheit waren, obwohl es unter Experten bezüglich der Notwendigkeit einer engen fachübergreifenden Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie bzw. Psychosomatik eine hohe Übereinstimmung gibt. Die meisten adoleszenzpsychiatrischen Behandlungsangebote begannen ab Volljährigkeit und hatten einen erwachsenenpsychiatrischen Schwerpunkt. Das durchschnittliche Alter der in Adoleszenzpsychiatrien behandelten heranwachsenden

Patientinnen und Patienten lag mit 17–26 Jahren etwas höher als das durch die Fachgesellschaften und die Experten selbst postulierte Altersspektrum von 16–25 Jahren. Nur wenige Einrichtungen behandelten minderjährige und volljährige Patienten gemeinsam in einem Setting, obwohl dies als Kennzeichen für eine gelingende Transition markiert wurde.

Als wesentliche strukturelle und inhaltliche Problemfelder der Adoleszenzpsychiatrie wurden von den Experten vor allem administrative Hürden bei Dokumentation und Abrechnung, aber auch inhaltliche bzw. „kulturelle“ Unterschiede zwischen den verschiedenen Disziplinen benannt, die eine Kooperation und die Umsetzung altersübergreifender Behandlungsmodelle erschweren. Eine erfolgreiche Transition wird durch Unklarheiten der beteiligten Fachrichtungen bezüglich der Strukturen, Zuständigkeiten und Zugangswegen der jeweils anderen Fachrichtung sowie durch unterschiedliche Aufnahme- und Behandlungsbedingungen erschwert [19]. Hier könnte neben einer Vereinfachung und Vereinheitlichung struktureller Abläufe eine stärkere Berücksichtigung fachübergreifender bzw. adoleszenzspezifischer Themen in der Aus- und Weiterbildung hilfreich sein.

Die Behandlungsteams in den Adoleszenzpsychiatrien waren durchweg durch hohe Multiprofessionalität geprägt, allerdings waren entsprechend dem erwachsenenpsychiatrischen Schwerpunkt nur selten Erzieher oder Pädagogen in die Behandlung der adolescenten Patientinnen und Patienten einbezogen. Dies steht im Widerspruch zu der Literatur, die die pädagogische Arbeit und ein individuelles Case Management mit hoher Beziehungskontinuität neben spezifischen therapeutischen Angeboten als besonderes Kennzeichen adoleszenzpsychiatrischer Behandlung betont [25]. Hinsichtlich der adressierten Krankheitsbilder zeigte sich ein breites Spektrum mit einem Schwerpunkt der Behandlung von affektiven Erkrankungen, Angstspektrumstörungen, emotional-instabilen Störungen und Traumafolgestörungen. Seltener und vorwiegend in spezialisierten Einrichtungen lag der Schwerpunkt der Behandlung bei affektiven und schizophrenen Psychosen, Suchterkrankungen und Essstörungen. Für die künftige Entwicklung muss kritisch diskutiert werden, inwieweit die geringe Berücksichtigung dieser letzten Störungsgruppen angemessen ist. Für Notfall- und Akutbehandlungen waren die teilnehmenden Einrichtungen vielfach auf Kooperationen mit anderen Kliniken angewiesen. Dies betraf in besonderem Maße die Versorgung minderjähriger Patientinnen und Patienten aus der Adoleszenzpsychiatrie. Für die oftmals elektiven Behandlungsangebote bestanden eine Reihe von Ausschlussindikationen, sodass Heranwachsende mit schweren psychischen Erkrankungen („Severe Mental Illness“, SMI [26]) oder akuten Krankheitsbildern lediglich von einem Teil der verfügbaren adoleszenzspezifischen Angebote profitieren.

Alle Einrichtungen verfügten über ein vielfältiges gruppen- und einzeltherapeutisches Angebot, das für Heranwachsenden essenzielle Themenfelder adressiert. Dabei wurden vor allem Gruppentherapien wie Dialektisch-Behaviorale Psychotherapie oder Soziales Kompetenztraining sowie adoleszenzspezifische Gruppenangebote wie Bewerbungstraining oder Zukunftsorientierung als geeignete Therapieangebote für adolescenten Patientinnen und Patienten genannt. Gleichzeitig wurde betont, wie bedeutsam eine durchgehende und enge Zusammenarbeit mit außerklinischen Strukturen, insbesondere mit Schulen, Ausbildungsstätten,

Wohneinrichtungen und dem Jugendhilfesystem, für eine erfolgreiche therapeutische Arbeit mit adolescenten Patienten ist. Demgegenüber werden erhebliche Schwierigkeiten hinsichtlich verfügbarer Ressourcen, wechselnder Zuständigkeiten und Ortsgebundenheit spezifischer Hilfsangebote berichtet, die gerade für die Adoleszenzpsychiatrie wesentliche sektorenübergreifende Arbeit systematisch in der Praxis zu integrieren. Einfache strukturverbessernde Maßnahmen, wie die Empfehlung mit den Heranwachsenden einen konkreten Transitionsplan zu erarbeiten und den Transitionsprozess auch nach erfolgtem Übergang in die erwachsenenspezifische Versorgung fachübergreifend zu begleiten, werden bisher nicht ausreichend umgesetzt [27].

Limitationen

Es handelt sich um eine Erhebung der derzeitigen Umsetzung einer krankenhausbasierten Adoleszenzpsychiatrie in Deutschland. Auch wenn fast zwei Drittel aller identifizierten Einrichtungen durch die Befragung erreicht wurden, handelt es sich um eine kleine Stichprobe mit eingeschränkter Aussagekraft. Entsprechend wurden die Daten lediglich deskriptiv ausgewertet. Durch die Begrenzung auf die Erfassung krankenhausbasierter Angebote bildet die Untersuchung einen Ausschnitt aller adoleszenzpsychiatrischen Initiativen mit entsprechenden Einschränkungen bezüglich der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf das Gesamtangebot adoleszenzpsychiatrischer Versorgung ab. Auch kann ein Bias durch die Auswahl der zugrundeliegenden Items nicht ausgeschlossen werden.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Erhebung belegen ein großes Interesse sowie eine deutschlandweite Zunahme krankenhausbasierter adoleszenzspezifischer Behandlungsangebote. Die Adoleszenzpsychiatrien sind dabei überwiegend diagnoseübergreifend und von hoher Multiprofessionalität und gruppentherapeutischer Ausrichtung geprägt. Es zeigen sich jedoch auch eine Reihe struktureller Schwierigkeiten und Divergenzen zwischen den durch die Experten für notwendig erachteten Anforderungen an eine gelingende Adoleszenzpsychiatrie und der Versorgungsrealität. Dazu gehören eine Unterversorgung hinsichtlich Akutbehandlungen und der Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen mit hohem Chronifizierungsrisiko, niedrigem psychosozialen Funktionsniveau und rezidivierendem Versorgungsbedarf mit komplexen Interventionen. Gerade bei sehr schwer und frühzeitig chronisch erkrankten Patienten ist eine Steigerung der Behandlungsqualität durch die Integration von spezifischen Servicestrukturen und Modellen intensiver und aufsuchender ambulanter Behandlung dringend notwendig [28]. Auch hinsichtlich einer Umsetzung transitionsmedizinischer Behandlungskonzepte durch eine fachübergreifende Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie und der Integration pädagogischer Inhalte bestehen noch deutliche Entwicklungsmöglichkeiten. Es müssen sowohl Kompetenzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Bereich spezifischer jugendtypischer Krankheitsfelder, familiärer Bedürfnisse und des SGB VIII als auch die Kompetenzen der Erwachsenenpsychiatrie hinsichtlich einer systematischen Früherkennung und -intervention bei schweren psychischen Erkrankungen, Psychopharmakotherapie oder der

integrierten Versorgung zusammengeführt werden – mit der Fokussierung auf eine verstärkte Autonomieentwicklung der Patientinnen und Patienten jenseits der Familienstrukturen. Die Erfahrungen aus den bestehenden Adoleszenzpsychiatrien in Deutschland zeigen die Komplexität der Behandlung adoleszenter Patienten sowie die Notwendigkeit eines spezifischen Therapieangebotes zum adäquaten Umgang mit dieser besonderen Patientengruppe [17].

Danksagung

Unser Dank gilt allen teilnehmenden Einrichtungen, deren Daten Eingang in diese Arbeit gefunden haben, sowie der Unterstützung durch die Fachgesellschaften DGKJP und DGPPN und die Task Force Transition.

Interessenkonflikt

P. Abzieher: Es bestehen keine Interessenskonflikte für diese Publikation
M. Lipp: Es bestehen keine Interessenskonflikte für diese Publikation
T. Banaschewski war innerhalb der letzten drei Jahre als Berater für die Firmen Lundbeck, Medice, Neurim Pharmaceuticals, Oberberg-GmbH, Shire und Infectopharm tätig und hat Vortragshonorare von den Firmen Lilly, Medice und Shire erhalten. Die vorliegende Publikation steht damit nicht im Zusammenhang.
M. Driessen: Berater/Gutachtertätigkeit: KBO München 2016, Beratung zur Suchttherapie. FNK Düsseldorf 2017, Berufungskomitee
Indirekte Interessen:
Mitgliedschaft/Funktion in Interessensverbänden: DGPPN, BDK, DeGT, APK, Zeitraum durchgehend
Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten, Publikationen: Auch traumaassoziierte Themen, Zeitraum durchgehend
Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten: Gesamtgebiet psychiatrischer Störungen, Zeitraum durchgehend
H. Staats: Es bestehen keine Interessenskonflikte für diese Publikation
A. Karow has been consultant and/or advisor to or has received honoraria from: AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Lilly Deutschland GmbH, Janssen Cilag GmbH, Lundbeck GmbH, Otsuka Pharma GmbH, Roche Deutschland Holding GmbH.

Literatur

- [1] Patton GC, Olsson CA, Skirbekk V et al. Adolescence and the next generation. *Nature* 2018; 554: 458–466
- [2] Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS et al. Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 2016; 387: 2423–2478
- [3] McLaren S, Belling R, Paul M et al. 'Talking a different language': An exploration of the influence of organizational cultures and working practices on transition from child to adult mental health services. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 254
- [4] Mulvale GM, Nguyen TD, Miatello AM et al. Lost in transition or translation? Care philosophies and transitions between child and youth and adult mental health services: A systematic review. *J Ment Health* 2016; 1–10
- [5] Tuomainen H, Schulze U, Warwick J et al. Managing the link and strengthening transition from child to adult mental health Care in Europe (MILESTONE): Background, rationale and methodology. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 167
- [6] Zachrisson H, Rödje K, Mykletun A et al. Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. *BMC Public Health* 2006; 6: 34 Published 2006 Feb 16.
- [7] de Haan AM, Boon AE, de Jong JT et al. A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clin Psychol Rev* 2013; 33: 698–711
- [8] Crowley R, Wolfe I, Lock K et al. Improving the transition between paediatric and adult healthcare: A systematic review. *Arch Dis Child* 2011; 96: 548–553
- [9] Arnett JJ, Padilla-Walker LM: Brief report: Danish emerging adults' conceptions of adulthood. *J Adolesc* 2015; 38: 39–44
- [10] McNicholas F, Adamson M, McNamara N et al. Who is in the transition gap? Transition from CAMHS to AMHS in the Republic of Ireland. *Ir J Psychol Med* 2015; 32: 61–69
- [11] Singh SP, Tuomainen H. Transition from child to adult mental health services: Needs, barriers, experiences and new models of care. *World Psychiatry* 2015; 14: 358–361
- [12] Signorini G, Singh SP, Marsanic VB et al. The interface between child / adolescent and adult mental health services: Results from a European 28-country survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018; 27: 501–511
- [13] Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69: 372–380
- [14] Blum RW, Garell D, Hodgman CH et al. Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 1993; 14: 570–576
- [15] Gutierrez-Colosia MR, Salvador-Carulla L, Salinas-Perez JA et al. Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2017; 1–14
- [16] Paul M, Street C, Wheeler N et al. Transition to adult services for young people with mental health needs: A systematic review. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2015; 20: 436–457
- [17] Karow A, Lipp M, Schweigert E et al. Alters-, diagnose- und fachübergreifende stationäre Behandlung für Jugendliche und junge Erwachsene (16–25 Jahre) in der Adoleszenzpsychiatrie. *Psych Prax Press* 2017
- [18] Rickwood D, Telford N, Mazzer K et al. The services provided to young people through the headspace centres across Australia. *Med J Aust* 2015; 202(10): 533–536
- [19] Singh SP, Paul M, Ford T et al. Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: Multiperspective study. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 305–312
- [20] Bechdolf A, Wagner M, Ruhrmann S et al. Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. *Br J Psychiatry* 2012; 200: 22–29
- [21] Chanan A, Sharp C, Hoffman P et al. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: A novel public health priority. *World Psychiatry* 2017; 16: 215–216
- [22] Hovish K, Weaver T, Islam Z et al. Transition experiences of mental health service users, parents, and professionals in the United Kingdom: A qualitative study. *Psychiatr Rehabil J* 2012; 35: 251–257
- [23] McGorry PD. The specialist youth mental health model: Strengthening the weakest link in the public mental health system. *Med J Aust* 2007; 187: S53–6
- [24] Henderson JL, Cheung A, Cleverley K et al. Integrated collaborative care teams to enhance service delivery to youth with mental health and substance use challenges: Protocol for a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ Open* 2017; 7: e014080
- [25] Cappelli M, Davidson S, Racek J et al. Transitioning Youth into Adult Mental Health and Addiction Services: An Outcomes Evaluation of the Youth Transition Project. *J Behav Health Serv Res* 2016; 43: 597–610
- [26] Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G et al. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 149–155

- [27] National Institute for Health and Care Excellence. Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services. NICE guideline [NG43], 2017
- [28] Karow A, Bock T, Naber D et al. Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 2:

Krankheitslast, Defizite des deutschen Versorgungssystems, Effektivität und Effizienz von „Early Intervention Services“. Fortschr Neurol Psychiatr 2013; 81: 628–638

Transitionspsychiatrie in der vertragsärztlichen Versorgung

Transition psychiatry in private practice

Autoren

Gundolf Berg¹, Christa Roth-Sackenheim²

Institute

- 1 Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- 2 Neuropsychiatrische Praxis

Schlüsselwörter

Transition, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Vertragsärztliche Praxis

Key words

Transition, Child and Adolescence Psychiatry, Psychiatrie, Private Practice

eingereicht 30.03.2019

akzeptiert 19.09.2019

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1019-7554>

Fortschr Neurol Psychiatr 2019; 87: 616–618

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0720-4299

Korrespondenzadresse

Dr. Christa Roth-Sackenheim

Neuropsychiatrische Praxis

Breite Str 63

56626 Andernach

Tel.: 0160-97796487

Fax: 026329649096

E-Mail: c@dr-roth-sackenheim.de

ZUSAMMENFASSUNG

Der Übergang von der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in die nachfolgende Versorgung im Erwachsenenbereich kann für psychisch kranke junge Menschen durch mehrere Systemwechsel problematisch sein. Der Beitrag beschreibt die strukturellen Schwierigkeiten und formuliert Forderungen zur Verbesserung der „Staffelübergabe“ im vertragsärztlichen Bereich.

ABSTRACT

The transition from private practice child and adolescent psychiatric care in to the following psychiatric care of adults bears many changes and problems for young people with psychiatric disorders. This article informs about structural difficulties and demands improvements regarding the handover.

In der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen und der dann folgenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung im Erwachsenenbereich ist diese Schnittstelle von besonderer Bedeutung: Der Übergang gerade für psychisch kranke junge Menschen kann sehr problembehaftet sein, wenn sie aus einem Behandlungssetting mit pädagogischer Begleitung in die Welt der Erwachsenenpsychiatrie mit deutlich höherer Anforderung an ihre Eigenverantwortlichkeit wechseln. Damit dieser Übergang gut gelingen kann, ist das Augenmerk auf diese Schnittstelle von besonderer Bedeutung.

Die Altersgrenzen an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Erwachsenenpsychiatrie

sind in den verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems nicht kongruent:

- In der stationären Versorgung bzw. allgemein der Versorgung durch Krankenhäuser gilt in der Regel die Volljährigkeit als Altersgrenze zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychiatrie und Psychotherapie.
- In der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung gibt es eine Übergangsphase. Niedergelassene Kinder- und JugendpsychiaterInnen und -psychotherapeutInnen können PatientInnen regelhaft bis zum vollendeten 21. Lebensjahr und bei regelmäßiger Weiterbehandlung ggf. auch darüber hinaus behandeln.

- ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen in der ambulanten Versorgung können und müssen, wenn ihre PatientInnen einer stationären Behandlung bedürfen, auf sehr unterschiedliche stationäre Angebote zurückgreifen: Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kliniken für Psychosomatische Medizin und ggf. Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin mit Abteilungen für Kinderpsychosomatik.
- Dies erfordert insbesondere an der Schnittstelle zur Volljährigkeit sehr differenzierte und oft komplexe Planungen und spezifisches Wissen über die verschiedenen Institutionen, wenn eine stationäre Behandlung erforderlich wird.

Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

PatientInnen, die aufgrund einer komplexen psychischen Erkrankung eine multimodale, multiprofessionell durchgeführte Behandlung im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung erhalten, können diese über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus fortsetzen, sofern diese Behandlung zuvor begonnen und nicht unterbrochen wurde. Eine Fortführung der Behandlung über das 21. Lebensjahr hinaus ist nur unter Angabe einer besonderen Begründung möglich. Dies spielt im Versorgungsalltag wegen der geringen Anzahl der Betroffenen jedoch keine wesentliche Rolle.

Kooperationen fördern

Die Ergebnisse der Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung zeigen, dass 2,7% der an der Vereinbarung teilnehmenden ÄrztInnen PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen und 1,4% NervenärztInnen sind, die mit der Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung in einem klassisch jugendpsychiatrischen Feld arbeiten [1]. Um dies tun zu können, müssen sie qua Vereinbarung mindestens zwei Jahre in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie tätig gewesen sein, also über einschlägige Erfahrungen in diesem Bereich verfügen. Befragt nach ihrer Kooperation mit anderen Arztgruppen, geben 8% der teilnehmenden Kinder- und JugendpsychiaterInnen an, in ihrer Praxis und 69% außerhalb ihrer Praxis im Evaluationszeitraum mit einem Psychiater bzw. einer Psychiaterin und Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutin zusammenzuarbeiten. Bezüglich einer Zusammenarbeit mit einem Facharzt für Nervenheilkunde geben 4,9% diese praxisintern und 69,9% eine Zusammenarbeit außerhalb der Praxis an. Hier zeigt sich zumindest für die im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung behandelten PatientInnen mit komplexen Störungsbildern eine hohe Rate an Zusammenarbeit zwischen den ExpertInnen für die verschiedenen Altersgruppen.

Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigen, dass im Jahr 2014 knapp 110.000 PatientInnen im Alter von 15 bis unter 20 Jahren in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung waren [2]. In der Altersgruppe von 20 bis unter 25 Jahre waren es dann noch 8310 PatientInnen. Es ist anzunehmen, dass dieser Rückgang der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsfälle um das 20. Lebensjahr herum nur zum Teil durch ein Ende der

Behandlungsnotwendigkeit erklärbar ist und ein relevanter Anteil der PatientInnen bei ErwachsenenpsychiaterInnen weiterbehandelt werden muss, denn die deutlich größte Gruppe (43%) der in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie behandelten PatientInnen wird dort wegen einer Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit (F90.0) behandelt. Bei bekannter Chronizität dieses Störungsbilds ist hier ein besonderer Bedarf für ambulante Angebote im Transitionsalter zu erwarten.

In der ambulanten Versorgung ist es zudem möglich, PatientInnen an der Schnittstelle zum Erwachsenwerden übergangsweise parallel in einer kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis und einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis zu behandeln. Die Koordination dieser Behandlungen muss und kann dann durch die Beteiligten im direkten Austausch erfolgen.

Es besteht im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung die Möglichkeit, sich im Rahmen von Berufsausübungsgemeinschaften auch fachübergreifend niederzulassen, sei es im Rahmen einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis, als fachübergreifende Praxisgemeinschaft oder im Rahmen eines Medizinischen Versorgungszentrums. Es gibt dabei – bezogen auf alle Arztgruppen – einen deutlichen Trend hin zum Aufbau von Berufsausübungsgemeinschaften. Die Anzahl der Einzelpraxen nimmt stetig ab [3].

Eine bundesweite Internetrecherche über die Websites der Kassenärztlichen Vereinigungen ergab lediglich im Bereich der KV Westfalen-Lippe eindeutige Hinweise auf Qualitätszirkel mit Kinder- und JugendpsychiaterInnen und -psychotherapeutInnen und PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen als Mitgliedern [4]. Themen dieser Qualitätszirkel sind: „Sozialpsychiatrie“, „ADHS“ und „Gestärkt durchs Leben“. In Bayern, Rheinland-Pfalz und Sachsen finden sich Psychotherapeutische Qualitätszirkel mit eindeutigem Bezug auf Kinder, Jugendliche und Erwachsene [5, 6, 7]. Im Saarland, in Brandenburg, Berlin, Schleswig-Holstein finden sich in den Veröffentlichungen der Kassenärztlichen Vereinigungen keine Qualitätszirkel, die auf transitionspsychiatrische oder -psychotherapeutische Themen als Inhalt hinweisen [8, 9, 10, 11]. In den übrigen KV-Bereichen sind die bestehenden Qualitätszirkel nicht im Einzelnen auf den Websites veröffentlicht. Auch wenn davon auszugehen ist, dass sich einzelne weitere Qualitätszirkel mit der Thematik befassen, so wird doch deutlich, dass die Thematik im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung weitergehend fokussiert werden sollte, um die fachübergreifende Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychiatrie und Psychotherapie weiter zu fördern und auszubauen.

Forderungen

- Frühzeitige Planung der Weiterbehandlung in der Erwachsenenpsychiatrie durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Anreize für mehr ambulante Kooperationen schaffen und das Vorwissen zu den oft langen Behandlungsverläufen für die Weiterbehandlung besser nutzen zu können, um so Brüche zu vermeiden
- Anreize schaffen, beide Facharztstitel zu erwerben

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Hagen B. Kassenärztliche Bundesvereinigung. 2015: Zugriff: 07.06.2017. http://www.kbv.de/media/sp/SPV_Abschlussbericht_2014.pdf
- [2] Kurch-Bek D, Tenckhoff B. Aktion Psychisch Kranke e. V. 2016: Zugriff: 07.06.2017. http://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Berg_Works_hop_Kinder-_und_jugendpsychiatrische_und_-_psychotherapeutische_Versorgung_im_ambulanten_Setting.pdf
- [3] KBV. Kassenärztliche Bundesvereinigung. 2017: (Zugriff: 07.06.2017). http://www.kbv.de/html/1150_15039.php
- [4] KVWL. Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe. 2017: (Zugriff: 07.06.2017). <https://www.kvwl.de/arzt/qsqm/qzirkel/index.htm>
- [5] KVB. Kassenärztliche Vereinigung Bayern. 2017: (Zugriff: 07.06.2017). <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Qualitaet/QZ/KVB-Uebersicht-Qualitaetszirkel-in-Bayern.pdf>
- [6] KV-RLP. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. 2017: (Zugriff: 07.06.2017). <https://www.kv-rlp.de/mitglieder/qualitaet/qualitaetszirkel/qualitaetszirkel-in-rheinland-pfalz/>
- [7] KVS. Kassenärztliche Vereinigung Sachsen. 2017: (Zugriff: 07.06.2017). <https://www.kvs-sachsen.de/mitglieder/qualitaet/qualitaetszirkel/>
- [8] KV-Saarland. Kassenärztliche Vereinigung Saarland. 2017: (Zugriff: 07.06.2017). <https://www.kvsaarland.de/documents/10184//653711/Qualit%C3%A4tszirkel+im+Saarland>
- [9] KVBB. Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg. 2017: (Zugriff: 07.06.2017). <https://www.kvbb.de/praxis/qualitaet/qualitaetszirkel/>
- [10] KV-Berlin. Kassenärztliche Vereinigung Berlin. 2017: (Zugriff: 07.06.2017). <https://www.kvberlin.de/20praxis/20qualitaet/50qz/uebersicht/index.html>
- [11] KVSH. Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein. 2017: (Zugriff: 07.06.2017) <https://www.kvsh.de/index.php?StoryID=32>

Transitionspsychiatrie – Herausforderungen und Lösungsansätze

Transition psychiatry – challenges and solutions

Autoren

Tobias Banaschewski¹, Jörg M. Fegert², Harald Freyberger³, Anne Karow⁴, Andreas Reif⁵, Christa Schaff⁶, Ulrich Voderholzer⁷, Martin Driessen⁸

Institute

- 1 Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg
- 2 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm
- 3 Psychiatrie und Psychotherapie, Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald
- 4 Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
- 5 Department of Psychiatry, Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Hospital Frankfurt
- 6 Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
- 7 Roseneck, Schön Klinik
- 8 Psychiatrie und Psychotherapie, Evangelisches Klinikum Bethel

Schlüsselwörter

Transitionspsychiatrie, Adoleszenz, Kinder- und Jugendpsychiatrie

Key words

Transition Psychiatry, Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, emerging adulthood

eingereicht 19.03.2019

akzeptiert 25.07.2019

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1016-3288>

Fortschr Neurol Psychiatr 2019; 87: 608–615

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0720-4299

Korrespondenzadresse

Prof. Tobias Banaschewski

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

68072 Mannheim

Germany

Tel.: 0049 621 1703 4503

Fax: 0049 621 1703 4505

E-Mail: tobias.banaschewski@zi-mannheim.de

ZUSAMMENFASSUNG

Brüche in der psychiatrischen Versorgung beim Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter führen – gerade bei schweren psychischen Erkrankungen – häufig zu einer erheblichen Behandlungsverzögerung und einer besonders hohen Rate von Therapieabbrüchen mit hohem Risiko für frühe Chronifizierungen. Die gemeinsame Task-Force Transition der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) hat daher allgemeine, sektoren- und störungsspezifische Lücken im deutschen psychiatrischen Versorgungssystem analysiert, die einer gelingenden Transition ins erwachsenenpsychiatrische Versorgungssystem entgegenstehen. Der Artikel fasst die Ergebnisse der Task-Force zusammen, skizziert die Ziele und Herausforderungen transitionspsychiatrischer Behandlungsmodelle und deren strukturelle und fachliche Voraussetzungen. Daraus werden die Forderungen und Empfehlungen an Psychiatrieplanung, Gesundheits- und Forschungspolitik sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung weitergeleitet, um die Transition von einer adoleszenten-zentrierten hin zu einer erwachsenenorientierten psychiatrischen Versorgung in Zukunft optimal zu gestalten.

ABSTRACT

Disruptions in psychiatric care delivery during the transition from adolescence to adulthood frequently lead – particularly in the case of severe mental illness – to a considerable treatment delay and an especially high rate of treatment dropout with a high risk of early chronification. The joint Task Force Transition, of the German Society of Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy (DGKJP) and the German Association for Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics (DGPPN), therefore analyzed general, sector-specific and disorder-specific gaps in the German psychiatric care system which obstruct a successful transition to the adult psychiatric care system. The article summarizes the results of the Task Force, outlines the aims and challenges of transition-psychiatric treatment models, and addresses their structural and professional prerequisites. The requirements and recommendations derived from this are transferred to psychiatric planning, health and research

Einleitung

Die Mehrzahl aller psychischen Erkrankungen beginnen in der Kindheit, Jugend und im Alter bis zum 25. Lebensjahr [1, 2]. Jugendliche und junge Erwachsene, die früh und schwer psychisch erkranken, können im Vergleich zu Gesunden auf weniger soziale Kompetenzen und psychische Bewältigungsstrategien zurückgreifen [3–5]. Oft haben sie wenige positive altersspezifische Erfahrungen gemacht. Sie erreichen keinen Schulabschluss oder keine Berufsausbildung, bauen kein stabiles soziales Unterstützungssystem auf und leben langfristig unter schwierigen sozioökonomischen Bedingungen [4, 5]. Einzelne oder kombinierte psychische und soziale Belastungsfaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit, nicht nur früh, sondern auch chronisch psychisch zu erkranken, mit einem hohen Risiko einer Persistenz der Erkrankung in das Erwachsenenalter [3–6]. Zudem ist das Risiko bei Bestehen einer psychischen Störung, eine weitere zu entwickeln, überproportional hoch.

Dabei wird die gängige Praxis, PatientInnen ab ihrem 18. Lebensjahr in der Erwachsenenpsychiatrie zu behandeln, der Situation dieser jungen Menschen immer weniger gerecht. Gesellschaftlich hat sich die Phase des Übergangs vom Jugend- in das Erwachsenenalter seit den späten 1990er-Jahren aufgrund soziologischer und kultureller Veränderungen in nahezu allen westlichen Industrienationen verlängert und ist mit zeitlichen Verschiebungen in objektiven soziologischen und psychologischen Markern des Erwachsenwerdens assoziiert, obwohl die körperliche Reifung zunehmend früher einsetzt [7]. Für diese spezifische Übergangsphase wurde der Begriff der „emerging adulthood“ geprägt [8], wobei die Dauer der Adoleszenz erheblichen individuellen Unterschieden unterliegt [9].

Aufgrund individueller Defizite bezüglich Impulskontrolle, emotionaler Regulation, Stresstoleranz, Mentalisierung und Selbstfürsorge profitieren PatientInnen in der Transitionsphase oft noch nicht von Therapieangeboten aus der Erwachsenenpsychiatrie, sind aber den Angeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie bereits entwachsen [10, 11]. Dies kann zu einem Scheitern von Behandlungsversuchen und zu negativen Therapiebewertungen führen, was sich in einer altersspezifisch sehr niedrigen Inanspruchnahme von Therapie und einer besonders hohen Rate von Therapieabbrüchen in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter zeigt. Im ungünstigsten Fall kommt es zu einer raschen und wiederkehrenden Entwicklung psychischer Krisen mit häufigen Notfallkontakten und dem sogenannten Drehtüreffekt. Diese Brüche in der psychiatrischen Versorgung führen auch unter Berücksichtigung heterogener Krankheitsverläufe gerade bei schweren psychischen Erkrankungen zu einer erheblichen Behandlungsverzögerung mit einem hohen Risiko für frühe Chronifizierungen [1, 12–22]. Die Folgen sind eine ausgeprägte und langfristige Krankheitslast für junge Menschen und ihre Angehörigen sowie hohe direkte und indirekte Kosten für die Gesellschaft [23].

Ziele transitionspsychiatrischer Angebote

Seit einigen Jahren werden in verschiedenen Bereichen der Medizin transitionsmedizinische Angebote entwickelt, die einen standardisierten und patientenorientierten Übergang gerade bei chronischen und / oder seltenen Erkrankungen mit Beginn im Kindesalter von einer kinder- und jugendzentrierten hin zu einer erwachsenenorientierten Gesundheitsversorgung gewährleisten sollen [24].

Die Etablierung transitionspsychiatrischer Schnittstellen [13, 15] verfolgt inhaltlich vor allem drei übergeordnete Ziele, die sich auch als Maßnahmen indizierter sowie sekundärer und tertiärer Prävention einordnen lassen [25]:

1. die Förderung einer progressiven Entwicklung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in psychischen bzw. adoleszenten Krisen und Vermeidung langfristiger Krankheitsentwicklung bzw. unnötiger Chronifizierung und Hospitalisierung [26],
2. die interdisziplinäre Früherkennung und Frühbehandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einem hohen Risiko für die zukünftige Entwicklung schwerer psychischer Erkrankungen und
3. die strukturierte Begleitung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit frühen, schweren und chronischen psychischen Erkrankungen und langfristigem Behandlungsbedarf aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen in das erwachsenenpsychiatrische Versorgungssystem.

Zahlreiche Studien zeigen, dass eine erfolgreiche Behandlung in diesen biografisch wichtigen Jahren die langfristige Prognose entscheidend begünstigt und transitionsspezifische Behandlungsangebote für Heranwachsende effektiver sind [27, 28]. Trotz des zunehmenden Bewusstseins für die Defizite des Versorgungssystems und eines wachsenden Interesses seitens der Versorger existieren bundesweit, aber auch europaweit, bisher erst wenige transitionspsychiatrische Behandlungsangebote unter Einbezug beider Fachdisziplinen [10, 12, 29, 30].

Forderungen und Empfehlungen

Zur genauen Analyse der allgemeinen, sektoren- und störungsspezifischen Transitionslücken im deutschen psychiatrischen Versorgungssystem haben sich die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) sowie die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zu einer Task-Force zusammengeschlossen [31, 32].

Die Ergebnisse der Task-Force zeigen für zahlreiche psychische Störungen sowie Behandlungs- und Versorgungssettings, wie ausgeprägt der Gestaltungsbedarf mit Blick auf eine gelingende Transition ins erwachsenenpsychiatrische Versorgungssystem ist. Die settingspezifischen Analysen und Lösungsvorschläge sowie störungsspezifische Aspekte werden in den folgenden Artikeln

und in einem Sonderheft der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie diskutiert.

Dabei geht es nicht nur darum, Behandlung und Versorgung zu optimieren und eklatante und bis heute leider häufig zu beobachtende Brüche zu vermeiden. Es geht vielmehr darum, Nahtstellen zu schaffen und sekundär- und tertiärpräventiv Chronifizierungen zu verhindern oder abzumildern. Ferner gilt es, unser Verständnis der Entwicklung psychischer Störungen in der sensiblen Phase des Jugend- und jungen Erwachsenenalters erheblich zu vertiefen.

Die folgenden allgemeinen und zusammenfassenden Forderungen und Empfehlungen für die zukünftige Transitionspsychiatrie lassen sich daher in die Bereiche Transitionsmanagement, die dafür notwendigen Strukturen, Fort- und Weiterbildung sowie Forschung einteilen.

Transitionsmanagement

Eine bedarfsgerechte, interdisziplinäre, fachübergreifende Expertise und ein entsprechendes Vorgehen im Einzelfall ist für eine gelingende Transitionspsychiatrie die Richtschnur, an der sich künftige Entwicklungen ausrichten sollten. Schlüsselbegriffe sind hier mit individuell und settingabhängig unterschiedlich starker Gewichtung:

- Informationstransfer
- gemeinsame Planung
- parallele Behandlung
- Behandlungskontinuität

Der Transfer umfassender Informationen über den bisherigen Verlauf, das psychosoziale und berufliche Umfeld, belastende Faktoren und Ressourcen von der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungseinrichtung in diejenige der Erwachsenenpsychiatrie stellt ein Minimum dar, das in manchen Fällen ausreichend sein mag, in vielen Fällen allerdings nicht. Dieser Transfer sollte schriftlich und mündlich erfolgen. Zwei Drittel aller PatientInnen mit psychischen Erkrankungen kommen im Transitionsalter erstmalig mit dem psychiatrischen Versorgungssystem in Berührung. In diesen Fällen ist bei Beginn einer Behandlung eine fachübergreifende Perspektive in „beide Richtungen“ notwendig. Dies betrifft erstens eine systematische fachübergreifende Erstdiagnostik und Behandlungsplanung unter Einschluss des biopsychosozialen Entwicklungsstands und des Umfelds und zweitens die gleichzeitige oder konsekutive Aktivierung aller für den Einzelfall notwendigen Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe für die Bereiche Behandlung, Schule, Ausbildung und Arbeit, Wohnen und gesetzliche Betreuung. Die gemeinsame Planung des weiteren Vorgehens (in vielen Fällen die koordinierte Überleitung vom jugendpsychiatrischen in das erwachsenenpsychiatrische System) ist Voraussetzung, dass bisherige Erfahrungen und neu erworbene Kenntnisse gewinnbringend für die betroffenen PatientInnen eingesetzt werden. Angesichts der Sensibilität der Betroffenen in der Transition sollten alle an der bisherigen Versorgung Beteiligten an dieser gemeinsamen Planung teilnehmen, d. h. alle Professionen und selbstverständlich die nächsten Angehörigen.

In komplexeren Situationen und / oder bei schweren Erkrankungen ist eine Übergangszeit der gemeinsamen Behandlung und Versorgung notwendig. Dies gilt sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich für zumindest Wochen oder

wenige Monate (in der Regel etwa drei Monate). Nur so können die notwendige Behandlungskontinuität erreicht und Therapieabbrüche verhindert werden, die sich besonders bei schwer und chronisch Kranken in der Regel negativ auswirken.

Letztlich sind in der Transitionsphase für jeden Einzelfall wesentliche Fragen zu beantworten, die im Folgenden in Form einer Checkliste (siehe ► **Tab. 1**) zusammengestellt sind. Diese Empfehlungen lassen sich sofort in den Behandlungsalltag umsetzen und leisten somit einen ersten wichtigen Beitrag zu einer gelingenden Transitionspsychiatrie.

► **Tab. 1** Checkliste: Anforderungen an ein strukturiertes Transitionsmanagement.

- Handelt es sich um einen Erstkontakt im psychiatrischen Versorgungssystem oder besteht bereits eine Vorbehandlung, und wenn ja, welche? Besteht die Notwendigkeit einer Erstdiagnostik und fachübergreifenden Behandlungsplanung?
- Besteht eine bzw. besteht ein Risiko für eine schwere und chronische psychische Erkrankung oder kann eine solche Entwicklung abgewendet werden? Besteht ein langfristiger Behandlungsbedarf über eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung hinaus im erwachsenpsychiatrischen Setting?
- Kann die / der Heranwachsende bereits in ein Erwachsenen-Setting übergeben werden, oder sollte sie / er weiter in einem kinder- und jugendpsychiatrischen oder einem gemeinsamen Setting behandelt werden? Wenn ja, wie lange?
- Welche Professionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und / oder Erwachsenenpsychiatrie sind wann und in welcher Frequenz in die Behandlung zu involvieren?
- Wurde eine fachübergreifende Behandlungsplanung durchgeführt (gemeinsame Sitzung und telefonischer oder persönlicher Austausch)?
- Welche (Psycho-)Pharmaka erhält die Patientin / der Patient, welche diesbezüglichen Kontrollen sind regelmäßig durchzuführen, und welche Interaktionen unter Berücksichtigung der bestehenden Leitlinien sind zu beachten?
- Welche komorbiden psychischen und / oder somatischen Erkrankungen bestehen? Besteht ein erhöhtes Suizidrisiko, und wie wird dies in der Therapie adressiert?
- Besteht die Notwendigkeit einer Unterstützung der Angehörigen bzw. BetreuerInnen, bzw. sind diese in das Behandlungskonzept einzubeziehen (inkl. System- und Familientherapie)?
- Welche Funktionseinschränkungen im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bestehen unter dem Gesichtspunkt der Anforderungen an einen jungen Erwachsenen?
 - Sind Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe bereits eingerichtet, und wenn ja, welche? Ist eine Neueinrichtung oder Ergänzung entsprechender Maßnahmen zur Sicherung von Schule, Ausbildung, Wohnort und gesetzliche Betreuung notwendig?
- Ist mit Eintritt in die Volljährigkeit ggf. eine gesetzliche Betreuung beim zuständigen Amtsgericht anzuregen?
- Welche Unterstützungsleistungen für Erwachsene müssen beantragt werden (z. B. ambulante / stationäre Eingliederungshilfe, ambulante Pflege etc.)?
- Bei Migrationshintergrund: Sind evtl. kulturspezifische Aspekte bei der Diagnostik und Behandlung zu berücksichtigen?
- Bei Flüchtlingen: Ändert sich der Aufenthalts- oder Asylstatus bei Übertritt in das Erwachsenenalter? Falls ja: Was bedeutet dies für die Lebenssituation des Adoleszenten, und entstehen dadurch Belastungen, die u.a. auch einen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben können?

Finanzierung und Krankenhausplanung

Um den fachlichen Erfordernissen zu genügen, sind der Gesetzgeber sowie die Selbstverwaltung zu strukturellen Umgestaltungen aufgerufen, um kooperative Versorgungsstrukturen und Kooperationsnetzwerke zu etablieren, die den Spezifika des Transitionsalters Rechnung tragen (SGB V). Im ambulanten Bereich ist die Weiterbehandlung durch Kinder- und JugendpsychiaternInnen und -psychotherapeutInnen zwar bereits möglich, es bedarf aber auch der Finanzierung einer gemeinsamen Behandlung im KJP- und erwachsenenpsychiatrischen Bereich in der Transitionsphase für die Dauer von mindestens ein bis zwei Quartalen. Dies gilt sowohl für den vertragsärztlichen Bereich als auch für Psychiatrische Institutsambulanzen und erfordert spezifische fächerübergreifende Budgets und Abrechnungsziffern.

Im stationären Bereich sind Transitionsstationen krankenhauplanerisch in ausreichender Anzahl und wohnortnah auszuweisen, die pflegerisch und therapeutisch entsprechend personell ausgestattet sind und u. a. die Erreichung von Ausbildungszielen oder die Eingliederung in den Beruf unterstützen. Sie müssen daher mindestens zu den Konditionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausfinanziert werden, unabhängig davon, ob diese Einrichtungen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie oder zur Erwachsenenpsychiatrie gehören. Analog sind tagesklinische Behandlungsansätze zu etablieren. Komplementäre Hilfesysteme (SGB VIII § 41, SGB II, SGB IX, SGB XII und Bundesteilhabegesetz) sind in das Transitionskonzept zu integrieren. Hierzu zählen auch Maßnahmen, die die Teilhabe, die schulische und die berufliche Ausbildung sichern.

Zudem sollte auch vor dem Hintergrund einer gelingenden Transitionspsychiatrie die sektorenübergreifende Versorgung weiter vorangetrieben werden, um Therapieabbrüche beim Übergang zwischen den Behandlungssettings zu reduzieren.

Qualifizierung der Leistungserbringer

Um die fachlichen Erfordernisse zu erfüllen, bedarf es neben struktureller Voraussetzungen auch einer ausreichenden fachlichen Expertise der in allen Bereichen beteiligten Berufsgruppen. Hier sind neben der Bundesärztekammer sowie den Landesärztekammern auch die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften zur Umsetzung folgender Empfehlungen aufgerufen.

Für das Medizinstudium sollte eine spezielle Wissensvermittlung im nationalen Lernzielkatalog verankert werden (als Querschnittsfach oder in den Fächern Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie, Innere Medizin, Allgemeinmedizin).

Bei den ÄrztInnen wäre es von großem Vorteil, wenn mehr DoppelfachärztInnen zur Verfügung ständen. Es sollte überlegt werden, wie Anreizsysteme gestaltet werden können, um dieses Ziel zu erreichen.

Dennoch ist davon auszugehen, dass DoppelfachärztInnen in absehbarer Zukunft nicht ausreichend zur Verfügung stehen werden. Daher sind zusätzliche Entwicklungen notwendig. So sollte die Möglichkeit einer Zertifizierung von Fachärztinnen und Fachärzten mit Kenntnissen und Kompetenzen in der Transitionspsychiatrie durch die Fachgesellschaften geprüft werden. Darüber hinaus scheint es sinnvoll, den Nutzen einer Zusatzqualifikation (Zusatzbezeichnung) „Transitionspsychiatrie“ in der Muster-Weiterbildungsordnung zu prüfen, die von beiden Facharztgruppen

(KJP und EP) erworben werden könnte. Neben einer klinischen Mindestweiterbildungszeit im jeweils anderen Fachgebiet von 1–2 Jahren und weiteren (u. a. theoretischen) Weiterbildungsinhalten müssten Anforderungen formuliert werden. Eine solche Zusatzqualifikation ist leichter zu erwerben und könnte durch finanzielle Anreize im vertragsärztlichen Bereich stimuliert werden.

Mittelfristig wird es darüber hinaus notwendig sein, für eine altersangemessene Transition aus den Behandlungszentren der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in die Zentren der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie die wünschenswerte Qualifikation der ÄrztInnen in der Muster-Weiterbildungsordnung (der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie) festzuschreiben, um eine flexible, nicht stigmatisierende und wohnortnahe Versorgung Adoleszenter und junger Erwachsener zu gewährleisten.

Anforderungen an Kenntnisse und Kompetenzen, die für eine gelingende Transition anzustreben sind, finden sich in ►Tab. 2.

Forschung

Erforderlich sind systematische Forschungsförderungsprogramme zur neurobiologischen Entwicklung in der Phase der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter. Hierbei müssen die Entwicklungsverläufe auch unter störungsspezifischen Gesichtspunkten betrachtet werden. Gefördert werden müssen zudem Langzeitverlaufsstudien, damit Risikoverläufe früh erkannt, vorhergesagt und modifiziert werden können.

Zur Individualisierung von Prävention, Frühintervention und Therapie in dieser Altersgruppe muss auch die Versorgungs- und Interventionsforschung in den verschiedenen Behandlungssettings und anhand unterschiedlicher Behandlungsmethoden deutlich stärker als bisher gefördert werden. Nur so kann auch eine Translation von der Wissenschaft in die Praxis gewährleistet werden.

Darüber hinaus muss eine fachübergreifende Zusammenarbeit zur Entwicklung von Therapieprogrammen und Interventionen, die die typischen Probleme der Transitionsphase adressieren, etabliert werden. Diese müssen wissenschaftlich evaluiert und begleitet werden. Innerhalb der Entwicklung spezifischer Therapieprogramme müssen auch Maßnahmen zur Verbesserung entwicklungshemmender Belastungen in Familie, Schule, Ausbildung und Wohnen berücksichtigt werden.

Die kürzlich vom Bundesministerium für Bildung und Forschung angekündigte Gründung eines Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit sowie eines Deutschen Zentrums für Kinder- und Jugendgesundheit stimmen insofern optimistisch, da diesen beiden Bereichen stärkere Aufmerksamkeit und eine gezielte Förderung zukommen soll. Es gilt nun, in diesen Zentren die oben genannten transitionspsychiatrischen Aspekte in die Forschungsanstrengungen aufzunehmen.

Fazit

Der Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter ist eine große Entwicklungsaufgabe, bei der die Weichen sowohl für die berufliche Integration als auch die persönliche Entwicklung wie Partnerschaft und Familiengründung gestellt werden.

► **Tab. 2** Notwendige Kompetenzen von ÄrztInnen für einen guten Transitionsprozess.

Voraussetzungen / Grundlagen	Kenntnisse und Erfahrungen mit der Einordnung bestimmter Symptome in ihrer jeweils alterstypischen prognostischen Bedeutung sowie mit Diagnosen und Problemfeldern der Adoleszenz und jungen Erwachsenenalters
	Kenntnisse und Erfahrungen mit Lern- und Entwicklungsstörungen und deren Auswirkungen auf die psychische Gesundheit
	Kenntnisse und Erfahrungen mit entwicklungsorientierter (Früh-)Diagnostik in der Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Erwachsenenpsychiatrie
	Kenntnisse und Erfahrungen in familienorientierter Arbeit
	Kenntnisse und Erfahrungen in Zusammenarbeit mit Schule und Ausbildungsstätten, um das Erlangen von Abschlüssen und eine spätere Integration in den Arbeitsmarkt zu unterstützen
	Kenntnisse und Erfahrungen in der Entwicklung altersangemessener Hilfsangebote, entsprechend den Bedürfnissen der Adoleszenten und jungen Erwachsenen
	Kenntnisse und Erfahrungen bei der Entwicklung und Anwendung evidenzbasierter therapeutischer Interventionen für die verschiedenen Adoleszenzgruppen (Jugendliche und junge Erwachsene) und spezifischen Erkrankungsausprägungen
Fähigkeit zur Kooperation	Kenntnisse und Erfahrungen beim zielgerichteten und auf den individuellen Patienten / die individuelle Patientin und seine / ihre Familie / Bezugspersonen gerichteten gemeinsamen Handeln mit Kooperationspartnern
	Kenntnisse und Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit für die Altersgruppe relevanten Institutionen, z. B. Sozialtherapeutische Betreuung, Schule, Berufsschule und Ausbildungsstätten, Institutionelle Wohnformen, Führerscheinwerb und (somato-)medizinische Versorgung etc.
	Kenntnisse und Erfahrungen bei der angemessenen Einbindung junger Menschen in ihren Behandlungsplan und die geplanten Maßnahmen bei der Transition
	Kenntnisse und Erfahrungen bei der altersangemessenen Einbindung der engen Bezugspersonen (Eltern, Geschwister etc.) und der relevanten Bezugspersonen im sozialen Umfeld in den Transitionsprozess
Fähigkeiten zur Fallkoordination	Erfahrung mit respektvoller Haltung gegenüber einem Adoleszenten, jungen Erwachsenen und seinen / ihren Bezugspersonen im diagnostischen, therapeutischen und Transferprozess
	Erfahrung als KoordinatorIn im besonderen Spannungsfeld einerseits als „Anwalt“ der Adoleszenten und andererseits als Experte / in für die Erkrankung und den Transferprozess
	Erfahrung bei der Gestaltung einer guten Kommunikation mit den Adoleszenten, jungen Erwachsenen und ihren Familien und dem Helfersystem
	Kenntnisse und Erfahrungen, um die aktuell notwendige Hilfe für Adoleszente, junge Erwachsene und ggf. ihre Familien zu erfassen und einzuleiten
	Kenntnisse und Erfahrungen bei der Erarbeitung therapeutischer Zielsetzungen und der Behandlungspläne mit Adoleszenten, jungen Erwachsenen und ihren Familien / Bezugspersonen
	Kenntnisse zum wohnortnahen Versorgungssystem für die Umsetzung eines individuellen Behandlungsplans
Fähigkeit zur Flexibilität im Umgang mit Adoleszenten	Erfahrungen mit einer offenen und transparenten Haltung bzgl. der Erwartungen der Adoleszenten und jungen Erwachsenen und ihrer Familie
	Erfahrung beim flexiblen Umgang mit den wechselnden Bedürfnissen eines Adoleszenten, eines jungen Erwachsenen und seiner / ihrer Familie / Bezugspersonen im therapeutischen Transferprozess
	Kenntnisse und Erfahrungen beim Aushandeln des individuell angemessenen Zeitpunkts zur Transition
	Kenntnisse und Erfahrungen in altersspezifischen psychotherapeutischen, psychiatrischen und psychosozialen Interventionen mit Adoleszenten, jungen Erwachsenen und ihren Familien
	Kenntnisse und Erfahrungen über entwicklungs- und gesundheitsfördernde Maßnahmen, inkl. der gemeinsamen Entscheidung für den richtigen Zeitpunkt zur Therapiebeendigung
	Kenntnisse über die unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere auch bei Behandlung mit Zwang (z. B. bei Jugendlichen nach § 1631 b BGB, auf Antrag der Personensorgeberechtigten, nach Betreuungsrecht etc.)
	Kenntnisse der Patientenrechte und Rechte der Personensorgeberechtigten nach dem Patientenrechtegesetz
	Einwilligungsfähigkeit von nicht volljährigen Jugendlichen und Schweigepflicht in Bezug auf Behandlung auch im Binnenverhältnis gegenüber Personensorgeberechtigten oder Erwachseneneltern. Umgang mit der Schweigepflicht bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung nach § 4 KKG bei unter 18-jährigen

Die Transitionsproblematik betrifft die gesamte Medizin und die Hilfen zur Teilhabe. Die Fachgesellschaften für Kinder- und Jugend- sowie Erwachsenenpsychiatrie haben gemeinsam diese Herausforderungen aufgegriffen und konkrete Lösungsansätze formuliert. Sie fordern, diese immer wichtigere Phase in der Psychiatrieplanung, Gesundheits- und Forschungspolitik spezifisch aufzugreifen.

Forderungen für eine gelingende Transitionspsychiatrie auf einen Blick

1. Die Fachwelt muss Interventionen, Behandlungsmodelle und Kooperationsnetzwerke für die Transitionsphase entwickeln und fördern. Sie müssen insbesondere Maßnahmen zur Verbesserung entwicklungshemmender Belastungen beinhalten. Die vorgestellten Empfehlungen hinsichtlich des Transitionsmanagements leisten einen ersten wichtigen Beitrag und lassen sich grundsätzlich kurzfristig in der Praxis implementieren.
2. Damit die Interventionen umgesetzt werden können, müssen der Gesetzgeber, das Bundesgesundheitsministerium und die Selbstverwaltung strukturelle und ökonomische Rahmenbedingungen für fächerübergreifende ambulante, teilstationäre, stationäre und vernetzte Angebote schaffen.
3. Damit die Weichen für ein erfolgreiches Berufsleben im Transitionsalter gestellt werden können, sind der Gesetzgeber und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales aufgerufen, die Teilhabefragen in der relevanten Altersgruppe politisch zu klären und im Folgenden systematische Übergänge bei Hilfen zur Teilhabe für junge Menschen mit (drohender) psychischer Behinderung zu schaffen.
4. Um die Umsetzung der Transitionspsychiatrie personell zu gewährleisten, sind die Fachgesellschaften aufgerufen, transitionsspezifische und interdisziplinäre Programme in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle beteiligten Berufsgruppen zu entwickeln. Hierzu kann die von der Task-Force erarbeitete Kompetenzliste als Leitfaden dienen.
5. Dem Forschungsbedarf insbesondere in der neurobiologischen Grundlagenforschung, der Versorgungs- und Interventionsforschung muss dringend begegnet werden; themenspezifische Forschungsförderungsprogramme müssen eingerichtet werden.
6. Ziel dieser Forschungsanstrengungen muss auch die Weiterentwicklung einer fach- und diagnoseübergreifenden Früherkennung schwerer psychischer Störungen bzw. Funktionsbeeinträchtigungen sein.

Infobox: Mitglieder der Task-Force Transitionspsychiatrie

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Tobias Banaschewski, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, J5, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg (Leitung)

Prof. Dr. med. Martin Driessen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel Ev. Krankenhaus Bielefeld, Bielefeld (Leitung)

Dr. med. Gundolf Berg, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in eigener Praxis, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V., Mainz

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm, Ulm

Prof. Dr. med. Harald J. Freyberger †

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz, Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg

Prof. Dr. med. Anne Karow, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Zentrum für Psychosoziale Medizin Psychiatrie und Psychotherapie, Universitäts-Klinikum Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. med. Michael Kölch, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Ruppiner Kliniken, Hochschulklinikum der MHB Medizinische Hochschule Brandenburg (MHB) Neuruppin

Prof. Dr. med. Nikolaos Koutsouleris, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians Universität München, München

Prof. Dr. med. Andreas Reif, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Frankfurt, Frankfurt am Main

Prof. Dr. med. Marcel Romanos, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in eigener Praxis, Berufsverband Deutscher Psychiater, Andernach

Dr. med. Christa Schaff, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in eigener Praxis, Weil der Stadt

PD Dr. med. Ulrike Schulze, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Zentren für Psychiatrie Baden-Württemberg, Calw

Bearbeitung und Koordination

Dr. phil. Mareike Alscher, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Berlin

Dr. phil. Paula Schick Tanz, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Berlin

Michael Wassiliwizky, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Berlin

Katharina Wiebels, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Berlin

Interessenkonflikt

T. Banaschewski war innerhalb der letzten drei Jahre als Berater für die Firmen Lundbeck, Medice, Neurim Pharmaceuticals, Oberberg-GmbH, Shire und Infectopharm tätig und hat Vortragshonorare von den Firmen Lilly, Medice und Shire erhalten.

J.M. Fegert erhielt in den letzten fünf Jahren Förderungen von der EU, der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), dem Bundesministerium für Verteidigung (BMVg), mehrerer Landesministerien, der Landesstiftung Baden-Württemberg, der UBS Optimus Stiftung, der Päpstlichen Universität Gregoriana CJD, Caritas und der Diözese Rottenburg-Stuttgart. Darüber hinaus erhielt er in den letzten 5 Jahren von der DFG, AACAP, NIMH/NIH, EU, Pro Helvetia, Janssen-Cilag (J&J), Shire, verschiedenen Universitäten und Wissenschaftskollegs, Berufsverbänden, politischen Stiftungen sowie Bundes- und Landesministerien Reiseaufwandsentschädigungen, Vortragshonorare und Sponsoring für Konferenzen und medizinische Bildungszwecke. Jede Zuwendung wird beim Universitätsklinikum Ulm angemeldet.

Prof. Karow has been consultant and/or advisor to or has received honoraria from: AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Lilly Deutschland GmbH, Janssen Cilag GmbH, Lundbeck GmbH, Otsuka Pharma GmbH, Roche Deutschland Holding GmbH.

A. Reif war innerhalb der letzten drei Jahre als Berater tätig für folgende Firmen oder hat Vortragshonorare erhalten von folgenden Firmen: Medice, Shire, Janssen-Cilag, neuraxpharm, Servier. Außerdem hat A. Reif Forschungsgelder von der Firma Medice erhalten.

M. Driessen, C. Schaff und U. Voderholzer haben keine Interessenskonflikte.

Literatur

- [1] Lambert M, Bock T, Naber D et al. Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. *Fortschr Neurol-Psychiatr* 2013; 81: 614–627
- [2] Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69: 372–380
- [3] McLaughlin KA, Greif Green J, Gruber MJ et al. Childhood Adversities and First Onset of Psychiatric Disorders in a National Sample of US Adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69: 1151–1160
- [4] Wille N, Bettge S, Ravens-Sieberer U. Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: Results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17 (Suppl 1): 133–147
- [5] Clark C, Caldwell T, Power C, et al. Does the influence of childhood adversity on psychopathology persist across the lifecourse? A 45-year prospective epidemiologic study. *Ann Epidemiol* 2010; 20: 385–394
- [6] Cuijpers P, Smit F, Unger F et al. The disease burden of childhood adversities in adults: A population-based study. *Child Abuse Negl* 2011; 35: 937–945
- [7] Worthman CM, Trang K. Dynamics of body time, social time and life history at adolescence. *Nature* 2018; 554: 451–457
- [8] Arnett JJ. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol* 2000; 55: 469–480
- [9] Ledford H. Who exactly counts as an adolescent? *Nature* 2018; 554: 429–431
- [10] Blankenburg B, Kölch M, Mehler-Wex C. Bedarf für eine eigenständige Adoleszentenpsychiatrie. *Psychiatr Prax* 2008; 35: 216–218
- [11] Singh SP, Tuomainen H, Girolamo G et al. Protocol for a cohort study of adolescent mental health service users with a nested cluster randomised controlled trial to assess the clinical and cost-effectiveness of managed transition in improving transitions from child to adult mental health services (the MILESTONE study). *BMJ Open* 2017; 7: e016055
- [12] Pottick KJ, Bilder S, Vander Stoep A et al. US patterns of mental health service utilization for transition-age youth and young adults. *J Behav Health Serv Res* 2008; 35: 373–389
- [13] Singh SP. Transition of care from child to adult mental health services: The great divide. *Curr Opin Psychiatry* 2009; 22: 386–390
- [14] Singh SP, Paul M, Ford T et al. Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: Multiperspective study. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 305–312
- [15] Singh SP, Tuomainen H. Transition from child to adult mental health services: Needs, barriers, experiences and new models of care. *World Psychiatry* 2015; 14: 358–361
- [16] de Haan AM, Boon AE, de Jong JT et al. A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clin Psychol Rev* 2013; 33: 698–711
- [17] Schandrin A, Capdevielle D, Boulenger J-F et al. Transition from child to adult mental health services: A French retrospective survey. *J Mental Health Training, Educ Pract* 2016; 11: 286–293
- [18] Swift KD, Sayal K, Hollis C. ADHD and transitions to adult mental health services: A scoping review. *Child Care Health Dev* 2014; 40: 775–786. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24164052>. doi:10.1111/cch.12107
- [19] Tuomainen H, Schulze U, Warwick J et al. Managing the link and strengthening transition from child to adult mental health Care in Europe (MILESTONE): Background, rationale and methodology. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 167
- [20] Schimmelmann BG, Conus P, Schacht M et al. Predictors of service disengagement in first-admitted adolescents with psychosis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45: 990–999
- [21] Loos S, Walia N, Becker T et al. Lost in transition? Perceptions of health care among young people with mental health problems in Germany: A qualitative study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2018; 12: 41
- [22] Loos S, Walia N, Becker T et al. Lost in transition? Professional perspectives on transitional mental health services for young people in Germany: A qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2018; 18: 649
- [23] Vos T, Flaxman AD, Naghavi M et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2163–2196
- [24] Signorini G, Singh SP, Marsanic VB et al. The interface between child / adolescent and adult mental health services: Results from a European 28-country survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018; 27: 501–511
- [25] Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J. *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hans Huber; 2010
- [26] McGorry P, Bates T, Birchwood M. Designing youth mental health services for the 21st century: Examples from Australia, Ireland and the UK. *Br J Psychiatry* 2013; 54: s30–35
- [27] Karow A, Bock T, Naber D et al. Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 2: Krankheitslast, Defizite des deutschen Versorgungssystems, Effektivität und Effizienz von „Early Intervention Services“. *Fortschr Neurol-Psychiatr* 2013; 81: 628–638
- [28] Malla A, Iyer S, McGorry P et al. From early intervention in psychosis to youth mental health reform: A review of the evolution and transformation of mental health services for young people. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016; 51: 319–326
- [29] Karow A, Lipp M, Schweigert E et al. Alters-, diagnose- und fachübergreifende stationäre Behandlung für Jugendliche und junge Erwachsene (16–25 Jahre) in der Adoleszenzpsychiatrie. *Psychiatr Prax* 2018; 45: 248–255

- [30] Signorini G, Singh SP, Boricevic-Marsanic V et al. Architecture and functioning of child and adolescent mental health services: A 28-country survey in Europe. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 715–724
- [31] Fegert JM, Hauth I, Banaschewski T, Freyberger HJ. Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie. Eckpunktepapier von DGKJP und DGPPN. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2017; 45: 80–85
- [32] Hauth I, Banaschewski T. Das Scheitern und Gelingen von Übergängen: psychische Erkrankungen zwischen Jugend- und Erwachsenenalter; in 22. Hauptstadtsymposium der DGPPN und der DGKJP. 2016 Berlin

Übergangsmanagement – Probleme und Optimierungsvorschläge aus den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)

Management of Transition – Problems and Suggestions for Improvement from Psychiatric Outpatient Clinics

Autoren

Steffi Koch-Stoecker¹, Ulrike Schulze²

Institute

- 1 Psychiatrie / PT, Evangelisches Klinikum Bethel
- 2 Kinder- & Jugendpsychiatrische Institutsambulanz, ZfP Calw

Schlüsselwörter

Psychiatrische Institutsambulanzen, Übergangsmanagement, Transitionssprechstunde

Keywords

Psychiatric outpatient clinics, transition management, transition consultation hours

eingereicht 22.03.2019

akzeptiert 04.07.2019

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0972-1166>

Fortschr Neurol Psychiatr 2019; 87: 619–623

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0720-4299

Korrespondenzadresse

Steffi Koch-Stoecker

Psychiatrie / PT, Evangelisches Klinikum Bethel

Remterweg 69 / 71

33617 Bielefeld

Germany

Tel.: 0521-77278505

Fax: 0521-77278527

E-Mail: steffi.koch-stoecker@t-online.de

ZUSAMMENFASSUNG

PIAs bieten mit ihrer multiprofessionellen Ausstattung für die Behandlung psychisch schwerkranker Patientinnen und Patienten im Übergang zwischen KJP und EP strukturell geeignete Rahmenbedingungen für eine gelingende Transition. In den PIAs, sowohl im KJP-Bereich als auch in der EP, wird das aktuell praktizierte Übergangsmanagement – insbesondere bei schweren psychischen Erkrankungen – als defizitär wahrgenommen. Für eine Verbesserung der Transition werden folgende Maßnahmen empfohlen:

- strukturierte Überleitungsbögen
- „runde Tische“
- gemeinsame KJP-EP-Fortbildungen
- Aufbau von spezifischen Transitionssprechstunden; Finanzierungsbedingungen müssten mit den Sozialleistungsträgern verhandelt werden

ABSTRACT

The structure of psychiatric outpatient clinics with multi-professional treatment teams provides a suitable frame for a successful transition from child to adult treatment settings. At present, however, the management of transition, especially for severely mentally ill adolescents, is unsatisfactory. In order to optimize conditions of transition, the following measures are proposed:

- use of structured transfer sheets
- round table conferences
- shared trainings of child and adult psychiatrists
- development of specific consultation hours for adolescents in transition; financial funding has to be established by health insurances

Rahmenbedingungen

PIAs erfüllen nach dem SGB V (Sozialgesetzbuch V) [8] die spezifische Aufgabe, Patientinnen und Patienten mit einer schweren psychischen Störung, die mehr als eine rein psychiatrische Behandlung benötigen, bedarfsorientiert, multiprofessionell und multimodal mit medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Methoden zu behandeln [1]. Sie sind – gerade im Hinblick auf regional vorhandene Versorgungsgänge aufgrund eines

zunehmenden Mangels an niedergelassenen FachärztInnen – inzwischen sowohl im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich (KJP) als auch in der Erwachsenenpsychiatrie (EP) flächendeckend über Deutschland verteilt [2]. Da der Behandlungsauftrag der PIAs explizit komplex und chronisch Erkrankte umfasst und damit eine besonders belastete Gruppe betrifft, die aufgrund der Schwere ihrer Störung besondere Schwierigkeiten beim Verlassen des KJP-Sektors haben könnte, sollten EP-PIAs gezielt darauf achten,

geeignete Bedingungen im Hinblick auf ein gelingendes Übergangsmanagement bereitzustellen. Für junge Patientinnen und Patienten mit unkomplizierten psychischen Störungen, die wegen Versorgungsengpässen vorübergehend in KJP-PIAs behandelt werden und die Volljährigkeit erreichen, ist eine Überleitung an Behandler aus dem Niedergelassenenbereich (Vertragsarztsetting) indiziert. Hier stellt sich das Problem des Ankommens im neuen Setting oftmals weniger als ein behandlingstechnisches als vielmehr eines der Verfügbarkeit von fachärztlichen Terminen.

Die nachfolgenden Überlegungen beziehen sich primär auf PIA-Patientinnen und -Patienten, lassen sich in einzelnen Aspekten aber durchaus auf den Übergang ins Vertragsarztsetting übertragen.

Der multimodale Behandlungsansatz der Kinder- und Jugendpsychiatrie bezieht die Familie und wesentliche beteiligte Institutionen (z. B. Kinder- und Jugendhilfe, Schule) mit ein und berücksichtigt darüber hinaus sehr stark den Entwicklungsaspekt. Im Zuge der Überleitung in das erwachsenenpsychiatrische Behandlungssystem erfolgt üblicherweise ein Wechsel des Fokus hin zur Patientinnen- und Patienten-Zentriertheit. Diese spiegelt zum einen die gegebenen, deutlich geringeren Ressourcen, zum anderen aber auch das Recht auf Selbstbestimmung und Verantwortlichkeit des jungen Erwachsenen wider. Zwar sind EP-PIAs aufgrund ihrer personell limitierten Ausstattung nicht in der Lage, die multimodale Herangehensweise der KJP-PIAs aufzunehmen, dennoch bieten die Verfügbarkeit verschiedener Berufsgruppen sowie die Möglichkeit einer niederschweligen Kontaktgestaltung und die systemische Ausrichtung der Therapie immerhin ansatzweise die Chance, die Veränderungen im Behandlungssetting gering zu halten und den Wechsel in das Erwachsenensystem wie auch den Weg in die wachsende Selbstständigkeit individuell zu begleiten.

Neben den generell knapperen personellen Ressourcen limitieren auch große regionale Ausstattungsunterschiede, die insbesondere durch die länderspezifischen Vergütungsregelungen der PIAs verursacht werden und in einigen Regionen eine engmaschige Begleitung der Betroffenen kaum zulassen, die Möglichkeiten der EP-PIAs bei der Übernahme junger Patientinnen und Patienten im Übergang.

Weiterhin kann der Übergang durch die zwischen EP und KJP unterschiedlichen Einschlusskriterien für die PIA-Behandlung erschwert oder unmöglich werden. Während in der KJP-PIA lediglich ein klinisch-psychiatrisches Syndrom nach dem in der KJP gültigen Klassifikationsschema vorliegen muss, zu dem entweder ein Kriterium der Schwere oder der Dauer der Erkrankung hinzukommen muss, gibt es für die EP-PIA einen Katalog mit einzelnen ICD-Diagnosen, die – ebenfalls durch Schwere- oder Dauerkriterien ergänzt – Voraussetzung für eine PIA-Behandlung sind. Dadurch kann die Situation entstehen, dass ein/e Jugendliche/r aus formalen Gründen keinen Zugang zur EP-PIA findet.

Die Transitionsücke

Es ergeben sich beim Übergang jedoch Barrieren:

1. Fehlendes Matching zwischen KJP- und EP-PIAs

Obwohl deutschlandweit insgesamt gut ausgestattet, finden sich für KJP-PIAs in zahlreichen Einzugsregionen keine räumlich nahen und somit zur Kooperation geeigneten EP-PIAs, an

die die heranwachsenden Patientinnen und Patienten übergeben werden können. Aus Sicht der EP bedeutet dies, dass Übernahmeanfragen regional gar nicht stattfinden und junge Patientinnen und Patienten nur selten durch Vermittlung aus der KJP in die Behandlung kommen. Umgekehrt kann sich regional die Konstellation dahingehend darstellen, dass KJP-PIAs mit verschiedenen EP-PIA-Standorten kooperieren müssen, da die Anzahl der EP-PIAs deutlich größer ist. In beiden Fällen sind die Kooperationsstrukturen eher schwach ausgebildet.

2. Rolle der Eltern im Behandlungssetting

Selbst bei räumlicher Nähe der KJP und EP-PIAs sind Arbeitsstrukturen, Konzepte, inhaltliche Schwerpunkte so different, dass der Arbeitsalltag von beiden Seiten keine Zusammenarbeit nahelegt. Die strukturell triangulierte Arbeit mit Eltern und Kindern und die Entwicklung gemeinsamer Behandlungsstrategien, deren Umsetzung letztlich dann die Eltern verantworten, ist in der EP-PIA trotz der Orientierung an systemischer Denkweise nicht vorherrschend. Darüber hinaus verschiebt das Erreichen der Volljährigkeit die Behandlungsverantwortung weg von den Eltern hin zu dem Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen. Im Zuge dieser neuen Rollenverteilung und Behandlungsstrukturen ist es bisweilen schwierig, Eltern einen passenden Platz in der Behandlungsplanung zukommen zu lassen.

3. Entscheidung zur Behandlungsabstinenz

Darüber hinaus scheinen in vielen Fällen die gesetzlichen Regelungen der Volljährigkeit und die daran gekoppelte Selbstbestimmung für junge Erwachsene mit psychischen Störungen zunächst mit einer Reaktanz einherzugehen, die nach Verlassen des familienzentrierten, fürsorglichen KJP-Sektors eine (passagere) Abwendung vom gesamten psychiatrischen Behandlungssystem mit sich bringt [3]. Manche dieser Patientinnen und Patienten finden den Weg in die Behandlung einer EP-PIA erst wieder, wenn schwere psychiatrische Krisen, eskalierende Abhängigkeiten, drohende Inhaftierungen oder scheidende Berufswege die Eigenständigkeit gleichsam torpedieren.

Umfrage – KJP- und EP-PIAs

Um zu erfahren, wie sich der Übergang aus der KJP-PIA in die EP-PIA in unserem Land tagtäglich konkret gestaltet und welche Hürden gesehen werden, wurde kurzfristig eine bundesweite Umfrage aller PIAs durchgeführt (Fragebogen s. Anhang). Aus dem KJP-Bereich antworteten 34, aus dem EP-Bereich 66 PIAs, was einem Rücklauf von knapp 20% entspricht. Die Umfrage erfolgte im EP-Bereich über den Verteiler der BDK-ackpa-Arbeitsgruppe PIA, der ca. 420 Adressen von PIA-Leitungen aus Fachkrankenhäusern, Abteilungen und Unikliniken umfasst. Dabei ist nicht gesichert, dass jede PIA in der Adressdatei systematisch erfasst ist. Auch haben einige PIAs mehrere Ansprechpartner im Verteiler, sodass diese Umfrage nicht systematisch, sondern allenfalls investigativ zu werten ist. Auch der Rücklauf wurde optional anonymisiert per Mail- oder aber Faxantwort erbeten, sodass die Antwortenden keine Rückschlüsse befürchten mussten. In der KJP wurde gleichartig verfahren, wobei Anschreiben und Fragebogen über die BAG Kinder- und Jugendpsychiatrie und

Psychotherapie versandt wurden. Hier wurden ca. 180 Adressen angeschrieben.

Hindernisse eines angemessenen geordneten Übergangsmanagements

Wenn auch keine repräsentativen Ergebnisse vorliegen, fiel auf, dass vonseiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Kolleginnen und Kollegen überwiegend berichtet wurde, dass eine geordnete Transition stattfindet (drei Viertel der antwortenden KJP-PIAs), wohingegen viele EP-PIAs fehlende Informationen beklagten und erhebliche Defizite beim Übergang feststellten (zwei Drittel der antwortenden EP-PIAs). Deutlich wurde jedoch auch, dass gut funktionierende Ausnahmen mit Modellcharakter, die bereits einen patientenorientierten Übergang interdisziplinär strukturiert und erfolgreich umsetzen, an vereinzelten Standorten bestehen [4, 10].

In Bezug auf eine mögliche Ausweitung des Übergangsmanagements wurde insbesondere die flächendeckend noch ungelöste Frage der Finanzierung durch die Kassen genannt.

Von beiden Seiten wurde gewünscht, dass eine geordnete Transition über sämtliche Diagnosen und Schweregrade die Regel sein müsse. Dies gilt primär für den Austausch zwischen PIAs, aber auch in der Kommunikation zu Behandlern aus dem Niedergelassenenbereich.

Diejenigen, die eine geordnete Übernahme in den EP-Bereich praktizieren, gaben als Zielgruppen für spezielle Transitionsbemühungen am ehesten chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten mit Psychosen, ADHS und Abhängigkeitserkrankungen an [5, 6, 9] besondere Sorge bereiten darüber hinaus das längerfristige Bestehen von Suizidalität sowie impulsiven Verhaltensstörungen im Rahmen von affektiven und beginnenden Persönlichkeitsstörungen, aber auch Autismus und psychische Störungen bei Intelligenzminderung. Für die letztgenannte Patientengruppe liegen in EP-PIAs traditionell kaum geeignete Behandlungskonzepte vor, sodass hier von den KJP-Kollegen spezifische Anregungen für die Weiterbehandlung erwartet werden. Aus dem KJP-Bereich wurden ähnliche Zielgruppen für einen intensivierten Übergang genannt, darüber hinaus wurden hier auch fehlender elterlicher Support und schwere Verhaltensstörungen, die eine fortgesetzte enge Unterstützung erforderlich machen, angeführt.

Zusammenfassend kann man daraus folgern, dass besonders die komplexen Störungsbilder mit kaum berechenbaren Fehlverhalten den Wunsch nach Sicherheit durch ein strukturiertes Übergangsmanagement entstehen lassen.

Forderungen und Empfehlungen

Die Mehrzahl der antwortenden PIAs wäre an einem konsequenten Austausch zwischen KJP- und EP-Behandler sehr interessiert.

- Als Mindestanforderung im Hinblick auf einen geplanten Übergang wird ein Brief, im optimalen Fall mit ausführlicher Anamnese, Vorbehandlungen, Diagnosen, aktueller Medikation und Vorschlägen für die weitere Therapie, gewünscht – oder aber ein Telefonat.
- Die Entwicklung eines strukturierten Überleitungsbogens mit allen individuellen Besonderheiten und Wünschen, verbindlichen Absprachen, aber auch Telefonnummern und

Ansprechpersonen, analog zur Heimversorgung in der Gerontopsychiatrie, wurde mehrfach vorgeschlagen.

- Intensivere Übergabevorschläge bestehen in gemeinsamen Behandlungskonferenzen oder „runden Tischen“ mit allen Beteiligten.
- Forderungen einer gemeinsamen Behandlungssequenz über 1–2 Quartale mit Abrechnungsmöglichkeit für beide PIAs wurden formuliert.
- Der Einbezug komplementärer Betreuungseinrichtungen in die Übergangsmaßnahmen wurde empfohlen.
- Die Fortsetzung einer sozialpsychiatrischen Begleitung durch bereits vertraute Personen, auch nachdem ein ärztlicher Wechsel bereits erfolgt ist, schien eine hilfreiche Idee zu sein.
- Kooperationen sollten sich auf gegenseitige Fortbildungen richten, auf gemeinsame Qualitätszirkel, an denen auch niedergelassene KollegInnen teilnehmen, aber, wenn möglich, auch auf gemeinsame therapeutische Angebote, z. B. Therapiegruppen, die von KJP- und EP-Therapeuten geleitet werden.
- Eine spezielle Transitionssprechstunde der PIAs wird von beiden Seiten dahingehend als geeignet dafür betrachtet, die Zurückhaltung der Weiterbehandlung bei jungen Patientinnen und Patienten zu verringern.

Fazit

PIAs bieten mit ihrer multiprofessionellen Ausstattung für die Behandlung psychisch schwerkranker Patientinnen und Patienten im Übergang zwischen KJP und EP prinzipiell geeignete Rahmenbedingungen, um die Entwicklung der Jugendlichen gut zu begleiten. Dennoch sind die aktuell vorhandenen Transitionsbedingungen überwiegend defizitär.

In den PIAs, sowohl im KJP-Bereich als auch in der EP, ist ein Bewusstsein für diese aktuell überwiegend bestehende Insuffizienz des Übergangsmanagements vorhanden.

Schritte zur Verbesserung sollten – über einen patientenbezogenen Informationsaustausch mit strukturierten Überleitungsbögen und „runde Tische“ hinaus – kontinuierliche persönliche professionelle Kontakte der Behandler (patientenbezogen, in gegenseitigen Fortbildungen) beinhalten und Sensibilität und Verständnis für die wechselseitigen Spezifika der Therapiesituation (Fürsorge und Abhängigkeit der Beziehungen in der KJP – Autonomie und Selbstbestimmung in der EP) wecken [siehe auch 7].

Das als wesentlich erachtete Ziel gemeinsamer therapeutischer Maßnahmen im Übergang, z. B. in Form von Einzelbehandlungen oder gruppentherapeutischen Angeboten, ist stark abhängig von den Finanzierungsbedingungen und müsste vorab mit den Sozialleistungsträgern verhandelt werden.

Interessenkonflikt

Steffi Koch-Stoecker: keine persönlichen Verbindungen im genannten Sinne. Ulrike Schulze erhielt Vortragshonorare der Firma Shire.

Literatur

- [1] Spengler A. Psychiatrische Institutsambulanzen. *Nervenarzt* 2003; 74: 476–480
- [2] Spengler A. Psychiatrische Institutsambulanzen: Leistungsfähig, bedarfsgerecht und innovativ. *Dtsch Arztebl* 2012; 109: A 1981–3
- [3] Ogundele MO. Transitional care to adult ADHD services in a North West England district. *Clin Gov: An Int J* 2013; 18: 210–219
- [4] Moosa F, Sandhu T. Transition from Children's to Adult Services for Patients with ADHD: A Model of Care. *Adolesc Psychiatry* 2015; 5: 22–30
- [5] Uhlhaas PJ1, Gajwani R2, Gross J3 et al. The Youth Mental Health Risk and Resilience Study (YouR-Study). *BMC Psychiatry* 2017 Jan 26; 171: 43. doi:10.1186/s12888-017-1206-5.
- [6] Eklund H, Cadman T, Findon J et al. Clinical service use as people with Attention Deficit Hyperactivity Disorder transition into adolescence and adulthood: A prospective longitudinal study. *Health Serv Res* 2016 Jul 11; 16: 248. doi:10.1186/s12913-016-1509-0.
- [7] Broad KL, Sandhu VK, Sunderji N et al. Youth experiences of transition from child mental health services to adult mental health services: A qualitative thematic synthesis. *BMC Psychiatry* 2017 28; 171: 380. doi:10.1186/s12888-017-1538-1.
- [8] Sozialgesetzbuch V. https://dejure.org/gesetze/SGB_V/118.html; Stand: 11/01/2019
- [9] Swift K, Sayal K, Hollis C. ADHD and transitions to adult mental health services: A scoping review. *Child Care Health Dev* 2014; 40: 775–786
- [10] Goethe-Universität Frankfurt, Transitionsambulanz. <http://www.psychiatrie.uni-frankfurt.de/69427582/transitionsambulanz>; Stand: 11/01/2019

Anhang

Anschreiben zum Fragebogen Transition

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

durch die Task Force Transitionspsychiatrie der DGPPN und der DGKJP wurden wir gemeinsam beauftragt, ein Positionspapier zum Übergang von der kinder- und jugendpsychiatrischen in die erwachsenenpsychiatrische Behandlung in der PIA zu verfassen. Hierzu ist uns Ihre Einschätzung sehr wichtig, um praxisgeleitete Position beziehen zu können.

In der Anlage befindet sich ein kurzer Fragebogen, dessen Beantwortung nur wenige Minuten in Anspruch nimmt.

Wir bitten Sie herzlich um Rücksendung per Mail oder Fax bis zum 12.11.2017 an folgende Adresse:

Besten Dank für Ihre Mithilfe!

Mit freundlichen Grüßen

Steffi Koch-Stoecker Ulrike Schulze

Fragebogen Transition vom kinder- und jugendpsychiatrischen in den erwachsenenpsychiatrischen Versorgungsbereich der PIA

1. Wen behandeln Sie?

- a) Kinder und Jugendliche
- b) Erwachsene

Falls a) zutrifft: Sind Sie der Ansicht, dass der Einfluss der Eltern auf Entscheidungen bezüglich der weiteren Behandlung eine wesentliche Rolle spielt?

- Ja
- Nein

Falls b) zutrifft: Übernehmen in Ihrer PIA nichtärztliche KollegInnen im Sinne einer kontinuierlichen Begleitung Ihrer Einschätzung nach teilweise „Eltern“- oder Coach-Funktion?

- Ja
- Nein

2. Wie viele Patienten werden in Ihrer PIA pro Quartal ungefähr behandelt?

3. Findet Ihrer Meinung nach ein geplanter und begleiteter Übergang (Transition) für Ihre Patienten statt?

- Ja
- Nein

4. Falls ja, bitte kurz erläutern (z.B. Brief, Telefonat, gemeinsames Treffen zur „Übergabe“).

5. Falls ja, für welche Patientengruppen (Diagnosen) trifft dies besonders zu, d.h. wo findet tatsächlich ein geplanter und begleiteter Übergang statt?

6. Für welche Patientengruppen, denken Sie, wäre ein geplanter oder begleiteter Übergang vor allem wünschenswert?

7. Wie sollte Transition Ihrer Vorstellung nach idealerweise vonstattengehen oder haben Sie noch weitere Anmerkungen zum Thema?

Seien Sie ganz herzlich bedankt für Ihre Unterstützung!