

Die Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters

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

Christina Vögl

Schriften zur psychosozialen Gesundheit

Christina Vögl

Die Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters

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



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Christina Vögl

Die Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters

Eine Transitionsücke als Herausforderung aus der Perspektive der
Klinischen Sozialarbeit

Goßmannsdorf b. Würzburg: ZKS - Verlag für psychosoziale Medien

Alle Rechte vorbehalten

© 2019 Christina Vögl

ISBN: 978-3-947502-20-2

Technische Redaktion: Meike Kappenstein

Lektorat: Tony Hofmann

Cover-Design: Leon Reicherts & Tony Hofmann

Layout: Hanna Hoos

Herausgeber der „Schriften zur psychosozialen Gesundheit“:

Prof. Dr. Helmut Pauls

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

Anschrift Zentralverlag für Klinische Sozialarbeit /

Verlag für psychosoziale Medien:

ZKS - Verlag für psychosoziale Medien

Winterhäuser Str. 13

97199 Goßmannsdorf / Ochsenfurt

Inhaltsverzeichnis

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

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

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

1. Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Theorie I

2. Begriffsklärungen und Definitionen im wissenschaftlichen Diskurs

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

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

2.1 Transition und das Konzept der Transitionspsychiatrie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Ursachen der Transitionsproblematik und Herausforderungen der Transitionspsychiatrie

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

3.1 Entwicklungs- und Störungsspezifika des Transitionsalters aus entwicklungspsychiatrischer Perspektive

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

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

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

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

3.1.1 Charakteristika, Besonderheiten und Problematiken der Adoleszenz

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.2 Charakteristika, Besonderheiten und Problematiken des jungen Erwachsenenalters

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.3 Psychische Erkrankungen des Transitionsalters im Longitudinalverlauf

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2 Strukturelle und versorgungsspezifische Aspekte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3 Rechtliche, ethische und gesundheitspolitische Situation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Erfolgreich gelingende Transitionspsychiatrie

Nachdem der bisherige Fokus v. a. auf der transitionspsychiatrischen Versorgungslücke und Schnittstellenproblematik lag, sollen dem entgegen nun Aspekte einer erfolgreichen Transitionspsychiatrie beleuchtet werden. Von Relevanz sind hierbei zum einen gewisse „Bausteine“ und Faktoren, die für funktionierende Übergänge notwendig scheinen. Zum anderen existieren trotz der viel kritisierten und defizitären transitionspsychiatrischen Lage international wie national bereits Programme und vorzeigbare Praxisbeispiele, wovon einige in Auszügen Eingang finden.

4.1 „Best Practice“: „Transitionsbausteine“ und Gelingensfaktoren

Vorweg sei erwähnt, dass neben bereits vorhandenen Kriterien, die es für erfolgreiche Übergänge zu beachten gilt, auch einige Gelingensfaktoren in eigener Überlegung angeführt werden. Dadurch sollen in der Summe professionsübergreifend gültige Prämissen entstehen, die den Weg zu einer optimalen psychiatrischen Versorgung der Transitions Klientel erleichtern. Zunächst sind hierfür zweierlei Möglichkeiten, die die „Transitionslücke“ zwischen Adoleszenz und jungem Erwachsenenalter überbrücken können und jeweils gewisse Vor- und Nachteile implizieren, voneinander abzugrenzen (Singh 2010, S.310f.). Eine Option besteht darin, kooperierend die Schnittstelle zwischen den beiden Psychiatrie-Systemen zu verbessern, die andere fokussiert eher die bereits in 3.3. erwähnten integrativen Versorgungslösungen (vgl. ebd.). Es ist ergo zwischen Modellen der Kooperation und der Integration zu differenzieren, wie es sich bereits in der Definition von „*transitional care*“ unter 2.1 abzeichnete. Jene Unterscheidung wird in den folgenden Ausführungen und v. a. durch den Praxisbezug im nächsten Unterkapitel noch prägnanter hervortreten.

Für beide Versuche einer optimierten psychiatrischen Übergangsgestaltung ist es von höchster Bedeutung, besagte entwicklungsbedingte Besonderheiten und Bedarfe des Transitionsalters, die über eine reine gesundheitssystemische Transition hinausgehen, bei allen Leistungen zu berücksichtigen (Singh 2010, S.311). Dazu braucht es, wie es Birchwood und Singh in einem Zeitschrifteneditorial ausdrücken, ein „*matching*“ des „*service*“ „*to need*“, also eine auf

den vorliegenden Bedarf abgestimmte Hilfe (vgl. ebd. 2013, S.1f.). So ist durch eine altersgerechte Behandlung entgegen einer Über- oder Unterforderung eine potenzielle Verbesserung des Behandlungsergebnisses und der Compliance der jungen PatientInnen möglich (Herpertz-Dahlmann; Herpertz 2010, S.1302). Trotz der geschilderten Entwicklungsspezifika sowie der fließenden Übergänge der beiden Altersphasen und der psychischen Störungsmuster über die Lebensspanne darf es nicht zu einer „Verwässerung“ der beiden Psychiatriesysteme kommen; vielmehr ist ein sinnvolles, partnerschaftliches Nebeneinander der beiden Fächer geboten (vgl. Freisleder; Laux 2012, S.101). Als generell geltend nennen Mayr und Kollegen (2015, S.160) in Anlehnung an Paul et al. (2013) „vier P’s“ einer gelingenden psychiatrischen Transition:

- (1) „*people*“: Jugendliche, Eltern, (Transitions-)Betreuer, Mitarbeiter aus der Erwachsenenpsychiatrie, Allgemeinärzte, multidisziplinäre Netzwerke
- (2) „*process*“: Transitionsrichtlinien, Evaluation, Audit
- (3) „*paper*“: Informationsmaterial, administrative Unterstützung
- (4) „*place*“: jugendfreundliche Umgebung

Diese Auflistung von Transitionselementen lässt sich noch durch weitere Inhalte ergänzen und vertiefen. So gilt es in der Kategorie „*people*“ v. a. im Rahmen nicht integrierter und altersübergreifender Lösungen den Wechsel zwischen den beiden Behandlungssystemen für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter Partizipation aller Beteiligten so behutsam wie möglich zu gestalten (vgl. Huck 2015, S.105). Hierzu sind zum einen eine Stärkung des Selbstbewusstseins und der Selbstwirksamkeit der Betroffenen, primär durch pädagogische Arbeit, wie auch die Involvierung von Bezugspersonen elementar (ebd.; ebd., S.31). Zum andern stellen eine strukturierte, personenbezogene Übergabe oder die persönliche Vorstellung gegenüber den weiterbetreuenden Fachpersonen, einhergehend mit einem engen Austausch, eine Minimalanforderung dar (ebd., S.105; Herpertz-Dahlmann, Herpertz 2010, S.1302).

Hinsichtlich der jugendfreundlichen Umgebung („*place*“) ist es auch bei den PatientInnen bis Mitte 20 sinnvoll, auf Milieutherapie und altersangemessene Lernerfahrungen durch die Peergroup zu setzen, um im psychosozialen Bereich grundlegende Fertigkeiten zu entwickeln (Blankenburg 2008, S.217). Demnach sind ein spezifisch auf die Transitionsklientel abgestimmtes Setting

sowie eine homogene Altersgruppierung zu empfehlen (Mehler-Wex 2012, S.56). Dabei sollten alltagsnahe und praktisch orientierte Maßnahmen im Vordergrund stehen, die Chancen aufzeigen, Konfliktfähigkeit stärken und Möglichkeiten der Problembearbeitung und Nachreifung bieten (Huck 2015, S.31, S.35). Notwendigerweise gehen hierfür pädagogische und psychotherapeutische Arbeit Hand in Hand, wofür es u. a. erfahrene sozialpädagogische MitarbeiterInnen braucht (Blankenburg 2008, S.217). Ferner müssen neben Motivationsaufbau, Rehabilitation und Berufsfindung auch altersabhängige Themen (z. B. Sexualität, Partnerschaft) und die Auswirkungen der Medikation auf die Lebensführung bearbeitet werden (Kölch; Mehler-Wex 2008, S.218).

Alle die bis hierher aufgezeigten Gelingensfaktoren sind wohlweislich sowohl in kooperativen wie in integrativen Modellen zu berücksichtigen. Hinsichtlich der Kriterien „*process*“ und „*paper*“ konnten in der Recherche keine spezifischen Details eruiert werden. Es lässt sich vermuten, dass bezüglich des Faktors „*process*“ eine Art Qualitätsmanagement und -sicherung intendiert ist, um Prozesse zu vereinheitlichen und zu standardisieren. Unter „*paper*“ ist möglicherweise primär zu verstehen, dass es bei System- und Institutionsübergängen während des Transitionsalters und insbesondere dort, wo Hilfen nicht integriert und altersübergreifend stattfinden, einer ausreichenden Information aller Beteiligten bedarf. Hierfür ist ein reibungsloser administrativ-verwaltungstechnischer Ablauf nötig und die Betroffenen sind dahingehend zu unterstützen.

Über die „vier P’s“ hinausgehend ergeben sich aus der Literatur weitere „Bausteine“, die zu einer erfolgreichen Gestaltung der Transitionspsychiatrie der Adoleszenten und jungen Erwachsenen beitragen. Grundlegende Voraussetzung ist ein ausreichendes Wissen zu den Übergängen, rechtlichen Unterschieden und Rahmenbedingungen der Krankenversorgung und Hilfeinanspruchnahme in den beiden Psychiatriesystemen (Fegert et al. 2015, S.152). Aufgrund der Tatsache, dass es de facto zwei psychiatrische Versorgungssysteme gibt und derzeit noch wenig integrierte, altersübergreifend behandelnde Modelle existieren (siehe 4.2), lassen sich, alles bisher Erläuterte mitumfassend, folgende übergeordnete Prämissen als unabdingbar für eine gelingende Transitionspsychiatrie formulieren:

- **Kooperation:** Generell wird in diesem Kontext darunter simplifiziert eine fachliche Zusammenarbeit und die gemeinsame Auftrags- und

Leistungserfüllung verstanden (Blum; Frey 2013, S.225). Es bedarf kooperativer Behandlungsstrukturen, um die Begrenzungen klassischer institutioneller Zuständigkeiten zu sprengen: „Unter dem Dach“ einer entwicklungspsychiatrischen Perspektive ist eine Verknüpfung von psycho- und soziotherapeutischen Kenntnissen der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit dem Wissen und den Erfahrungen der erwachsenenpsychiatrischen Psycho- und Pharmakotherapie sinnvoll (Resch; Herpertz 2015, S.92). Demnach braucht es eine systematische Zusammenarbeit der beiden Fachbereiche sowohl auf der System- als auch auf der Fallebene (Andreae 2016). Dafür präsentieren Resch und Weisbrod drei verschiedene Kooperationsmodelle, die sich beispielsweise in der Intensität und der Abhängigkeit der Beteiligten voneinander unterscheiden (vgl. ebd. 2012, S.243f.).

- **Integration:** Im Vergleich zur Kooperation ist damit ein struktureller, räumlicher und administrativer Zusammenschluss der beteiligten Einheiten gemeint (Blum; Frey 2013, S.225), was hier den beiden Psychiatriedisziplinen entspricht. Demzufolge ist es notwendig, dass sich die Kinder- und Jugend- und die Erwachsenenpsychiatrie mit der Entwicklung neuer, integrierter Versorgungsmodelle auseinandersetzen (Seiffge-Krenke 2015, S.171). Entgegen rein kooperativen Modellen, konstituiert sich eine erfolgreiche Transitionspsychiatrie ergo auch aus dem Aufbau gemeinsamer alters- und bedürfnisgerechter Institutionen, die die Expertise beider Fachrichtungen inkludieren (Herpertz-Dahlmann, Herpertz 2010, S.1302).
- **Kommunikation:** Für ein gelungenes Übergangs- und Schnittstellenmanagement und eine effiziente Zusammenarbeit der beiden Psychiatrieparten und ihrer zugehörigen Professionen sind des Weiteren gute, über die Leitungsebene hinausgehende Kommunikationsstrukturen elementar (Freisleder; Laux 2012, S.99, S.101).
- **Multiprofessionalität und Interdisziplinarität:** In der Psychiatrie des Transitionsalters und v. a. für deren Erfolg braucht es ein multiprofessionelles Behandlungsangebot und Zusammenwirken von Jugend- und ErwachsenenpsychiaterInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, SozialpädagogInnen, ErzieherInnen sowie von sämtlichen kreativ- und arbeitstherapeutischen Fachkräften (Mehler-Wex

2014, S.65). Nur so ist es möglich, den medizinischen, psychosozialen und pädagogischen Bedürfnisse der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, wie es bereits in der Transitionsdefinition unter 2.1 lautete, gerecht zu werden. Da die Themen der jungen Menschen mit psychischer Erkrankung bekanntermaßen die Expertisen beider psychiatrischer Disziplinen tangieren und vielseitige neurobiologische, psychopharmakologische und psychosoziale Spezifika bestehen (siehe 3.ff.), ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und Synergie geboten (Mehler-Wex 2012, S.56).

- **Vernetzung:** Im Zusammenhang mit besagter Interdisziplinarität ist als weiterer Gelingensfaktor der Transitionspsychiatrie im Rahmen psychosozialer Versorgung eine über die Kooperation im Einzelfall hinausgehende Vernetzung anzuführen (Fegert 2012, S.231). Die Spanne reicht hier vom individuellen Case-Management bis hin zu einer grundlegenden strukturellen Vernetzung (vgl. ebd., S.231ff.).
- **Prävention und Früherkennung/-intervention:** Die Thematik der Transition hat insgesamt eine große Bedeutung im Präventionsbereich (Findorff et al. 2016). Auch umgekehrt ist ein frühzeitiges Agieren ein relevanter „Baustein“ einer gelingenden Transitionspsychiatrie, das zeitlich gesehen noch vor dem Beginn einer psychischen Erkrankung oder zumindest vor deren pathologischen Verlauf und Höhepunkt angesetzt wird. Dementsprechend ist es von großer Bedeutung, Frühzeichen und Erstmanifestationen in jener Altersphase rechtzeitig zu erkennen sowie nach Bedarf einzuschreiten und adäquat zu behandeln, um negativen Langzeitfolgen entgegenzuwirken (Mayr et. al 2015, S.158). Dazu scheinen insbesondere die Verlaufskennntnisse hinsichtlich psychischer Störungen (siehe 3.1.3) von besonderer Wichtigkeit.

In diesem Kapitel wurde abschließend deutlich, dass es einerseits bereits zahlreiche spezifische Elemente und Faktoren gibt, die bei ausreichender Orientierung daran, eine erfolgreiche Transitionsgestaltung und gelingende psychiatrische Übergangsversorgung realisierbar machen. Andererseits sind nach eigener Überlegung sämtliche für alle beteiligten Professionen relevante, fall- und systemübergreifende „Bausteine“ und Kriterien auszumachen, die einen reibungsloseren Ablauf psychiatrischer Übergänge im Transitionsalter ermöglichen können. Vieles davon gilt es sowohl bei integrierten Lösungsmodellen

als auch bei kooperativen Strukturen zu berücksichtigen – stets unter dem omnipräsenten Grundsatz der Ganzheitlichkeit der Behandlung und Versorgung, aus einer entwicklungspsychiatrischen Perspektive.

4.2 Transitionsprogramme und Beispiele „guter Praxis“

Die folgende Skizzierung einiger erfolgversprechender Transitionsprogramme und ausgewählter Modellbeispiele aus der Praxis, sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene, impliziert ferner eine Konkretisierung der genannten Gelingenskriterien. So sollen ebendiese besser greifbar werden, finden sich aber auch durch den ab Kapitel sieben fortgesetzten Praxisbezug im Kontext der Klinischen Sozialarbeit nochmals präzisiert.

Es existieren durchaus einige Programme und Modelle verschiedenen Typs, die explizit auf psychiatrische Transitionen ausgerichtet sind und vornehmlich aus dem englischsprachigen Raum stammen: z. B. das „*Protocol/Reciprocal Agreement*“, die „*Transition Program Models*“ oder das „*Shared Management Framework*“. Jene finden sich bei Mayr und Kollegen in Anlehnung an die originale Fachliteratur aufgeführt und knapp erläutert (vgl. ebd., S.160f.). Jedoch bestehen sogar im Rahmen dieser „*Best-Practice*“-Konzepte weiterhin Versorgungslücken für junge Menschen im Transitionsalter und jedes hat per se einige Schwachstellen aufzuweisen, die es kritisch zu sehen gilt (vgl. ebd.). Zudem muss sicherlich die nur eingeschränkt mögliche Übertragbarkeit all dessen auf das deutsche Versorgungssystem bedacht werden.

Selbige Problematik birgt das Berliner Transitionsprogramm (BTP): Abgesehen davon, dass es originär für die Kinder- und Jugendmedizin entwickelt wurde, generiert es seine Erkenntnisse primär aus der internationalen Versorgungsforschung (Findorff et al. 2016, S.19). Dennoch bietet es als in Deutschland bisher einziges strukturiertes, regions-, indikations- und institutionsübergreifendes Transitionsprogramm (ebd., S.22) in seinen Grundelementen wohl auch Ansatzpunkte für gelingende Übergänge im psychiatrischen Feld. Findorff und Kollegen (ebd., S.19) erarbeiteten dabei gestützt auf die „*success-factors*“ nach Stuart et al. (2006) allgemeine Gelingensgrundsätze für Transitionsprogramme: die Berücksichtigung individueller Faktoren, die aktive Partizipation Betroffener, das Nutzen und die Förderung der Selbstständigkeit und

Selbstmanagementfähigkeit sowie eine klare Zielorientierung der Maßnahmen und Transparenz für alle Beteiligten.

Wie erwähnt, gibt es alternativ zu derartigen Ausarbeitungen, die einer Verbesserung der Schnittstellenproblematik dienen, integrierte Versorgungsmodelle, wo es zu einer Interpenetration der Tätigkeitsbereiche kommt (Mayr et al. 2015, S.161). Neben Überlegungen zu einer reinen Integration der Transitionspsychiatrie in die bestehende Kinder- und Jugendpsychiatrie werden in der Bundesrepublik bereits einige Angebote realisiert, die sich ausschließlich an die psychisch kranken jungen Menschen des Transitionsalters richten (ebd.): beispielsweise existieren spezielle Adoleszentenstationen ohne Berücksichtigung der starren Alters- und Volljährigkeitsgrenze oder gemäß diagnose-spezifischen Kriterien (Freisleder; Laux 2012, S.101). Fundamental ist in deren Therapiekonzepten ein Ergänzen der Ansätze und Kompetenzen der Jugend- durch die der Erwachsenenpsychiatrie; unter kooperativen Leistungsstrukturen ist dabei sowohl eine Etablierung in einer kinder- und jugend- als auch in einer erwachsenenpsychiatrischen Klinik denkbar (ebd., S.101f.).

Als transitionspsychiatrische Modellstationen in Deutschland sind bei Freisleder und Laux (2012, S.102) z. B. eine Schwerpunktstation für Heranwachsende in Nürnberg oder eine Station für ältere Jugendliche und junge Erwachsene in Wasserburg am Inn (seit 2013) sowie das Frühbehandlungszentrum Heidelberg (FBZ) (gegründet 2003) genannt. Letzteres lässt sich als „Pionier“ unter den besagten Modellen bezeichnen, da die Idee dazu bereits in den Neunzigern entstand (Kaess et al. 2015, S.177). Aufgrund dessen soll jenes hier detaillierter präsentiert werden; als weiteres Beispiel erfolgt die Vorstellung der HEMERA-Klinik für Heranwachsende in Bad Kissingen (seit 2012), aus deren Kontext auch der für die vorliegende Arbeit verwendete Fachvortrag stammt. Gemeinsam ist den beiden Institutionen zum einen die altersübergreifende Zielgruppe mit einer grob definierten Altersspanne, sodass sie PatientInnen von etwa 14 bis 28 Jahren entgegen der Zäsur bei Volljährigkeit stationär behandeln (ebd., S.178; Mehler-Wex 2012, S.56, 2017). Jenes Spektrum bedient also exakt das unter 2.2 definierte Transitionsalter. Das FBZ bietet jedoch als Besonderheit auch teilstationäre Plätze und eine vor- und nachstationäre Betreuung im ambulanten Bereich; außerdem umfasst es eine aufsuchende Behandlungseinheit in Form eines mobilen Bezugspersonensystems (Koch; Wolf 2014, S.455). Letzteres begleitet durch jegliche Phasen der Akuttherapie bis

hin zur psychosozialen Nachsorge (Resch; Weisbrod 2012, S.245). Zudem hat es einen stationär geschützten Bereich (Resch; Weisbrod 2012, S.244), während zur HEMERA-Klinik keine geschlossene Abteilung gehört (Mehler-Wex 2017). Das FBZ ist auf Erkrankungen aus dem schizophrenen und affektiven Formenkreis spezialisiert (Kaess et al. 2015, S.178). Es wird in gemeinsamer Verantwortung unter Kooperation der Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie übergreifend geleitet und betrieben (Resch; Weisbrod 2012, S.244). Dagegen ist die HEMERA-Klinik bisher deutschlandweit die einzige Einrichtung ihrer Art, die ausschließlich Adoleszentenpsychiatrie in einer eigens dafür gegründeten, örtlich unabhängigen Institution betreibt (Mehler-Wex 2017). Sie ist nicht an etwaige andere Psychiatrien angegliedert oder lediglich in Kooperation mit diesen entstanden (ebd.). Ihre Leitung und Finanzierung sind kinder- und jugendpsychiatrisch geprägt, während sich das FBZ an der Erwachsenenpsychiatrie orientiert (ebd.).

Jedoch gibt es in beiden transitionspsychiatrischen Einrichtungen ein multiprofessionelles, interdisziplinär zusammenarbeitendes Behandlungsteam und ein dementsprechendes Angebot (ebd., 2012, S.57, 2017, S.5; Resch, Weisbrod 2012, S.245). Beide Konzepte und Settings sind eher jugendtypisch geprägt, wodurch im Rahmen einer Bedürfnisorientierung und Milieuthherapie die relevanten Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters in einer ganzheitlichen Behandlung Berücksichtigung finden (Mehler-Wex 2012, S.57, vgl. ebd. 2017; Resch, Weisbrod 2012, S.244). Wechsel oder gar Abbrüche in der therapeutischen Beziehung sowie ein Informationsverlust werden durch das setting- und altersübergreifende Arbeiten vermieden und eine Behandlungs- und Therapiekontinuität ist gewährleistet (Koch; Wolf 2014, S.456). Daraus resultiert wiederum eine niedrigere Rückfallquote (Huck 2015, S.201), was sich mutmaßlich positiv auf die Prognose der jungen PatientInnen auswirkt. Abschließend tauchen Aspekte der Kooperation und Vernetzung mit externen Partnern (Jugendhilfe, andere Kliniken, Schulen, Vereine, Betriebe etc.) in beiden Konzepten auf (Resch, Weisbrod 2012, S.244; Mehler-Wex 2017).

Weitere strukturelle und therapeutische Details zu den beiden Beispieleinrichtungen sind u. a. den hier verwendeten Fachquellen zu entnehmen. Durch obige Darstellung wurde deutlich, wie die Transitionspsychiatrie der Adoles-

zenz und des jungen Erwachsenenalters unter Berücksichtigung relevanter Gelingensfaktoren und „Transitionsbausteine“ in der Praxis potenziell Erfolg hat. So können der „Bruch“ bei Volljährigkeit, ein „durch das Raster fallen“ an der Schnittstelle zwischen den beiden Psychiatriesystemen und deren Institutionen oder ein „Herausfallen“ aus dem System, hinein in die Versorgungslücke, vermieden bzw. kann alldem zumindest entgegengewirkt werden.

Über die beschriebenen nationalen Entwicklungen hinausgehend existieren auch auf internationaler Ebene einige transitionspsychiatrische Bemühungen und Erfolge. Hier ist zunächst für den deutschsprachigen Raum exemplarisch die sozialpsychiatrische Station „Somosa“ im schweizerischen Winterthur zu nennen, indiziert bei schweren Adoleszentenstörungen (Freisleder; Laux 2012, S.102). Einen ganz anderen Ansatz verfolgen dagegen z. B. Länder wie Australien, Irland oder Korea, die im Rahmen einer ambulanten und akuten psychosozialen Erstversorgung sogenannte „one-stop-center“ für junge psychisch kranke Menschen etablieren (Fegert; Freyberger 2012, S.13). Dort werden ebenfalls in einem multiprofessionellen Team u. a. aktive Unterstützung bei beruflicher Wiedereingliederung, direkte Nachsorge und auch psychotherapeutischer Support geleistet (ebd.). Wiederum eine Interventionsstufe darunter setzen die sogenannten „Early Intervention Services“ als ambulante Stellen an, die es seit vielen Jahren beispielsweise in Australien, den USA, in Kanada, England und einigen skandinavischen Ländern gibt (Karow et al. 2013, S.632). Dabei handelt es sich um spezielle Früherkennungs- und Frühbehandlungsservices für psychotische Jugendliche und junge Erwachsene in Risikostadien oder Erstmanifestationen (ebd.). Hier erfolgt ebenso eine multiprofessionelle, alters-, diagnose- und fachübergreifende Zusammenarbeit; Ziel ist es, die Service-Inanspruchnahme, Früherkennung und Erstbehandlung im Transitionsalter zu verbessern sowie Behandlungsverzögerungen zu verkürzen (vgl. ebd., S.632ff.). Lambert und Kollegen liefern Ausarbeitungen, wie jene Services unter dem Zeichen der „Integrated Care“ organisatorisch und inhaltlich zu strukturieren sind, auch im Hinblick auf eine Implementierung im deutschen Versorgungssystem (vgl. ebd. 2014, S.433ff.). In den eben genannten Nationen sind darüber hinaus differenzierte kinder- und jugendmedizinische Transitionsprogramme entwickelt worden; jene können vermutlich ebenso Denkanstöße für eine optimierte psychiatrische Versorgung im Transitionsalter bieten und bei Findorff et al. nachgelesen werden (vgl. ebd., S.20ff).

Alles in allem lassen sich viele der in 4.1 angeführten Aspekte in den bestehenden (inter-)nationalen transitionspsychiatrischen Modellen, die hier beispielhaft umrissen wurden, ausmachen. Im Vergleich entsteht jedoch der Eindruck, dass das deutsche Versorgungssystem noch einiges an „Nachholbedarf“ und Entwicklungspotenzial aufweist: Ziel muss es sein, die Transitions- und Versorgungslücke an der Schnittstelle zwischen Jugend und jungem Erwachsenenalter und den jeweils zuständigen Psychiatriesystemen zu minimieren oder durch integrierte, übergreifende Lösungen zu umgehen. Ferner bleibt zunächst die Frage, inwiefern insbesondere vor dem Hintergrund der in Kapitel drei erläuterten Ursachen und Herausforderungen eine erfolgreiche Transitionspsychiatrie wirklich in der Praxis umsetzbar ist.

Theorie II

5. Relevante Charakteristika der Klinischen Sozialarbeit

In Theorieteil I stand primär die Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters mit all ihren Problematiken, Herausforderungen und Zusammenhängen im Zentrum. Für eine Beantwortung der Leitfrage der vorliegenden Arbeit ist als zweite theoretische „Säule“ ein eher allgemein gehaltenen Umriss der Klinischen Sozialarbeit per se notwendig, der schließlich ab Kapitel sechs mit dem ersten theoretischen Abschnitt zusammengeführt werden soll.

Hierfür finden sich zunächst die grundlegendsten Charakteristika jener Profession kurz und prägnant aufgelistet. Daraufhin erfolgt eine Gegenstandsoperationalisierung, indem der Fokus ausschließlich auf die klinisch-sozialarbeiterischen Aspekte gerichtet wird, die im vorliegenden psychiatrischen Kontext relevant erscheinen.

5.1 Grundlegende Eckpfeiler der Klinischen Sozialarbeit

Im Allgemeinen ist die Klinische Sozialarbeit als spezialisierte, höher qualifizierte Fachsozialarbeit professionell beratend und behandelnd in verschiedenen psychosozialen Arbeitsfeldern des Sozial- und Gesundheitswesens tätig; in Deutschland erlangt sie seit etwa 1995 zunehmend Etablierung (Mühlum 2011, S.278; Pauls, Gahleitner 2011, S.521). Sie zeichnet sich in ihrem Denken und Handeln u. a. durch folgende theoretische Grundlagen und Bestimmungsgrößen aus:

- **Bio-psycho-soziale Perspektive:** Im Zuge dieser multidimensionalen Sichtweise wird für die Klinische Sozialarbeit Gesundheit sowie die Anfälligkeit für Krankheit, Krisen und Störungen durch das multifaktorielle Zusammenspiel jener drei Ebenen, verankert in Biografie und Lebenswelt, bestimmt (Pauls, Gahleitner 2011, S.521; Pauls 2013, S.32). Einhergehend mit dem bio-psycho-sozialen Blickwinkel spielt auch die Wahrnehmung der „*person-in-environment*“, also das wechselseitige Zusammenwirken von Person und Umgebung, eine wichtige

Rolle für das Störungsverständnis und die Interventionen der Klinischen Sozialarbeit (Gahleitner, Hahn 2012, S.3; vgl. Pauls 2013, S.64ff.). Dem hier beschriebenen Gesundheits- und Krankheitsverständnis liegt eine salutogenetische Orientierung zu Grunde, die sich u. a. durch die Vorstellung von Gesundheit und Krankheit als Pole eines Kontinuums auszeichnet, wodurch Gesundheit immer relativ zu sehen ist (vgl. Pauls 2013, S.102ff.; vgl. im Original Antonovsky 1997). Ein weiteres salutogenetisches Element bildet das sogenannte Kohärenzgefühl (SOC), welches sich aus einem Gefühl der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Sinnhaftigkeit zusammensetzt; es ist eine Art Vertrauensgefühl im Hinblick auf sämtliche Anforderungen im Lebensverlauf und die dafür verfügbaren bzw. benötigten Ressourcen (vgl. Pauls 2013, S.105ff.; vgl. im Original Antonovsky 1997).

- **Psychosoziale Fallarbeit und Behandlung:** Die Klinische Sozialarbeit besitzt sowohl die Expertise für (psycho-)soziale Beratung, Behandlung, Begleitung und Intervention als auch für soziale (Psycho-)Therapie (Pauls, Mühlum 2005, S.7; Pauls, Gahleitner 2011, S.521). In jedem dieser Bereiche hat sie ebenso wie in der psychosozialen Diagnostik („Fallverstehen“) und Hilfeplanung ein Repertoire an Mitteln und Methoden vorzuweisen: z. B. im Rahmen sozialer Sicherung und persönlicher Unterstützung sowie in Form von sozialen Unterstützungs-, Netzwerk- und Kriseninterventionen, sozialer Prävention und Rehabilitation (vgl. Pauls 2013, S.192ff.; vgl. Pauls, Gahleitner 2011, S.521; vgl. Ansen 2011, S.798ff.). Unter Berücksichtigung des biopscho-sozialen Zusammenspiels gilt es dabei im Zuge des „*direct practice*“ stets fall-, situations- und problemspezifisch wie problemangemessen, abgestimmt auf die Bedürfnisse der Klientel, vorzugehen (ebd.; Hahn, Gahleitner 2012, S.3; Pauls, Mühlum 2005, S.7). Eben-dieses klinisch-sozialarbeiterische Prozedere ist von den handlungsleitenden Merkmalen der Unmittelbarkeit, der Erreichbarkeit und der Ganzheitlichkeit der Angebote und Hilfen geprägt (vgl. Pauls 2013, S.179). Im Zuge jener Hilfeformen werden die Klientel dialogisch und kooperativ einbezogen und seitens der Professionellen ein bewusstes „Mitdenken“ und Gestalten des Behandlungssettings verlangt, um Belastungen, Krisen und Erkrankungen abzubauen (Pauls, Gahleitner

2011, S.521). Hierbei setzt die Klinische Sozialarbeit, verglichen mit den Nachbardisziplinen der klinischen Psychologie oder Psychiatrie, beispielsweise mit ihren Interventionen schwerpunktmäßig auf der sozialen Ebene an (Pauls; Gahleitner 2011, S.522). Parallel hat sie aber neben den Lebensbedingungen die klinisch-individuelle Perspektive und Hilfe für den Einzelnen im Blick, auch bezeichnet als „doppelter Fokus“ oder „zweispuriger“ bzw. „bifokaler Ansatz“; dadurch arbeitet sie sowohl individuums- als auch systemorientiert (ebd.; Pauls 2013, S.179, S.192).

- **„Hard to reach“-Klientel in komplexen Multiproblemlagen:** Die Klinische Sozialarbeit umfasst verschiedenste Arbeitsfelder und Adressaten (vgl. Pauls, Gahleitner 2011, S.521; vgl. Beushausen 2014, S.6; vgl. Ansen 2001, S.798). Insbesondere sind als Zielgruppe sozial benachteiligte und beeinträchtigte, psychisch kranke Menschen in Multiproblemsituationen zu nennen, die deshalb für psychosoziale Dienste häufig als „schwer erreichbar“ gelten (ebd.). Beushausen stellt in diesem Kontext die These auf, dass primär die (Klinische) Sozialarbeit im Umgang mit besagter schwieriger Klientel eine Reihe an Qualifikationen, Konzepten, Methoden und Kompetenzen bietet, die vergleichsweise eine klassische Psychotherapie nicht hat, da dort z. B. andere Behandlungsbedingungen, Ansprüche und Schwerpunktsetzungen gegeben sind (vgl. ebd. 2014, S.18ff.).
- **Spezifisches Kompetenz- und Anforderungsprofil:** Aufgrund der bisher präsentierten klinisch-sozialarbeiterischen Charakteristika ergibt sich ein spezifisches Kompetenz- und Anforderungsspektrum. Jenes geht über das der generalistischen Sozialen Arbeit hinaus und umfasst z. B. Kenntnisse in den Grundorientierungen der Beratung und Psychotherapie, einschließlich deren Veränderungswissen (Pauls; Gahleitner 2011, S.522). Das Profil findet sich im Detail bei Pauls und Mühlum (vgl. ebd. 2005, S.7f.). Gleichzeitig müssen Klinische SozialarbeiterInnen in ihrer Berufspraxis zu einer Reflexion besagter Kenntnisse in der Lage sein (Pauls; Gahleitner 2011, S.522). Es gilt all das Wissen und Können im Rahmen einer entsprechenden professionellen Haltung je nach Indikation und Situation passgenau und spezifisch auf

die Bandbreite an Anforderungen und Zielgruppen beziehen und anwenden zu können – v. a. im interdisziplinären Geschehen des Gesundheitswesens (ebd.).

Es gilt abschließend zu betonen, dass die klinische Spezialisierung auch jegliche Elemente der grundständigen Sozialen Arbeit beinhaltet, wodurch diese ebenso Gegenstand der Arbeit sein werden, darüber hinaus aber keine genauere Erläuterung erfahren. Hilfe zur Selbsthilfe, Empowerment (vgl. Bosshard et al. 2013, S.90ff.), Partizipation sowie Lebenswelt- und Ressourcenorientierung stellen hierfür nur einige Beispiele dar. In umgekehrter Weise sind viele der aufgezählten klinischen Maximen ebenfalls in der generalistischen Sozialen Arbeit von Relevanz. Differenzen liegen u. a. in den abweichenden Fokussierungen, Schwerpunkten und Vertiefungen, die speziell die Klinische Sozialarbeit bezüglich der Arbeit „am Klienten“, in beraterischer, behandlerischer und therapeutischer Hinsicht zu bieten hat.

5.2 Die Klinische Sozialarbeit im Kontext psychischer Erkrankung und Psychiatrie

Über die fundamentalen Grundzüge hinausgehend kann die Klinische Sozialarbeit in den thematischen Kontext der vorliegenden Arbeit eingebettet werden. So ist sie bei schweren Störungen und Erkrankungen von „*hard to reach*“-KlientInnen in gravierenden psychosozialen Problemlagen, bei denen eine reine Psychotherapie nicht mehr ausreicht, als „eigentliche Therapie“, als „das eigentliche Mittel zur Wahl“, gefragt (Hahn; Gahleitner 2012, S.3). Inwiefern hierbei auch die jungen psychisch kranken PatientInnen der Transitionspsychiatrie einer klinisch-sozialarbeiterischen „Zuständigkeit“ bedürfen, wird in den Unterpunkten von Kapitel sieben explizitere Erläuterung finden.

Einen wichtigen Bezugspunkt bzw. eine Anschlussstelle der (Klinischen) Sozialarbeit in ihrer psychiatrischen Tätigkeit bietet das Konzept der Sozialpsychiatrie mit Fokus auf der sozialen Dimension von psychischer Krankheit und Gesundheit im Rahmen der bio-psycho-sozialen Modellvorstellung (Sommerfeld et al. 2016, S.87f.). Entgegen der regen Diskussion, um das Verhältnis von Klinischer Sozialarbeit im psychiatrischen Feld zur Sozial-/Soziotherapie (vgl.

ebd., S.175ff.; vgl. Binner, Ortmann 2008, S.71ff.), existieren einige unumstrittene Verortungen. Übergeordnet leistet sie demnach ihren spezifischen Beitrag zum sozialpsychiatrischen Ziel der Integration der Menschen mit psychischer Erkrankung in die Gesellschaft (Sommerfeld et al. 2016, S.174). Es erfolgt sowohl eine Unterstützung und Begleitung in deren Lebenswelt als auch eine Beeinflussung von deren Lebensführungssystem (ebd.) – ganz im Sinne des bifokalen Ansatzes.

Im Detail können zusammenfassend vier (klinisch-)sozialarbeiterische Funktionsbereiche in der Psychiatrie identifiziert werden (vgl. ebd. S.179f.):

- (1) **Versorgung:** Gewährleistung von Anschlussversorgung und Aktivierung der sozialstaatlichen Sicherungssysteme (vergleichbar mit Kliniksozialdiensten)
- (2) **Behandlung bzw. sozialarbeiterische Interventionen in psychosoziale Verläufe:** Initiieren, Stimulieren und Begleiten von Lernprozessen der Klientel in Behandlungssettings, Lebenswelt und Lebensführungssystem
- (3) **Koordination und Vernetzung**
- (4) **Prävention:** sozialarbeiterische Beiträge im multiprofessionellen Geschehen

Zudem ist wohl noch die Gesundheitsförderung als fünfter Funktionsbereich hinzuzufügen (vgl. Homfeldt; Rademaker 2014, S.5ff.). Eine Auswahl an klinisch-sozialarbeiterischen Diagnostik- und Interventionsmöglichkeiten speziell in der Psychiatrie findet sich z. B. bei Sommerfeld und Kollegen in Form eines Methodenpools (vgl. ebd. 2016, S.195ff.).

Weiterhin ist die Klinische Sozialarbeit bezüglich Krankheit und Krankenversorgung unterstützend bei der Bewältigung der Erkrankungsfolgen im persönlichen, sozialen, wirtschaftlichen und beruflichen Bereich tätig (Ansen 2011, S.797). Primär bei chronischen Erkrankungen, worunter meist auch psychische Problematiken fallen, sind umfassende klinische, behandlerisch-therapeutische Kompetenzen notwendig, mehr noch als bei akuten Fällen (vgl. ebd, S.797f.). So arbeiten klinisch qualifizierte SozialarbeiterInnen meist in den Kernfeldern der psychiatrischen Versorgung mit schwer (chronisch) psychisch kranken Menschen und deren sozialem Umfeld (Geißler-Piltz; Mühlum; Pauls

2005, S.53). Dabei gilt es im Rahmen der klinisch-sozialarbeiterischen Perspektive parallel zur sozialen Krankheitsdimension die subjektive Krankheitsbetrachtung der Betroffenen hinzuzuziehen (vgl. ebd.).

Kirchweger (2010, S.271) beschreibt die besagte Fachsozialarbeit explizit in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie, wo die Klientel eine andere Denkweise und einen spezifischen behandlerischen Ansatz erfordert (ebd.). Zusammenfassend sind hierbei im Zuge der klinisch-sozialarbeiterischen Tätigkeit Partizipationsgrundsätze sowie ein Einbezug der individuellen Lebenssituation und -welt der jungen Erkrankten, inklusive deren subjektiven Erlebens, zu wahren (vgl. ebd., S.273ff.). Demnach braucht es ein Involvieren der Bezugspersonen und eine unmittelbare, nahtlose und geregelte ambulante Nachsorge (vgl. ebd.). Inwiefern all jene Bedingungen ebenso für die Klinische Sozialarbeit in der Transitionspsychiatrie Gültigkeit haben, sei hier offengelassen; eine Auseinandersetzung damit findet ab Kapitel sieben statt.

Resümierend wurde bisher deutlich, dass die Klinische Sozialarbeit im Kontext psychischer Krankheit und in der Behandlung von jungen PatientInnen in der (Sozial-)Psychiatrie durchaus ihre Bezüge und Funktionen aufweisen kann. Analog den allgemeinen Schilderungen unter 5.1, soll im Hinblick auf Intention, Thema und Zielsetzung der Arbeit auch im psychiatrischen Zusammenhang darauf verzichtet werden, jegliche Charakteristika der generalistischen Sozialen Arbeit im Detail anzuführen.

Diese fließen aber trotzdem in die Zusammenführung von Theorie I und II ein, da bereits konstatiert wurde, dass die klinische Spezialisierung generalistisch-sozialarbeiterische Elemente enthält. Zudem ist die Klinische Sozialarbeit im weiteren Sinne als Soziale Arbeit im Behandlungskontext mit eigenen Beratungs- und Behandlungsaufgaben zu verstehen, wo lediglich die „klinische Akzentuierung“ variiert (vgl. Pauls; Mühlum 2005, S.7). Daraus lässt sich folgern, dass generalistische SozialarbeiterInnen in bestimmten Arbeitsfeldern, wie beispielsweise dem der Transitionspsychiatrie, wohl häufig „klinisch“ tätig sind und entsprechende Kompetenzen haben, ohne es ausdrücklich so zu bezeichnen. Was davon abgesehen jedoch explizit die klinische Qualifikation in das transitionspsychiatrische Geschehen einbringen kann und wie diesbezüglich die theoretische und empirische Ausgangslage einzuordnen ist, wird sich zeigen.

Zusammenführung von Theorie I und Theorie II

6. Ausgangslage und Erkenntnisinteresse

In diesem dritten und letzten Abschnitt der Arbeit gilt es, eine Verbindung zwischen den theoretischen Ausführungen zur Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters einerseits und denen zur Klinischen Sozialarbeit andererseits herzustellen.

Dies geschieht zunächst durch eine Aufarbeitung und Reflexion des Stands der Forschung und des Fachdiskurses, sowohl retrospektiv als auch aktuell. So sollen zum einen die Entwicklung und derzeitige Relevanz der Thematik verdeutlicht und die für die vorliegende Leitfrage nötigen Schlüsse gezogen werden. Zum anderen ist es Ziel, eventuelle empirische und theoretische Mängel und „Lücken“ zu identifizieren. Anschließend wird darauf basierend, unter Einbezug all der vorangegangenen theoretischen Erläuterungen, in eigener Überlegung eine Hypothesenbildung inklusive untergeordneter Fragestellungen vorgenommen, die das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit nochmals verschärft offenlegt und präzisiert.

6.1 Aktuelle Relevanz: Stand der empirischen Forschung und des theoretischen Fachdiskurses

Die für den vorliegenden Kontext bedeutendste Erkenntnis ist allen bereits zur Thematik und Fragestellung vorhandenen Studien, Forschungen, Publikationen und Debatten sowie deren Ergebnissen voranzustellen: Es konnten keine Ausarbeitungen zur Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters aus der Perspektive der Klinischen Sozialarbeit und deren möglichen Beitrag dazu ausfindig gemacht werden. Jenes Defizit sorgt zusätzlich dafür, dass in der nachfolgenden Diskussion und Interpretation Aspekte der generalistischen Sozialarbeit einfließen, da spezifisch klinisch-sozialarbeiterische Fachquellen für den transitionspsychiatrischen Bereich fehlen. Aus demselben Grund sollen hier jegliche Ausarbeitungen Eingang finden, die sich mit der Transitionspsychiatrie im Allgemeinen beschäftigen.

Es existiert eine höchst aktuelle Pilotstudie von Pollak und Kollegen, die im Rahmen einer Online-Fragebogenuntersuchung die derzeitige Lage der Transitionspsychiatrie in Österreich untersucht und explizit Fragen, Probleme und Veränderungswünsche der an besagter Schnittstelle tätigen KlinikerInnen erhebt (vgl. ebd. 2017, S.1ff.). Als positiv ist dabei zu bewerten, dass die Meinungen aus der Praxis derart hoch gewichtet wurden und eine erste empirische Grundlage für Folgestudien bezüglich des deutschsprachigen Raums geschaffen ist (ebd., S.3). Abgesehen von der fehlenden Repräsentativität der Studie und weiteren Limitationen (vgl. ebd., S.10), gilt es in Bezug auf die Themenstellung der vorliegenden Arbeit insbesondere die Wahl der Zielpopulation zu kritisieren: Es wurden ausschließlich ÄrztInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen befragt, mit der Begründung, dass das Management von Transitionsprozessen primär in deren Aufgabenbereich liegt (ebd., S.3). Die Perspektive von SozialarbeiterInnen (ohne psychotherapeutische Ausbildung) fand keine besondere Beachtung (ebd.). Unter Berücksichtigung all dessen, scheint bereits ein erster Hinweis darauf identifiziert, dass Forschungen zur Klinischen Sozialarbeit in besagtem Kontext ein Desiderat darstellen.

Hinsichtlich des Übergangs vom Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche in das für Erwachsene wurde schon 1993 von Blum et al. der Ruf nach Studien und Evaluationen laut (ebd., S.570). Mittlerweile wird die Transitionsproblematik auch im deutschen Gesundheitswesen als eine dringlich zu lösende Aufgabe wahrgenommen, um generell die medizinische Versorgung zu verbessern (Findorff et al. 2016, S.4). Im Zuge einer hohen Public Health-Relevanz sind so die Phasen des Transitionsalters in letzter Zeit in den Fokus des öffentlichen Interesses gerückt (Fegert; Freyberger 2012, S.11). Dementsprechend können exemplarisch einige Fachvorträge und Tagungen aus den letzten Jahren zu besagter Thematik verzeichnet werden (vgl. Klasen, Ravens-Sieberer 2013; Fegert, Plener 2014; Müller 2015). Aktuell erst präsentierten die DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) und die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) ein Eckpunktepapier, das sich mit den (Heraus-)Forderungen einer gelingenden, optimierten Transitionspsychiatrie auseinandersetzt (vgl. Gießelmann 2016, S.356; vgl. Fegert et al. 2017, S.80ff.). Darin wird u. a. kritisiert, dass Forschungsförderungsprogramme mit dem Hauptaugenmerk auf Transitionsvorgängen fehlen (ebd.).

Jene empirische „Lücke“ kristallisierte sich auch während der Recherchen für die vorliegende Arbeit zunehmend heraus. Abgesehen von der Feststellung im Rahmen der Begriffsklärungen in Kapitel zwei, dass die transitionspsychiatrischen Fachausdrücke noch wenig etabliert scheinen, stammt ein Großteil der Studien und Forschungen zu den (psychiatrischen) Versorgungsübergängen des Transitionsalters aus dem englischsprachigen Raum. Deren Fragestellungen, Untersuchungsgegenstände und Vorgehensweisen decken dabei eine große Bandbreite ab, wodurch in den letzten fünfzehn Jahren zahlreiche derartige Publikationen erschienen sind. Sie beziehen sich weitgefasst auf die generelle Transition von Jugendlichen in das erwachsenenmedizinische Versorgungssystem (vgl. McDonagh; Viner 2006, S.435ff.) oder auf junge Menschen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung an besagter Schwelle (vgl. Forbes et al. 2001, S.1ff.). Im engeren Sinne gibt es eine Reihe von empirischen Arbeiten, die sich explizit mit den Übergängen von „*child and youth/adolescent mental health services*“ zu „*adult mental health services*“ beschäftigen (vgl. Vostanis 2005, S.449ff.; vgl. Singh et al. 2010 S. 305ff.; vgl. Paul et al. 2010, S.36ff.; vgl. Paul et al. 2015, S.436ff.). Obwohl des Weiteren die „Entdeckung“ und Beforschung der „*Emerging Adulthood*“ als Lebensphase, z. B. im Vergleich zur Adoleszenz, noch verhältnismäßig jung ist, rückt sie international zunehmend in den Forschungsfokus. Hierfür liefert Swanson einen aktuellen Review über empirische Studien (vgl. ebd. 2016, S.391ff.), worin sie aber gleichzeitig den weltweit notwendigen Forschungsbedarf bezüglich besagter Periode bemängelt (ebd., S.399). In diesem Zuge haben sich auch Adams und Kollegen u. a. explizit mit dem sonst eher spärlich beforschten Feld der psychischen Gesundheit in den prägenden jungen Erwachsenenjahren in den USA befasst (vgl. ebd. 2014, S.163ff.).

Es kann ferner festgehalten werden, dass national wie global schon seit geraumer Zeit eine dezidierte Auseinandersetzung mit der (psychischen) Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen geschieht. So lassen sich bereits aus den 1990er-Jahren Forschungen wie die US-amerikanische Great Smokey Mountain Studie (vgl. Costello et al. 1996, S.1129ff.) oder die deutsche Bremer Jugendstudie (vgl. Essau et al. 1998, S.105ff.) erwähnen. Ebenfalls relevant sind hier die HBSC-Studie als internationales Forschungsvorhaben der WHO, die ebenfalls seit Mitte der 90er unter deutscher Teilnahme läuft (vgl. Gesund-

heitsberichterstattung des Bundes 2015), und die KiGGS- und BELLA-Studien des Robert Koch Instituts (RKI), in deren Rahmen seit den 2000ern Erhebungen in Deutschland durchgeführt werden (vgl. RKI - KiGGS, BELLA o.J.). Ferner bildete jene Thematik den Jahresschwerpunkt des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege 2016, wodurch eine intensive Berichterstattung sowie Fachtage und Fachtagungen dazu stattfanden (vgl. PTK Bayern 2016). Weitere Entwicklungen und gesundheitspolitische Impulse auf dem Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind z. B. bei Warnke und Lehmkuhl zu entnehmen (vgl. ebd. 2011, S.11ff.). Entgegen dem offenbar sehr gut beforschten kinder- und jugendpsychiatrischen Spektrum scheint eine eingehende Beschäftigung mit den wegweisenden Abschnitten der späten Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters speziell in Deutschland erst in den Anfängen zu stecken. Dies gilt sowohl für ein Befassen mit jenen Altersphasen per se als auch im Kontext von psychischen Störungen und der damit einhergehenden Transitionspsychiatrie.

Dennoch kann insgesamt laut Fegert et al. (2015, S.151) zumindest in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren in der Bundesrepublik eine verstärkte Beforschung der Transitionspsychiatrie verzeichnet werden. Außerdem weisen themenverwandte Untersuchungen, wie beispielsweise die unter 3.3 erläuterte Analyse von Plener und Kollegen, auf eine transitionspsychiatrische Schnittstellenproblematik hin (vgl. ebd. 2015, S.181ff.). Die Tendenz neuer Ansätze geht vermehrt Richtung Kooperationsstudien und gemeinsamer Forschung der Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie (Mehler-Wex 2017; Herpertz-Dahlmann, Herpertz 2010, S.1304); es existieren diesbezüglich einige vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Forschergruppen und -verbände (vgl. Herpertz-Dahlmann, Herpertz 2010, S.1305).

Trotz der genannten theoretischen und empirischen Entwicklungen sowie der generell gewachsenen Aufmerksamkeit und Relevanz der Transitionsthematik, scheint national und international unumstritten eine hohe und dringende Notwendigkeit an weiteren Studien, Untersuchungen und Konzepten gegeben, um ein Schließen der Forschungslücke anzustreben – was analog bestenfalls ein Schließen der Transitions- und Versorgungslücke impliziert. Als weiteren Kritikpunkt proklamieren Paul und Kollegen jüngst im Rahmen eines systematischen Reviews von neunzehn Studien zur versorgungssystemischen Übergangsthematik eine hohe Variabilität bezüglich der Studienqualität und das

Fehlen von evidenzstarken RCT- oder Fall-Kontroll-Studien (vgl. ebd. 2015, S.436ff.). Selbiges gilt laut Mayr et al. (2015, S.160f.) hinsichtlich einer Beforschung der in Kapitel vier erwähnten Transitionsprogramme und integrierten Versorgungsmodelle, wo neben einer Übertragbarkeit auf andere Strukturen und Gesundheitssysteme deren Erfolg noch zu belegen ist. Darüber hinaus mangelt es grundsätzlich an spezifischen und bedürfnisangepassten Konzepten für junge Erwachsene mit psychischer Erkrankung (Huck 2015, S.26). Insbesondere Deutschland hat in der Forschung zu Langzeit-Krankheitsverläufen einschließlich der gesundheitlichen Auswirkungen psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalter im Erwachsenen-Dasein deutlichen Nachholbedarf (Hebebrand 2010, S.45; Beig, Kölch 2009, S.5). Obwohl ebendiese entwicklungspsychiatrische Betrachtungsweise von Störungen über die Lebensspanne für die Transitionspsychiatrie eine essentielle Rolle spielt, sind Forschung und Voraussage dazu sehr diffizil; dennoch versuchen sich einige AutorInnen störungsübergreifend wie störungsspezifisch an einer Übersicht (vgl. Grabe, Schmidt 2009, S.222ff.; vgl. Steinhausen 2013, S. 419ff.). Gemäß den Ergebnissen vorhandener Verlaufsstudien wurde inzwischen, wie unter 3.1.3 angesprochen, eine Persistenz von psychischen Erkrankungen bis in das Erwachsenenalter belegt, was wiederum für eine hohe gesellschaftliche und gesundheitsökonomische Relevanz jener Thematik sorgt (Lehmkuhl et al. 2015, S.375). Basierend auf dem 33. DGKJP-Kongress liefert Steinhausen dazu eine Übersichtsarbeit zu Ergebnissen der Langzeitforschung bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen (vgl. ebd. 2013, S.419ff.). Weitere Aussagen zum Verlauf und zu der gesundheitlichen Entwicklung Jugendlicher und junger Erwachsener unter Fokussierung der Lebensphasenübergänge bieten zudem die BELLA-Studie (vgl. Klasen et al. 2016, S.10ff.) sowie die zweite Welle der KiGGS-Studie (2014-2017), mit deren Ergebnissen noch 2018 zu rechnen ist (RKI - KiGGS 2016, S.1). Die dringende Notwendigkeit einer fächerübergreifenden Zusammenarbeit und gemeinsamen Erarbeitung transitionspsychiatrischer Versorgungsstrukturen forderten jüngst auch Karow et al. (2017) auf Basis einer Verlaufsuntersuchung, die 229 stationär behandelte junge PatientInnen mit psychischer Erkrankung (16-25 Jahre) umfasste. Neben den für die Prognosen relevanten Verlaufsstudien von früh beginnenden psy-

chischen Krankheiten besteht weiterer Forschungsbedarf in der Entwicklungs-epidemiologie und -psychopharmakologie sowie im Bereich Psychotherapie (vgl. Mehler-Wex 2012, S.57f.).

Insgesamt zeichnen sich durchaus einige Fortschritte und positive Entwicklungen zur Thematik der Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters in Forschung und Fachdiskussion ab. Dennoch existieren weiterhin viele „Lücken“, die es zu schließen gilt; insbesondere Deutschland weist hier im internationalen Vergleich erheblichen Weiterentwicklungs- und Forschungsbedarf auf. Ein erster Schritt ist zumindest damit getan, dass jene Defizite erkannt und Forschungsüberlegungen zur Behebung angestellt werden. Alle diese Kritikpunkte, das damit einhergehende hohe Verbesserungspotenzial und das Fehlen von klinisch-sozialarbeiterischen Ausarbeitungen zu besagter brisanter Übergangsphase psychisch kranker junger Menschen, verdeutlichen umso mehr die Wichtigkeit der vorliegenden Arbeit und ihrer Leitfrage.

6.2 Fragestellungen und Hypothesen

Die bisherigen theoretischen Ausarbeitungen der vorliegenden Arbeit und der als mangelhaft identifizierte Forschungs- und Fachdiskursstand bieten Anlass zur Diskussion sowie für weitere Fragestellungen und verschiedene Hypothesen zum Thema der Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters, primär im Kontext der Klinischen Sozialarbeit. Der zentrale Leitgedanke, inwiefern deren Expertise einen Beitrag zur Verbesserung der transitionspsychiatrischen Schnittstelle und Versorgungslücke leisten kann, findet sich im Interviewleitfaden in Anhang zwei in Teil- und Unterfragen aufgeschlüsselt. Jene beziehen sich zum einen auf die Transitionspsychiatrie und deren Problematiken im Allgemeinen und werden zum anderen durch spezifische Fragen im Hinblick auf die Klinische Sozialarbeit ergänzt; so sollen sich adäquate Ergebnisse für eine zielführende Diskussion und möglichst allumfassende Beantwortung der Hauptleitfrage ergeben. Inhaltlich lassen sich die Fragen kategorisch größtenteils den Kapitelüberschriften von 7.1 bis 7.3 zuordnen; sie greifen darüber hinaus aber auch Ausführungen aus den Abschnitten davor auf.

Ausgehend von ebendiesen Fragenkomplexen und basierend auf dem Wissensschatz der bisherigen theoretischen Erläuterungen, Erkenntnisse und Schlüsse lassen sich einige Hypothesenbündel aufstellen:

1.) Eine erfolgreiche Transitionspsychiatrie, kooperativ wie integriert, basiert auf einer entwicklungspsychiatrischen Lebenslaufperspektive, welche mit den Anschauungen der Klinischen Sozialarbeit übereinstimmt. Dabei sind für gelingende psychiatrische Übergänge jegliche Ursachen und Einflüsse der transitionspsychiatrischen Problematik sowie deren Herausforderungen und „Gelingensbausteine“ zu berücksichtigen.

2.) Die Klinische Sozialarbeit kann aufgrund all ihrer Charakteristika, Kompetenzen und Ressourcen sowohl auf klinischer Ebene als auch darüber hinausgehend einen unverzichtbaren Beitrag zur transitionspsychiatrischen Versorgung leisten und eine tragende Rolle übernehmen. Ihre Expertise bietet, ebenso im Vergleich mit anderen Professionen, vielerlei Chancen und potenzielle Handlungsansätze zur Verbesserung der besagten Schnittstelle und Versorgungslücke. Dementsprechend ist sie fähig, sich den multifaktoriell bedingten Ursachen, Einflüssen und Herausforderungen der „Transitionslücke“ zu stellen und sämtliche „Gelingensbausteine“ zu bereichern. Es ist sogar zu unterstellen, dass sie im Rahmen ihres Versorgungsauftrags der „*hard-to-reach*“-Klientel für das Feld der Transitionspsychiatrie prädestiniert ist und sich der Zuständigkeit für die psychisch kranken jungen Menschen „im Übergang“ nicht entziehen darf.

3.) Im Rahmen ihres Beitrags zu einer erfolgreichen Übergangpsychiatrie unterliegt die klinisch-sozialarbeiterische Expertise gewissen Grenzen, Risiken und Defiziten. Das hat zur Konsequenz, dass sie trotz ihrer bereichernden Ressourcen und Chancen keine „Allmachtsrolle“ im transitionspsychiatrischen Geschehen einnehmen und alleinig alle Probleme und Herausforderungen bewältigen kann.

4.) Die Klinische Sozialarbeit bleibt in der Transitionspsychiatrie aktuell unter ihren Möglichkeiten. Als potenzielle Ursachen sind die noch zu geringe Bekanntheit und Verbreitung des Konzepts der Transitionspsychiatrie sowie der klinisch-sozialarbeiterischen Spezialisierung und Qualifikation denkbar. Auch

der Habitus, die berufliche Identität und die Professionalisierung der (Klinischen) Sozialarbeit per se und gegenüber anderen Disziplinen könnten dabei eine Rolle spielen.

5.) Die hohe Relevanz und Brisanz der Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters als Schnittstellenproblematik und Versorgungslücke wurden genauso wie Überlegungen zu einer angemessenen Versorgung ihrer Klientel professionsübergreifend lange vernachlässigt. Folglich besteht (inter-)national erheblicher Forschungs- und Weiterentwicklungsbedarf sowohl in praktischer als auch in theoretisch-wissenschaftlicher Hinsicht.

Die hier aufgeführten Hypothesen wurden z. T. inhaltlich bereits in den vorausgegangenen Gliederungspunkten angesprochen oder daraus gefolgert. Sie sollen im Rahmen des anschließenden Kernkapitels eine eingängige Interpretation und Diskussion erfahren und schlussendlich veri- bzw. falsifiziert sowie gegebenenfalls modifiziert werden. Dabei finden sich sowohl die bisherigen theoretischen Ausführungen als auch die gewonnenen Praxiseindrücke einbezogen und durch weiterführende Überlegungen der Autorin ergänzt.

7. Interpretation und Diskussion: Die Expertise der Klinischen Sozialarbeit im Rahmen der „Transitionslücke“ – eine kritische Würdigung unter Berücksichtigung von Erkenntnissen aus der Praxis

Dieses Schlüsselkapitel hat zum Ziel, die Leitfrage der gesamten Arbeit möglichst perspektiven- und facettenreich zu beantworten. Wie bereits angekündigt, finden dafür sämtliche Inhalte der Theorieteile, die Hypothesenbündel und die Praxiseindrücke aus den Experteninterviews Verwendung. Im Detail sind die im vorliegenden Kontext relevanten Charakteristika der Klinischen Sozialarbeit (siehe 5.ff.) heranzuziehen und mit der Transitionspsychiatrie zu verknüpfen. In den Diskurs fließen sämtliche Ursachen der Transitionsproblematik und Herausforderungen der Transitionspsychiatrie (siehe 3.ff.) sowie deren Gelingensfaktoren (siehe 4.ff.) ein und werden im Kontext der Klinischen Sozialarbeit betrachtet. Im Zuge der Interpretation und Diskussion all dessen sollen die spezifisch klinisch-sozialarbeiterischen Bezüge zur Transitionspsychiatrie und zu deren Altersabschnitten und Klientel hergestellt werden, um schlussendlich ihren potenziellen Beitrag dazu herauszuarbeiten.

Dabei liegt der Fokus zum einen auf der potenziellen Rolle und Funktion der Klinischen Sozialarbeit mit ihren Möglichkeiten und Ressourcen in diesem Feld. Hierfür werden, über grundlegende Überschneidungen der Profession mit dem Konzept der Transitionspsychiatrie hinausgehend, sowohl klinische als auch „außer-klinische“ Aspekte erläutert. Für eine kritische Würdigung sind zum anderen die Einschränkungen besagter Fachsozialarbeit im transitionspsychiatrischen Geschehen zu eruieren. Zum Abschluss erfolgt unter Berücksichtigung jeglicher bisheriger Ausführungen eine Darstellung der Folgen, der weiteren Bedarfsplanung und der Zukunftsaussichten für Wissenschaft und Praxis in der Transitionspsychiatrie.

7.1 Potenzielle Rolle der Klinischen Sozialarbeit: Ressourcen und Chancen

Zunächst steht im Zentrum, welche Stärken die Klinische Sozialarbeit für die psychiatrische Versorgung im Transitionsalter mitbringt und welche Möglichkeiten sich so ergeben. Im selben Zuge wird sich zeigen, inwiefern sie dazu geeignet ist, in besagtem Bereich tätig zu sein. Dafür bietet es sich an, zu Beginn einige grundlegende Schnittpunkte der besagten Profession mit dem Konzept der Transitionspsychiatrie anzuführen. Darauf basierend werden die expliziten Ressourcen und Chancen, die sie im Bereich der „direkten“ Versorgung und Behandlung „am Klientel“ sowie darüber hinausgehend vorzuweisen hat, zugänglich diskutiert und vielseitig beleuchtet.

7.1.1 Schnittpunkte der Klinischen Sozialarbeit mit der Transitionspsychiatrie

Bevor es um das mögliche Leistungsspektrum der Klinischen Sozialarbeit in der Transitionspsychiatrie von Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf verschiedenen Ebenen gehen soll, sind einige fundamentale Schnittpunkte zu erläutern. Jene verdeutlichen die Eignung der klinischen Fachsozialarbeit für die transitionspsychiatrische Tätigkeit und legitimieren ihre wichtige Rolle darin. Vorweg lohnt sich ein kurzer Blick auf vergangene Entwicklungen und noch heute geltende Grundlagen. So wurde bereits in der Psychiatrie-Enquête von 1975 festgelegt, dass zur Versorgung psychisch kranker junger Menschen verschiedene Professionen mit je variierenden Spezialisierungen in Diagnostik und Therapie notwendig sind (Jungmann; Roosen-Runge 2004, S.17). Darunter fällt ergo auch der Beitrag der Klinischen Sozialarbeitsexpertise als spezialisierte Fachsozialarbeit. Ferner geht aus der Historie hervor, dass die Soziale Arbeit im psychiatrischen Setting hinsichtlich jeglicher Ziel- und Altersgruppen (psycho-)therapeutische Arbeit leisten kann und darf, was wiederum als ein Spezifikum ihrer Expertise anzusehen ist. Pauls bezieht sich hierbei neben der Psychiatrie-Enquête auf Ausarbeitungen zum Psychotherapeutengesetz der 80er und 90er Jahre (vgl. ebd. 2013, S.127f.). Zudem ist in Konsequenz der Psychiatriereform und auf dem Fundament der Sozialpsychiatrie durch die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) und durch die Sozialpsychiatrie-

Vereinbarung die klinische Mitwirkung der Sozialen Arbeit im deutschen Psychiatriesystem gesichert (vgl. Geißler-Piltz et al. 2005, S.85ff.; vgl. Warnke 2011, S.68ff.).

Die Sozialpsychiatrie bildet hierbei die Schnittstelle zwischen psychiatrischem und sozialarbeiterischem Handeln (vgl. Sommerfeld et al. 2016, S.86ff.). Des Weiteren spielen sozialpsychiatrische Aspekte bei den psychisch kranken Heranwachsenden des Transitionsalters eine gravierende Rolle (vgl. Mehler-Wex 2017). Dadurch sind die entsprechenden sozialpsychiatrischen Bedürfnisse im Rahmen altersspezialisierter Einrichtungen effektiv zu bedienen (ebd. 2012, S.58). Die heute bedeutsamen Leitgedanken der sozialen Psychiatrie sind kongruent mit dem Gedankengut der (Klinischen) Sozialarbeit und eignen sich einwandfrei für die Psychiatrie des Transitionsalters: z. B. Sozialraumorientierung, Inklusion, Empowerment, Recovery, Salutogenese, Wohlbefinden, Prävention und bedürfnisangepasste Behandlung (vgl. Clausen; Eichenbrenner 2010, S.24ff.). Jene fanden z. T. im Verlauf der Arbeit schon Erwähnung oder werden in den folgenden Kapiteln noch konkreter im Kontext der Rolle der Klinischen Sozialarbeit in der Transitionspsychiatrie erläutert.

Auch Zimmermann hebt das optimale Einfügen der Klinischen Sozialarbeit mit all ihren Konzepten in die Sozialpsychiatrie hervor und schreibt ihr sogar die potenzielle Rolle einer sozialpsychiatrischen Leitprofession unter Kooperation mit anderen Berufsgruppen zu (vgl. ebd. 2008, S.215ff.). Im Rahmen dieses Kooperationskriteriums scheint eine ähnlich starke Position für die Klinische Sozialarbeit in der Transitionspsychiatrie denkbar. Unumstritten kristallisiert sich heraus, dass sich die besagte Profession aufgrund ihrer vier bzw. fünf psychiatrischen Funktionsbereiche der „Herausforderung Transitionspsychiatrie“ stellen muss und kann (vgl. Sommerfeld et al. 2016, S.179ff.; vgl. Homfeldt, Rademaker 2014, S.5ff. in 5.2). Die Aufgaben der Versorgung, der Behandlung bzw. sozialarbeiterischen Intervention in psychosoziale Verläufe, der Koordination und Vernetzung, der Prävention und der Gesundheitsförderung sind in einer gelingenden Übergangpsychiatrie in höchstem Maße gebraucht und verlangt.

Exemplarisch taucht die Prävention ebenso im Zusammenhang mit der Früherkennung/-intervention als „Gelingensprämisse“ in 4.1 auf. Es geht darum, dass Prodrome und Initialstadien erkannt werden, um zu verhindern, dass Be-

troffene lange unversorgt bleiben und erst später mit voll ausgeprägtem Krankheitsbild in der Erwachsenenpsychiatrie auffällig werden – v. a. wegen der hohen Persistenz früher psychischer Störungen bis ins Erwachsenenalter (siehe 3.ff.). Gleichmaßen wird einem „frühen Abfangen“ von Problematiken seitens der sozialarbeiterischen Praxis exorbitante Bedeutung verliehen (vgl. SA, Z.68f., Z.76f.). Die Sozialpsychiatrie bietet im präventiven Bereich viele Ansätze auf verschiedenen Ebenen (vgl. Fegert 2012, S.235ff.); auch sind spezielle Präventionsmaßnahmen bzw. -angebote für psychische Störungen explizit in der Adoleszenz und dem jungen Erwachsenenalter vorhanden (vgl. Kaess; Resch 2015, S.88ff.). In diesem Zusammenhang geht es darum, die Betroffenen für ein rechtzeitiges Entdecken von Auffälligkeiten adäquat zu erreichen und AnsprechpartnerIn wie WeitervermittlerIn zu sein (Pfennig; Klosterkötter 2014, S.1546f.). Dass hierzu der niedrigschwellige Zugang der Klinischen Sozialarbeit und ihre spezifische Netzwerkkompetenzen mehr als geeignet scheinen, wird sich in den nächsten beiden Unterkapiteln noch herausstellen.

Die Wichtigkeit eines frühzeitigen Handelns bei psychisch kranken jungen Menschen wurde u. a. bereits im Zuge der entwicklungspsychiatrischen Perspektive deutlich. Sie bildet einen weiteren Schnittpunkt der Klinischen Sozialarbeit mit dem Konzept der Transitionspsychiatrie. Letzteres konstituiert sich bekanntermaßen durch den Fokus auf der entwicklungspsychologischen Komponente und durch die Betrachtung von Gesundheit und Krankheit über die Lebensspanne (inklusive der Entwicklungsaufgaben und Lebensübergänge) (vgl. Fegert et al. 2015, S.151f. in 2.1). Alle diese transitionspsychiatrischen Aspekte finden derart im Kontext der Entwicklungspsychiatrie und dem entwicklungspsychopathologischen Verständnis dezidiert Beachtung (siehe 3.ff.). Jene Sichtweise ist somit im Rahmen der Transitionspsychiatrie als essentiell zu verzeichnen. Als gemeinsamer Blickwinkel eröffnet sie neue Perspektiven und Chancen für transitionspsychiatrisch tätige Professionen und begünstigt ein gelingendes Miteinander (vgl. Freisleder; Laux 2012, S.100f.). Mit der entwicklungspsychiatrischen Auffassung von psychischen Erkrankungen, einschließlich deren Entstehung, Verlauf und Behandlung, kann sich die Klinische Sozialarbeit im Zuge ihrer systemischen, kontextbezogenen Sichtweise sehr gut identifizieren und es gibt hier gewisse Parallelen und Überschneidungen. Die Übereinstimmung der Entwicklungspsychiatrie und der klinischen Fachsozialarbeit liegt beispielweise in ihrem ganzheitlichen Denken

und Herangehen; v. a. aber stehen die bio-psycho-soziale Perspektive, der „*person-in-environment*“-Ansatz und die salutogenetische Auffassung von Gesundheit und Krankheit damit in Einklang. Der Lebensverlaufaspekt fällt ferner bei der Veränderung des Kohärenzgefühls von der Adoleszenz zum Erwachsenenalter ins Gewicht (vgl. Antonovsky 1997, S.100ff.) und er findet im Zusammenhang mit dem nötigen Wissen, das Klinische SozialarbeiterInnen vorweisen sollten, explizit Erwähnung (vgl. Mühlum; Pauls 2005, S.8). Es sind ergo Überschneidungen der Klinischen Sozialarbeit mit der entwicklungspsychiatrischen Lebenslaufperspektive gegeben; die entsprechende Behauptung aus Hypothese eins ist damit zu bejahen.

Vor dem Hintergrund dieser entwicklungspsychiatrischen Sicht zeichnet sich aus den bisherigen Ausführungen eine deutliche Parallele ab: Die Veränderungsebenen der Transitions Klientel sind mit den drei Dimensionen der klinisch-sozialarbeiterischen Perspektive identisch. Demnach scheint sie auf Grund ihrer bio-psycho-sozialen Herangehensweise hervorragend dazu geeignet, die auf allen drei Ebenen miteinander verbundenen Entwicklungsspezifika einschließlich der Umfeldeinflüsse adäquat zu erfassen und zu berücksichtigen. Das multidimensionale, salutogenetische Verständnis von Gesundheit und Krankheit mit Fokus auf der sozialen Dimension komplettiert jene spezielle klinisch-sozialarbeiterische Behandlungsrichtung auf die psychisch kranken jungen Menschen und ihre Lebenswelt (siehe 5. ff.). Wie unter 2.1 in der Definition der Transitionspsychiatrie angedeutet, entspricht dies wiederum der Betrachtung von Gesundheit über die Lebensspanne, inklusive der so wichtigen Lebensübergänge. Die Klinische Sozialarbeit kann folglich mit ihrer Expertise für das bio-psycho-sozial-wechselwirkende Zusammenspiel die psychosozialen, pädagogischen und beruflichen Bedürfnisse der jungen Menschen im Transitionsalter optimal miteinbeziehen (siehe Kapitel zwei).

Ein letzter Schnittpunkt der Klinischen Sozialarbeit mit dem Konzept der Transitionspsychiatrie, der ihre Tätigkeit in diesem Bereich legitimiert und auf Basis dessen viele Ressourcen und Chancen gründen, ist die zu behandelnde Zielgruppe. Hahn und Gahleitner (2012, S.3, siehe 5. ff.) sprechen diesbezüglich wichtige Umstände an, unter welchen die Klinische Sozialarbeit das „eigentliche Mittel zur Wahl“ in der Behandlung ist. Demnach sind neben der Tatsache, dass eine reine Psychotherapie nicht mehr genügt, die nur schwierig zu erreichenden Adressaten entscheidend (ebd.). Jene Aspekte sind ebenso im

Kontext der Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters und hinsichtlich ihrer Klientel relevant. Unter Berücksichtigung des Zitats und der Definition ebendieser schwer erreichbaren Menschen (siehe 5.1), liegt es nahe, dass auch die jungen PatientInnen im Transitionsalter als die „*hard to reach*“-Zielgruppe der Klinischen Sozialarbeit bezeichnet werden können. Deshalb findet sich diese Vermutung auch in Hypothese zwei aufgenommen. So tragen neben der psychischen Erkrankung zwei weitere Aspekte dazu bei, dass sich die Transitions Klientel als schwer erreichbare Personen in komplexen Multiproblemlagen betiteln lassen. Wie Kapitel 3.2 und 3.3 bereits eingängig demonstriert haben, hat daran zum einen die bestehende Schnittstellenproblematik und Versorgungslücke im deutschen Gesundheitssystem eine große Mitschuld. Zum anderen sind hierfür die Phasen der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters mit ihren jeweiligen Entwicklungsaufgaben, Herausforderungen und den sich daraus ergebenden Versorgungsspezifika mit verantwortlich (siehe 3.1 und 3.2).

Es kann also von einem „Dazwischen“, einem „*feeling-in-between*“, in vielerlei Hinsicht die Rede sein: im Zusammenhang mit den Erkrankungsbildern (aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen und/oder dem erwachsenenpsychiatrischen Spektrum), bezüglich des Entwicklungsschritts von der Adoleszenz in das Erwachsenenalter und aufgrund der versorgungssystemisch-strukturellen „Lücke“ sowie rechtlichen Grenze zwischen Jugendlichen und Erwachsenen. Zudem sind die Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz meist nicht mit der Volljährigkeit abgeschlossen und die der „*Emerging Adulthood*“ kommen hinzu. Deren Bewältigung gestaltet sich im Vergleich zu früher heutzutage noch komplexer, wodurch beide Phasen per se herausfordernder geworden sind (siehe 3.1.1f.). Die KJP (=Kinder- und Jugendpsychiaterin) spricht diesbezüglich im Interview sogar von spezifischen „Übergangsthemen“ (vgl. KJP, Z.53ff., Z.90f.) und einem „orientierenden Zwischenbereich“ (vgl. ebd. Z.61f.). Denn gerade der zukünftige Lebensabschnitt kann bei den Heranwachsenden zu Angst, Überforderung, schlimmstenfalls zu psychischen Belastungen, Krankheiten und Krisen führen (vgl. ebd. Z.78ff., 92ff., siehe 3.1ff.). Dementsprechend ist das unter 2.2 nach Vollmer (2012, S.227f.) angesprochene Transitionsphasenmerkmal der erforderlichen Anpassung an vielfäl-

tigste Veränderungen innerhalb kürzester Zeit nicht unbedeutend. All das erschwert meist die Situation zusätzlich und kann komplexe Multiproblemlagen verursachen.

Es lässt sich folgern, dass die PatientInnen der Transitionspsychiatrie die Kriterien einer „*hard to reach*“-Klientel erfüllen und in den Zuständigkeitsbereich der Klinischen Sozialarbeit fallen. Jene Behauptung aus dem zweiten Hypothesenbündel ist ergo zu verifizieren. So deutet sich durch die erläuterten Grundlagen und Schnittpunkte der klinisch-sozialarbeiterischen Spezialisierung mit dem Konzept der Transitionspsychiatrie bereits an, dass jene Profession optimal geeignet, ja sogar prädestiniert, für die Versorgung der transitionspsychiatrischen Zielgruppe ist. Es wird sich in den nächsten beiden Unterkapiteln zeigen, ob und inwiefern besagte Fachsozialarbeit sowohl die klinischen Aspekte des „*hard to reach*“-Daseins als auch die strukturell-versorgungssystemische Komponente bedienen, sie durch ihre Ressourcen bereichern und somit Chancen eröffnen kann. Ihre fundamentalen Bezüge und Überschneidungen mit der Transitionspsychiatrie verdeutlichen und legitimieren unabhängig davon schon die immense Wichtigkeit einer klinisch tätigen Sozialarbeit – und, wie sich noch herausstellen wird, der explizit ausgebildeten Klinischen SozialarbeiterInnen – in der Übergangsversorgung junger Menschen mit psychischer Erkrankung.

7.1.2 Klinisch-behandlerische Ebene und Aspekte im Kontext des „direct practice“

Hypothese zwei enthält die Behauptung, dass die Klinische Sozialarbeit sowohl im direkten KlientInnenkontakt als auch darüber hinausgehend fähig ist, die transitionspsychiatrische Versorgung mit ihren Ressourcen zu bereichern und Chancen zu eröffnen. Deshalb sollen im Folgenden zunächst sämtliche Aspekte im Kontext des „*direct practice*“, also der Arbeit „am“ und mit der Klientel, darstellt werden.

Gemäß den Erkenntnissen aus den Experteninterviews konstituiert sich das sozialarbeiterische Aufgabenspektrum in der stationären Transitionspsychiatrie v. a. aus dem schulisch-beruflichen Bereich sowie einem reibungslosen Entlassmanagement mit nahtloser Weiterbehandlung (vgl. SA=Sozialarbeiterin, Z.127ff., Z.195ff.). Die Teilhabe an Bildung und Beruf für psychisch kranke

Jugendliche und junge Erwachsene und deren Problematik stellen auch Huck (vgl. ebd. 2015, S.195ff.) und Mehler-Wex (2012, S.57) im Rahmen der psychiatrischen Versorgung in den Fokus; dabei geht es in erster Hinsicht um eine Perspektivenplanung im persönlichen, heimischen Umfeld der Betroffenen. Das bestätigt auch der Tonus aus der Praxis: Demzufolge gibt es den jungen PatientInnen Selbstbewusstsein und schafft Identität, wenn eine für sie stimmige Zukunftsplanung in den Bereichen Schule, Beruf, Wohnung etc. für die Zeit nach der psychiatrischen Behandlung gesichert ist (vgl. KJP, Z.140ff.); denn insbesondere bei chronifizierten Heranwachsenden wurden besagte Themen meist in Mitleidenschaft gezogen (SA, Z.168f.). Jene Aussage stimmt vollkommen mit der in 3.1.2 beschriebenen Identitätssuche und Instabilität der Transitions Klientel in ebendiesen Bereichen überein (vgl. Arnett 2015, S.9). Die SA spricht sogar davon, dass es das primäre Ziel ist, die jungen Menschen bei Entlassung nicht wieder „genau in dasselbe soziale Loch zu setzen“ (SA, Z.307). Zur Herstellung von Stabilität während des stationären Aufenthalts und im Rahmen einer Anschlussbehandlung gilt es für die Jugendlichen und jungen Volljährigen ein „Netz“ aufzubauen, damit diese wieder „ins Leben starten“ (SA, Z.208f.) und in ein funktionierendes System einsteigen können (SA, Z.383f.). Fehlende Perspektiven und Tagesstrukturen erschweren ansonsten eine Alltagsmeisterung und erhöhen das Risiko einer Dekompensation (vgl. SA, Z.387ff.).

Neben den genannten Tätigkeitsbereichen, die die Soziale Arbeit in der stationären Transitionspsychiatrie generell abdeckt – geschildert von einer Sozialarbeiterin ohne klinische Spezialisierung – wird die Wichtigkeit der parallelen therapeutischen Bearbeitung, Aufarbeitung und Begleitung von ihr betont (vgl. SA, Z.151f., 159, 176). Wie nach Blankenburg (2008, S.217) in 4.1 zitiert, braucht es das „Hand-in-Hand-Gehen“ der pädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit. In welchem Maße das die grundständige Soziale Arbeit leisten kann, insbesondere weil Blankenburg betont, dass es dazu sehr erfahrene SozialpädagogInnen braucht, sei an dieser Stelle offen gelassen. Fakt ist, dass die Klinische Sozialarbeit mit ihren spezifischen Kompetenzen, den psychosozialen Behandlungsfähigkeiten (siehe 5.1f.) und durch ihre reflektierten Kenntnisse in Psychotherapie und deren Methoden durchaus auch im Zuge der therapeutischen Versorgungskomponente eine Bereicherung darstellt und ein großes Potenzial mitbringt.

So müssen laut Denner generalistische SozialarbeiterInnen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine gewisse Sach-, Methoden-, Team- und Selbstreflexionskompetenz sowie Fähig- und Fertigkeiten der Psychohygiene vorweisen können (vgl. ebd. 2008, S.292ff.). All das hat seitens der Klinischen Sozialarbeit für eine transitionspsychiatrische Tätigkeit ohne Frage ebenso vorhanden zu sein. Jene Qualifikationen sind in der Übergangpsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters aufgrund der spezifischen Bedarfe der Zielgruppe und der Tätigkeit in besagter „*treatment gap*“ aber nicht ausreichend. Die extrem herausfordernde Kombination in den Fällen der Transitionspsychiatrie besteht nämlich u. a. darin, dass es sich um junge Menschen handelt, bei denen einerseits viel Organisations- und Arbeitsaufwand anfällt, andererseits eine intensive Arbeit mit den PatientInnen selbst gefordert ist und vieles über ein reines „Antrag-Ausfüllen“ hinausgeht (vgl. SA, Z.487ff.). Für ebendiese komplexen Situationen scheint die Klinische Sozialarbeit aufgrund ihres genuinen sozialarbeiterischen Fundaments *und* der klinisch-fachlichen Spezialisierung prädestiniert. Sie bietet durch ihr psychosoziales Methodenrepertoires die Chance, therapeutisch wie alltagsbezogen zu arbeiten, da SozialarbeiterInnen mit vertieften therapeutischen Kenntnissen für jene schwer erreichbare Klientel spezifische Qualifikationen mitbringen (vgl. Beushausen 2014, S.21). Es gilt allerdings zu berücksichtigen, dass der Bedarf, ob es im Einzelfall mehr um das Formale und Organisatorische geht oder der Wunsch seitens der jungen PatientInnen nach intensiver therapeutischer Betreuung durch die Soziale Arbeit vorhanden ist, individuell variiert (vgl. SA, Z.192ff.). Dementsprechend ist ein fallbezogenes Handeln entgegen einem „Schema F“ an den Tag zu legen und unter dem Paradigma der Individualisierung zu arbeiten.

Diese Überlegungen implizieren jedoch nicht, dass die Klinische Sozialarbeit in der Lage ist, die Psychotherapie zu ersetzen. Gemäß dem Aspekt aus Hypothese zwei – im Folgenden zu verifizieren – hat lediglich ihre Expertise im Vergleich zur klassischen Psychotherapie oder anderen Professionen spezifische Ressourcen vorzuweisen. Dadurch bietet die besagte Fachsozialarbeit ihre ganz eigenen Chancen für einen unverzichtbaren Beitrag zu einer gelingenden Transitionspsychiatrie. So gibt es in Erinnerung an das Zitat nach Hahn und Gahleitner (2012, S.3), wann die Klinische Sozialarbeit das „eigentliche Mittel zur Wahl“ ist, neben der besagten „*hard to reach*“-Klientel eine zweite Bedingung dafür: eine rein psychotherapeutische Behandlung reicht nicht mehr aus

(ebd.) bzw. die Betroffenen in bio-psycho-sozialen Problem- und Krisenlagen können oder wollen diese nicht selbstständig in Anspruch nehmen (Gahleitner et al. 2010, S.293). Bei Beushausen und Pauls finden sich hierzu jegliche Aspekte, die die Klinische Sozialarbeit vielleicht der klassischen Psychotherapie voraus hat und was an Maßnahmen nicht unmittelbar von einer psychotherapeutischen Behandlung abgedeckt werden kann (vgl. Beushausen 2015, S.18ff.; vgl. Pauls 2013, S.178). Ebendiese klinisch-sozialarbeiterischen Stärken kann sich die besagte Profession mutmaßlich in der Transitionspsychiatrie zu Nutze machen.

Aus praktischer Sicht wird explizit die sozialarbeiterische Tätigkeit als Schnittstelle zwischen Theorie und Praxis bezeichnet (vgl. SA, Z.291ff.). Dabei geht es in erster Linie darum, dass die jungen psychisch kranken Menschen unterstützt werden, all das, was sie im geschützten, therapeutischen Setting gelernt haben, in der Realität, in der „harten Welt“ wie es die SA formuliert (ebd., Z.310), umsetzen (vgl. ebd. Z.294ff.). Somit liegt die Exposition, der Alltags-transfer, ein praktisches Angehen in den Händen der Sozialen Arbeit (vgl. ebd. Z.337ff.). Spezifisch jene „Transferleistungen“ in das Lebensumfeld der PatientInnen erfordern einen hohen zeitlichen Aufwand, der in einem erwachsenenpsychiatrischen Setting so nicht vorgesehen ist (Scheper 2012, S.50).

Das Herstellen von Alltagsnähe und -bezug unter dem Paradigma der Ressourcenorientierung stellt ergo nicht nur begrenzt auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine wichtige klinisch-sozialarbeiterische Aufgabe dar (vgl. Kirchweger 2010, S.276f.); es ist genauso als deren Beitrag in der Transitionspsychiatrie unabdingbar. Eine damit einhergehende Berücksichtigung der vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren sowie von Vulnerabilität und Resilienz ist dabei selbstverständlich. Letztere ist neben der von Kirchweger angesprochenen Ressourcenorientierung nicht nur im kinder- und jugendpsychiatrischen Setting (ebd., S.276), sondern ebenfalls im Transitionsalter hochgradig wichtig. In der Erwachsenenpsychiatrie spielen jene Aspekte allerdings eine untergeordnete Rolle (vgl. SA, Z.218ff.). Dabei ist insbesondere im jungen Erwachsenenalter der Resilienz besondere Beachtung zu schenken (vgl. Arnett 2015, S.291ff. in 3.1.2); das gilt es wohlweislich in die Behandlung und Therapie miteinzubeziehen. Auch kann die Zuständigkeit der Klinischen Sozialarbeit für die Unterstützung der Betroffenen hinsichtlich der Krankheitsbewältigung, dem individuellen Umgang mit dieser und ihren Folgen sowie eine Reflexion

all dessen, nicht nur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als relevant gelten (Kirchwegger 2010, S.276). All das ist ebenso in der transitionspsychiatrischen Versorgung zentral und beispielsweise durch Methoden der Psychoedukation machbar (vgl. Warnke; Lehmkuhl 2011, S.48).

Eine weitere sozialarbeiterische Ressource gegenüber traditioneller Psychotherapie hinsichtlich der Transitions Klientel wird von der SA darin gesehen, dass aus sozialarbeiterischer Sicht ein anderes, persönlicheres, „engeres“ Herangehen an die schwer erreichbaren jungen Erkrankten möglich ist: Es sind mehr Freiheiten gegeben, die außerhalb eines strikten therapeutischen Konzepts liegen, was oftmals ein besserer „Türöffner“ sein kann als ihn vielleicht TherapeutInnen zur Verfügung haben (vgl. SA, Z.321ff.). Die Klinische Sozialarbeit hat hier auf behandlerischer Ebene durch ihren niedrigschwelligen Ansatz und ihre ganzheitliche Perspektive die Chance, die jungen psychisch kranken Menschen auf eine Weise zu erreichen, wie es die Leistungen und Services der Psychotherapie oder Medizin nicht vermögen (vgl. Untersuchung von Lambert et al. 2013). Sie kann so versuchen, eine für dieses Entwicklungsalter typische geringe Behandlungsmotivation und Therapiezuverlässigkeit zu fördern. Wie in 7.1.1 bereits angedeutet, wird durch den niedrigschwelligen Zugang ebenfalls ein frühzeitiges Erkennen und Eingreifen bei psychischen Erkrankungen erleichtert.

Ferner ist die Fachsozialarbeit durch ihre Bedürfnisorientierung in der Lage, individuell auf die oft entwicklungs- und reifungsretardierten PatientInnen einzugehen und sie dort „abzuholen“, wo sie gerade stehen. Jene weisen meist deutliche Mängel hinsichtlich ihrer sozialen Fähigkeiten, der Autonomie und ihrer Sozialisation auf und haben bereits gewisse Psychiatriesystemerfahrung, was ein „Herankommen“ verkompliziert. Es kommt darauf an, dass individuelle, krankheitsbedingte und psychosoziale Bedürfnisse berücksichtigt werden, wie es Findorff und Kollegen (2016, S.19) für den medizinischen Transitionsbereich im BTP als Grundsatz festhalten (siehe 4.2). Die besagte Bedürfnisorientierung, die in der Arbeitsnatur der Klinischen Sozialarbeit liegt, ist dabei dacore mit der unter 4.1 zitierten Forderung einer funktionierenden Transitionspsychiatrie von Birchwood und Singh (vgl. ebd. 2013, S.1f.): „*matching the service to need*“. Hinzu kommt die Tatsache, dass die Soziale Arbeit mit den verschiedensten Themen der PatientInnen in Berührung kommt, wo das therapeutische Setting möglicherweise an seine Grenzen stößt (vgl. SA, Z.182,

Z.341ff.): Neue Medien, Sucht, Migration oder Fluchthintergrund erlangen hier – komorbid oder alleinig – auch im psychiatrischen Behandlungskontext zunehmend Relevanz (siehe 3.1.2ff.).

Ebendiese Aspekte verdeutlichen nochmals die Wichtigkeit des niedrigschwelligen Zugangs zu der schwer erreichbaren „*in-between*“-Klientel mit besonderen Versorgungsspezifika und -bedarf, die es für eine optimale transitionspsychiatrische Behandlung unbedingt zu berücksichtigen und adäquat aufzugreifen gilt; die besagte Herangehensweise kann die (Klinische) Sozialarbeit bieten, wie vielleicht keine andere Berufsgruppe. Neben der Niedrigschwelligkeit wurden just die Alltags- und Ressourcenorientierung der Klinischen Sozialarbeit genannt: Jene Maxime haben Klinische SozialarbeiterInnen zusammen mit der Reflexion von (Gegen-)Übertragungen in ihrem Habitus und ihrer Ausbildung verinnerlicht und sie gehen mit ihrer professionellen Haltung und ihrem Können einher (vgl. Pauls; Mühlum 2005, S.8). Ebenso sind es Prinzipien, die im Rahmen der Übergangopsychiatrie als fundamental gelten (vgl. Mehler-Wex 2017). Diese Überschneidung zeigt wiederum, dass es für die besagte Profession in der Transitionspsychiatrie viele Ansatzpunkte gibt. Durch ihren besonderen Zugang zur Klientel und ihr vertieftes methodisch-therapeutisches Wissen hat sie zahlreiche Handlungsmöglichkeiten – stets auf Basis einer tragfähigen personalen Arbeitsbeziehung und im Rahmen eines „*informed consent*“, um dadurch die Compliance zu steigern (Pauls; Mühlum 2005, S.8).

Insbesondere hinsichtlich der phasenspezifisch wichtigen Autonomieentwicklung und -förderung sind die sozialarbeiterischen Konzepte der Hilfe zur Selbsthilfe, des Empowerments und der Partizipation geeignet. Ziel ist es, einer „Semi-Autonomie“ (Seiffge-Krenke 2015, S.170) entgegenzuwirken und das Selbstbewusstsein und die Selbstwirksamkeit der jungen Menschen zu stärken (vgl. KJP, Z.160ff.; Huck 2015, S.35). Darin finden sich auch einige von Findorff et al. (2016, S.19) erarbeiteten Gelingensgrundsätze für medizinische Transitionsprogramme wieder, die ebenso im psychiatrischen Feld essentiell scheinen: die aktive Partizipation sowie das Nutzen und die Förderung der Selbstständigkeit und Selbstmanagementfähigkeit der Betroffenen (siehe 4.2). Dadurch können nicht nur Systemwechsel gut begleitet (Huck 2015, S.105), sondern die jungen PatientInnen gleichzeitig an die Kriterien des Er-

wachsende, z. B. Verantwortungsübernahme und Unabhängigkeit, herangeführt werden (vgl. Arnett 2015, S.15ff.). Dadurch ist trotz der in 2.2.2 und 3.1.2 beschriebenen Phänomene der „*Emerging Adulthood*“, einschließlich der Verkomplizierung und zeitlichen Verlängerung jener Phase und der länger andauernden „Beelterung“ (Seiffge-Krenke 2015, S.171), eine Individuation der Transitionsklientel realistisch. Dennoch muss immer berücksichtigt werden, dass die Eltern in besagtem Lebensabschnitt noch einen deutlichen Einfluss auf die Entscheidungsfreiheit der Betroffenen ausüben (vgl. SA, Z.238ff.). Entsprechende methodische Beispiele hinsichtlich der spezifischen, bedarfsorientierten Versorgung der jungen psychisch kranken Menschen in der Transitionspsychiatrie sind u. a. Strategien der Motivierenden Gesprächsführung (vgl. z. B. Sammelwerk nach Naar-King, Suarez 2012 oder Liechti 2010) und therapeutisch-pädagogische Skill- und Kompetenztrainingsmanuale für Nachreife, Autonomieförderung und Konfliktfähigkeit (vgl. Huck 2015, S.32ff.). Außerdem sind ein Training sozialer Kompetenzen sowie von alltags- und lebenspraktischen Fähig- und Fertigkeiten und einer eigenen Lebensführung – u. a. im Rahmen der Milieutherapie – essentiell. Viele dieser „Bausteine“ sind bereits in 4.1 im Zusammenhang mit dem Gelingensfaktor „*place*“ aufgeführt und stimmen auch mit den Aussagen (vgl. KJP, Z.148ff.; vgl. Z.179ff.) und Konzepten der Praxis (siehe 4.2) überein. All das sind exemplarische Elemente eines Behandlungssettings, das speziell auf die Heranwachsenden ausgerichtet zu sein hat. Ebendieses wurde nach Mehler-Wex (2012, S.56) unter 4.1 beschrieben; es ist neben der entwicklungspsychologischen bzw. -psychiatrischen Perspektive (Fegert et al. 2015, S.151) unabdingbar für eine erfolgreiche Transitionspsychiatrie – immer bedenkend, dass nicht nur die Erkrankung allein „behandlungsbedürftig“ ist. Insbesondere die klinische Fachsozialarbeit kann hier ihr Potenzial entfalten, indem sie von ihrer Fähigkeit gebraucht macht, bewusst ein adäquates Setting für psychosoziale Tätigkeit herzustellen und zu etablieren; dabei berücksichtigt sie jegliche Rahmenbedingungen (Pauls, Mühlum 2005, S.8; vgl. Pauls, Gahleitner 2011, S.521; Pauls 2013, S.179). So hat sie wiederum die Chance, das „*hard to reach*“- und „*in-between*“-Klientel des Transitionsalters auf ihre ganz eigene Art und Weise niedrigschwellig und zielführend zu erreichen.

Folglich kann die Klinische Sozialarbeit aufgrund ihrer einzigartigen Zugangs- und Arbeitsweise, ihrer Perspektiven, ihrer klinischen Kompetenzen und vertieften Kenntnisse sowie durch ihre psychosozialen Methoden einen essentiellen Beitrag zu einer gelingenden transitionspsychiatrischen Versorgung im Rahmen des „*place*“-Kriteriums leisten. Zudem ist sie bezüglich der Gelingensprämisse „*people*“ hervorragend dafür geeignet, in passender Weise mit den jungen psychisch kranken Menschen zu arbeiten und deren alters- wie entwicklungsabhängige Bedürfnisse und versorgungsspezifische Besonderheiten aufzugreifen. Darüberhinausgehend ist sie in der Lage, die Eltern bzw. im weiteren Sinne die Angehörigen und das soziale Umfeld der Betroffenen einzubeziehen. Hierbei ist nicht zu vergessen, dass v. a. bei „*hard to reach*“-KlientInnen den sozialen Faktoren bei der Problemgenese eine besondere Bedeutung zukommt (Beushausen 2014, S.21).

Die enorme Wichtigkeit der sozialen Bezüge und einem ganzheitlichem Prozedere im Transitionsalter wird analog von Seiten der Praxis betont (vgl. KJP, Z.15ff., Z.95ff.) – entgegen einer rein personenzentrierten, störungsspezifischen Arbeit. Dafür hat wohl keine Profession derart passende Ressourcen wie die Klinische Sozialarbeit; sie besitzt laut Pauls und Mühlum (2005, S.8) sogar explizit die Kompetenz dafür. Abgesehen davon, dass exogene Umfeldeinflüsse auf die neurologische Entwicklung wirken (siehe 3.1.1), geht die psychische Erkrankung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, v. a. wenn sie länger unbehandelt bleibt oder sich chronifiziert, meist mit einer massiven Verschlechterung verschiedenster Lebensbereiche (Schule, Freizeit, Soziales) einher (vgl. SA, Z.64ff.). Insbesondere das (soziale) Umfeld und die Wechselwirkungen der Betroffenen mit diesem tragen zu den schwer definierbaren Reifungskrisen bei und verkomplizieren die gesamte Lage (vgl. KJP, Z.84f.). Das zeigt aus der Forschungsperspektive auch die in 6.1 geschilderte höchstaktuelle Verlaufsuntersuchung nach Karow et al. (2017): Bei der Transitions Klientel gibt es einerseits einen hohen Anteil an frühen, gravierenden psychischen Erkrankungen und Komorbiditäten mit Belastungen im alltäglichen, sozialen und familiären Bereich; andererseits besteht ein fortlaufend hoher Bedarf an Unterstützung und Behandlung. Aufgrund all jener Gegebenheiten sind die jungen Betroffenen erneut als „*hard to reach*“-Klientel in psychosozialen Multiproblemlagen zu bestätigen und auf eine psycho-soziale Behandlung angewiesen.

Ebendiese Belastungsbereiche bieten im Kontakt mit den PatientInnen selbst wie im Rahmen von Lebenswelt-, Umfeld- und Elternarbeit, die auch bei jungen Volljährigen noch äußerst wichtig ist (SA, Z.487), für die Soziale Arbeit die Chance, auf verschiedenen Interventionsebenen anzusetzen. Primär die klinische Spezialisierung hat dazu die Expertise für die psychosoziale Behandlung, inklusive Beratung, Diagnostik und Therapie (vgl. Pauls 2013, S.177ff.; vgl. Sommerfeld et al. 2016, S.215ff.). Sie wird dabei von einem bio-psycho-sozialen Denken und der „*person-in-environment*“-Perspektive geleitet, handelt in individueller Abstimmung auf den Fall, die Situation, das Problem und die Bedürfnisse und geht kooperativ-partizipativ sowie dialogisch vor (siehe 5.1). Wie bereits mehrfach aufgezeigt, spielt insbesondere im Bereich der Diagnostik die soziale Dimension bei den Heranwachsenden im Transitionsalter eine große Rolle. Anlässlich dessen, dass die Klinische Sozialarbeit „die“ Profession für das Soziale darstellt, ist durchaus vorstellbar, dass sie durch sozial-diagnostische Methoden, exemplarisch aus dem Bereich der Netzwerkdiagnostik, z. B. mit Hilfe der Eco-Map oder Netzwerkkarte, einen wichtigen Beitrag hierzu leisten kann (für Details vgl. Pantucek 2013).

Im Resümee sind all die geschilderten Kompetenzen, fachlichen Fähigkeiten, spezifischen Herangehensweisen, Perspektiven, Modelle, Handlungsmaximen und Verständnisse der Klinischen Sozialarbeit als deren Ressourcen in der Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters zu sehen. Sie bieten somit viele Chancen und Möglichkeiten für den klinisch-sozialarbeiterischen Beitrag zu einer gelingenden Übergangsvorsorgung im klinisch-behandlerischen „*direct practice*“-Kontext und schreiben ebendieser Profession dabei eine tragende Rolle zu. In Konsequenz können auf Basis der Argumentationsstränge von 7.1.1 und 7.1.2 somit die entsprechenden Behauptungen der zweiten Hypothese endgültig bestätigt werden.

7.1.3 Strukturell-versorgungssystemische Ebene und „außer-klinische“ Aspekte

Neben den Stärken und Möglichkeiten, die die Klinische Sozialarbeit im klinisch-behandlerischen Spektrum der transitionspsychiatrischen Versorgung bietet, weist sie auch außerhalb des „*direct practice*“ Kompetenzen und Hand-

lungsmöglichkeiten dafür auf. Insbesondere ihre „außer-klinischen“ Ressourcen unterscheiden sie erneut von der klassischen Psychotherapie. So werden weitere Chancen eröffnet und Ansatzpunkte geliefert, wie eine Transitionspsychiatrie unter Mitwirkung der klinisch-sozialarbeiterischen Expertise besser gelingen kann. Die jungen PatientInnen sind nämlich nicht nur aufgrund der Erkrankung, der Entwicklungsphase und der eventuell multiproblematischen, sozialen Bezüge als ein „*hard to reach*“-Klientel „im Dazwischen“ zu sehen. Jene Betitelung passt ferner deshalb, weil die Betroffenen aus strukturellen und versorgungssystemischen Gründen im deutschen Gesundheitssystem aktuell drohen durch das Raster zu fallen; das bestätigt die nach Plener et al. zitierte Untersuchung (vgl. ebd. 2015, S.181) und wurde bereits in 7.1.1 angerissen. Bekanntermaßen befinden sich die Jugendlichen und jungen Erwachsenen zusätzlich zu der Entwicklungsschwelle zum Erwachsenenalter in einem „*in-between*“ hinsichtlich der beiden psychiatrischen Behandlungssysteme und deren Institutionen. Der gravierende Unterschied liegt darin, dass der Entwicklungsübergang eher fließend geschieht, im Kontext des Versorgungssystems aber die besagte „Transitionsücke“ besteht. Eine „Randposition“ in der psychiatrischen Versorgung verursacht also ebenso die schwierige Erreichbarkeit der Betroffenen.

Insbesondere durch ihre Netzwerkkompetenz und ihre Fähigkeit zur multiprofessionellen bzw. interdisziplinären Kooperation und Kommunikation (Pauls; Mühlum 2005, S. 8) hat die Klinische Sozialarbeit die Chance, zwischen den beiden Psychiatriesäulen als „Bindeglied“ zu fungieren. Sie ist durch die Transdisziplinarität ihrer Ausbildung sogar prädestiniert dazu (vgl. Geißler-Piltz et al. 2005, S.150f.), verbindend tätig zu sein. Dadurch kann sie sowohl in den transitionspsychiatrischen Kooperations- als auch in den Integrationsmodellen einen essentiellen Beitrag zu den Gelingensprämissen der Kommunikation, Multiprofessionalität, Interdisziplinarität und Vernetzung leisten (siehe 4.1). Demnach findet sich hier der Aspekt aus Hypothese zwei erneut bestätigt, dass die Klinische Sozialarbeit fähig ist, die Erfolgsfaktoren der Transitionspsychiatrie zu bereichern. Außerdem ist endgültig die Vermutung zu verifizieren, die sich bereits in 7.1.1f. abgezeichnet hat: Bei den PatientInnen der Transitionspsychiatrie handelt es sich um eine „*hard to reach*“-Klientel in vielerlei Hinsicht. Dafür hat die Klinische Sozialarbeit ohne Frage den

Versorgungsauftrag und es kann somit von einer Prädestinierung für jene Schnittstellentätigkeit gesprochen werden.

Damit einhergehend obliegt es der Klinischen Sozialarbeit über den „*direct practice*“ hinausgehend im Rahmen ihrer Netzwerkkompetenzen, sämtliche Professionen und beteiligte Helfer zu involvieren und zu vernetzen: Laut dem „*people*“-Gelingenskriterium ist neben den Betroffenen und deren Umfeld als dritte Gruppe das besagte Helfersystem für eine funktionierende Transitionspsychiatrie relevant. Für die erfolgreiche Gestaltung und Begleitung des Übergangs sind unter 4.1 exemplarisch konkrete Vorgehensweisen genannt worden (vgl. Huck 2015, S.105; Herpertz-Dahlmann, Herpertz 2010, S.1302). Hilfreich könnten dafür wiederum Instrumente der Sozialen Diagnostik sein, z. B. das „Ablaufdiagramm Interventionsgeschichte“: Falls es sich nicht um integrierte Lösungsmodelle handelt, wird damit den Weiterbehandelnden ein Überblick über die bisherigen Maßnahmen und Auffälligkeiten gegeben und eine nahtlos gelingende Anschlussversorgung gefördert (für Details vgl. Pantucek 2013). Der Tonus aus der Praxis bekräftigt die unbedingte Notwendigkeit von multiprofessioneller bzw. interdisziplinärer Vernetzung, Kooperation und Integration innerhalb der Transitionseinrichtungen sowie mit externen Partnern (vgl. SA, Z.176f., 188ff., 204ff., 360ff.) und allgemein zwischen Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie (KJP, Z.110f.). Um zu verhindern, dass die jungen psychisch kranken Menschen in die „Transitionslücke“ fallen und den zuständigen Berufsgruppen entgleiten, gilt es ergo, über die sozialen Bezüge und das Umfeld der Betroffenen hinausgehend, die beteiligten Helfer und Professionen für reibungslose Übergänge einzubeziehen. In jenem Kontext profitiert auch die anzustrebende Prävention und Früherkennung/-intervention psychischer Störungen von ebendieser Netzwerk- und Weitervermittlerkompetenz der Klinischen Sozialarbeit (siehe 7.1.1).

Die bisher noch nicht diskutierten Kategorien der vier P's für eine gelingende Transitionspsychiatrie, „*paper*“ und „*process*“, lassen sich etwas schwieriger auf die Klinische Sozialarbeit beziehen. Dennoch scheint der Aspekt „*paper*“, so wie er in dieser Arbeit verstanden wird, im Sinne einer informationellen-administrativen Tätigkeit, von sozialarbeiterischer Seite aus gut leistbar. Hierbei bedarf es aber nicht unbedingt einer klinischen Spezialisierung, sondern es scheint dafür die generalistische Soziale Arbeit zu genügen. Dagegen ergibt sich spezifisch für die Klinische Sozialarbeit im Punkt „*process*“ durch ihre

Kompetenzen in der prozessbegleitenden Evaluation sowie des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung eine Chance (Pauls; Mühlum 2005, S.8). Damit kann sie sich im Rahmen der Transitionspsychiatrie durch ihre Expertise und ihr Profil z. B. an der Standardisierung, Vereinheitlichung und Evaluation von psychiatrischen Übergangsprozessen und transitionspsychiatrischen Institutionen beteiligen, jene weiterentwickeln und verbessern.

Es kristallisiert sich zusammenfassend heraus, dass die Klinische Sozialarbeit nicht nur fähig ist, auf klinischer Ebene einen bereichernden Beitrag zur Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters zu leisten. Vielmehr hat sie auch Ressourcen und Kompetenzen im strukturellen, organisatorischen und vernetzenden Aufgabenbereich vorzuweisen, die sie zu einer Tätigkeit an der Schnittstelle zwischen den beiden Psychiatriesystemen prädestinieren. Die Richtigkeit dieser Behauptung wird durch die folgenden Argumente noch weiter gestützt: Aufgrund der nach Pauls und Mühlum (2005, S.8) geforderten Kompetenz der rechtlichen, ökonomischen und sozialpolitischen Versiertheit liegt es ebenso in der Hand der Klinischen Sozialarbeit, sich den strukturellen, rechtlichen, ethischen und gesundheitspolitischen Aspekten der transitionspsychiatrischen Problematik zu stellen (siehe 3.2f.). Durch jene Fähigkeit und durch die gesamten Ausführungen dieses Unterpunkts ist schlussendlich die Behauptung aus dem zweiten Hypothesenbündel bestätigt: Die Klinische Sozialarbeit kann sich auch außerhalb des klinischen „*direct practice*“-Bereichs den multifaktoriell bedingten Ursachen, Einflüssen und Herausforderungen der „Transitionslücke“ stellen. So ergeben sich abermals ganz eigene „außer-klinische“ Chancen und Möglichkeiten.

Dementsprechend gilt es im Interesse der jungen PatientInnen dem Ratschlag der WHO nach Karow und Kollegen (2013, S.636) zu folgen: „*Youth Mental Health*“ ist als essentieller Bestandteil der gesamten deutschen Gesundheitspolitik im Rahmen alters-, diagnose- und fachübergreifender Versorgung publik zu machen und zu etablieren. Einhergehend mit jener potenziellen „Vorantreiber“-Rolle hat die Klinische Sozialarbeit in der Transitionspsychiatrie dem Auftrag einer klienten- bzw. patientenbezogenen sozialen Anwaltschaft nachzukommen (vgl. Pauls; Mühlum 2005, S.8). Es ist ihre Aufgabe, die gesellschaftlichen und politischen Interessen psychisch Kranker zu vertreten – ganz abgesehen davon, dass dies als gemeinsame Verpflichtung der Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie gilt (Herpertz-Dahlmann; Herpertz 2010,

S.1300). Sie kann von ihrem sozialpolitischen und anwaltschaftlichen Mandat für ihre KlientInnen Gebrauch machen und es umsetzen, indem sie sich für mehr Handeln und Reaktion von Kostenträgern und Politik im Bereich der Transitionspsychiatrie einsetzt. Selbiges Engagement braucht es hinsichtlich des in 3.3 zitierten Gesetzesentwurfs zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen im Kontext der „*Care-Leaver*“ und der Transition.

Worin in den genannten Aspekten gleichzeitig mutmaßliche Grenzen liegen und inwiefern die Klinische Sozialarbeit zu alldem fähig und ausreichend selbstbewusst ist oder das vielleicht zunächst nur zukünftige Perspektiven und Wunschvorstellungen sind, wird sich in den nächsten beiden Kapiteln herausstellen. Abgesehen davon hat sich unter Berücksichtigung aller Erkenntnisse aus den Unterkapiteln von 7.1 und im Rahmen der Experteninterviews Folgendes gezeigt: Sowohl die SA (Z.291) als auch die KJP (Z.176f.) halten (klinisch-)sozialarbeiterisches Handeln an der Schnittstelle zwischen Jugend und Erwachsenenalter und deren Psychiatrien für exorbitant bedeutsam. Ansonsten kann eine transitionspsychiatrische Versorgung nicht erfolgreich funktionieren. Ohne eine professionelle Begleitung dieser kritischen Übergangsphase drohen „therapeutisches Niemandsland“ und eventuell eine weitere negative Entwicklung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit psychischer Erkrankung (Freisleider; Laux 2012, S.99). Dabei sind bewiesenermaßen sowohl die Schnittpunkte der Klinischen Sozialarbeit mit der Transitionspsychiatrie als auch die klinischen und „außer-klinischen“ Ressourcen und Kompetenzen besagter Profession unabdingbar und eröffnen einen chancenreichen Handlungsraum.

7.2 Limitation der klinisch-sozialarbeiterischen Expertise: Grenzen, Risiken und Defizite

Im Rahmen der kritischen Würdigung und Verortung der Klinischen Sozialarbeit in der Transitionspsychiatrie gilt es neben ihrer ausführlich dargestellten potenziell tragenden Rolle auch die Gegenseite zu beleuchten. So ergeben sich zu den Ressourcen und Stärken und den sich dadurch bietenden Chancen gleichzeitig auch einige Begrenzungen der klinischen Sozialarbeitsexpertise in der Übergangpsychiatrie, einschließlich gewisser Gefahren und Defizite.

Ganz grundlegend ist dabei auch die sozialarbeiterische Profession nicht vor der Mitverantwortlichkeit für „Bindungsbrüche“ gefeit, indem insbesondere an Schnittstellen z. B. Übergaben scheitern oder ein Negieren von Bedürfnissen erfolgt (vgl. Franzikowiak 2011, S.175), obwohl die Bedürfnisorientierung als fundamentales Paradigma der Klinischen Sozialarbeit gilt (siehe 5.1). Probleme und Risiken sind ebenso möglich, wenn die unter 4.1 erwähnte Wissensbasis als Voraussetzung einer gelingenden Transitionspsychiatrie (vgl. Fegert et al. 2015, S.152) auch seitens der Klinischen Sozialarbeit nicht vorhanden ist oder angeeignet wird. Dadurch kann es zu fachlichen Mängeln und rudimentären, ungenügenden Wissensständen kommen. Zudem wurde bereits deutlich, dass in der Theorie ein Defizit hinsichtlich der Auseinandersetzung mit den Begrifflichkeiten und dem Konzept der Transitionspsychiatrie besteht. Derartige Wissenslücken sind ebenfalls in der Praxis zu verzeichnen (vgl. SA, Z.87f., Z.101f.), wobei hier zusätzlich ungenügende Kenntnisse bezüglich einer optimalen psychiatrischen Versorgung der Transitions Klientel kritisiert werden (vgl. SA Z.111ff., Z.407f.). Das erschwert u. a. den KlinikerInnen eine erfolgreiche transitionspsychiatrische Tätigkeit.

Jener Praxiseindruck unterstützt den Teilaspekt der fünften Hypothese, dass die hohe Relevanz und Brisanz der Transitionspsychiatrie lange vernachlässigt wurde. Es ist zu ergänzen, dass die etwas weiter fortgeschrittenen wissenschaftlich-theoretischen Überlegungen auf diesem Feld bisher nicht ausreichend in der Praxis – auch in der der Klinischen Sozialarbeit – angekommen zu sein scheinen; hier besteht eine Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis. Die PraktikerInnen sehen verschiedene Gründe als ursächlich dafür, dass die Transitionspsychiatrie erst peu à peu an Bedeutung gewinnt; diese wurden z. T. bereits thematisiert: z. B. der verlängerte Ausbildungsweg (Fegert, Freyberger 2012, S.11 in 2.1.2) oder der Anstieg psychischer Störungen bzw. deren vermehrte Diagnostik (vgl. SA, Z.118ff.).

Weitere Einschränkungen der klinisch-sozialarbeiterischen Expertise in der Übergangpsychiatrie sind paradoxerweise in einigen „Gelingensbausteinen“ impliziert (siehe 4.1). Eine vernetzte, integrierte, sozialpsychiatrische Versorgung unter fachlicher Interdisziplinarität ist bekanntermaßen dafür unabdingbar (vgl. Fegert 2012, S.227; vgl. Andreae 2016, 2016a; vgl. Lüthi 2016). Demnach kann die Klinische Sozialarbeit alleinig die bestehende Schnittstel-

lenproblematik nicht lösen oder die Versorgungslücke schließen. Wie mehrfach betont, braucht es ein „Zusammenhelfen“ aller Berufsgruppen als „vernetzte Arbeiter“, da nur so die PatientInnen jener Altersklasse gut versorgt sind (vgl. KJP, Z.173, Z.185ff.). Hier kommt es darauf an, dass die Klinischen SozialarbeiterInnen, die im Feld der Transitionspsychiatrie arbeiten, genau wissen, wo die Grenzen ihrer Zuständigkeiten und Kompetenzen liegen (vgl. Pauls; Mühlum 2005, S.8). Sie müssen sich von Maßnahmen anderer Disziplinen, wie beispielsweise Psychiatrie, Psychologie oder Pflege, distanzieren bzw. bei Bedarf diese einleiten können (vgl. ebd.); das bestätigt ebenso die SA im Interview (vgl. SA, Z.358ff.). Fehlt es an der Fähigkeit, den eigenen Machbarkeits- und Zuständigkeitsbereich adäquat einzuschätzen, sind in der Konsequenz Abgrenzungs- und Kompetenzproblematiken möglich (vgl. ebd.). Das birgt das Risiko, dass die Klinische Sozialarbeit Gefahr läuft, sich zu überschätzen oder übergriffig zu werden und außerhalb ihres Auftrags handelt. Somit ist entscheidend, dass alle ihre spezifischen Charakteristika, ihre Ressourcen und Möglichkeiten, die sie insbesondere im Vergleich mit anderen Professionen hat, und die Chancen, die sie im Rahmen einer gelingenden Transitionspsychiatrie eröffnet, für sich alleinstehend nicht ausreichen. Sie kann und darf nicht die Aufgaben und Expertisen anderer Disziplinen übernehmen. Ergo ist nicht von einer „Therapeutisierung“ oder „Medikalisierung“, wie sie der Klinischen Sozialarbeit oft vorgeworfen wird, die Rede (vgl. Geißler-Piltz et al. 2005, S.99, 151f.), sondern lediglich von einem förderliche Beitrag ihrerseits im Transitions geschehen. Ebendieser Begrenzungen der eigenen Kompetenzen muss sie sich aber auch bewusst sein und jene fortlaufend reflektieren.

Folglich scheint ein Teil der dritten Hypothese bestätigt: Die Klinische Sozialarbeit kann keine „allmächtige“ Rolle einnehmen und nicht als „Patentrezept“ oder als „Schlüssel“ zu einer gelingenden Transitionspsychiatrie fungieren. Sie ist wie erwartet auf andere Professionen und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, Kooperation und Vernetzung angewiesen, was bereits unter den Gelingensfaktoren in Kapitel vier demonstriert wurde. Abgesehen von der Verifizierung dieser Vermutung gilt es, in selbigem Kontext noch einige Aspekte zu ergänzen, die erst von Seiten der Praxis Betonung fanden: So ergeben sich im Zusammenhang mit den transitionspsychiatrischen „Gelingensbausteinen“

auch extern und strukturell bedingte Schwierigkeiten und Grenzen für die Klinische Sozialarbeit.

Demzufolge misslingen gute Kooperationen zwischen der Kinder- und Jugend- und der Erwachsenenpsychiatrie manchmal aufgrund der strukturellen Machbarkeit (vgl. KJP Z.110ff.). Wie am Beispiel des FBZ Heidelberg dargestellt, liegt ein Scheiternsrisiko aber nicht nur im Bereich der Klinikkooperationen, sondern ebenso in der Vernetzung mit anderen Institutionen (Koch; Wolf 2014, S.459). Damit übereinstimmend wird aus sozialarbeiterischer Sicht die oft fehlende Bereitschaft zu Vernetzung und Zusammenarbeit von externen Partnern (Ämter, Weiterbehandler, andere Träger usw.) und deren mangelndes Entgegenkommen kritisiert (vgl. SA, Z.360ff., Z.393ff.). Daraus resultierend besteht das große Risiko, dass es zu einem „Stocken“ in der Behandlung der psychisch kranken Jugendlichen und jungen Erwachsenen kommt: Die Betroffenen sind überfordert, wenn für die Zeit nach einem stationären Aufenthalt nicht alles geregelt ist. Viele Vorhaben, die dann nicht mehr in den Händen der Sozialen Arbeit liegen, drohen so „im Sand zu verlaufen“ (vgl. ebd., Z.370ff.). Ohne Frage schaden jene Kooperations- und Vernetzungsdefizite letztlich einer optimalen Versorgung der Transitions Klientel und behindern deren reibungslose Behandlung (vgl. ebd., Z.398f.). Ebendiese Abhängigkeiten in der Zusammenarbeit sind nicht nur extern auszumachen, sondern auch innerhalb transitionspsychiatrischer Einrichtungen in einem multiprofessionellen Team gegeben. Das sozialarbeiterische Wollen und Handeln sowie die damit einhergehenden Ziele können durch eine Angewiesenheit auf die „Übergeordneten“, z. B. die TherapeutInnen, und deren Mangel an Vertrauen in die Kompetenz der SozialarbeiterInnen eingeschränkt sein (vgl. SA, Z.350ff.).

Darüber hinaus lassen sich weitere von außen einwirkende, strukturell bedingte Grenzen identifizieren, die tendenziell nicht dem Einfluss der (Klinischen) Sozialarbeit unterliegen. Trotzdem behindern sie ein erfolgreiches Agieren der Profession in der Übergangpsychiatrie. Es handelt sich dabei um fundamentale Probleme und Defizite der transitionspsychiatrischen Versorgung im deutschen Sozial- und Gesundheitssystem. Jenes funktioniert durch sogenannte „Fallzuweisungen“ zu einem bestimmten Systemteil, dessen Logik den Rahmen für mögliche Hilfeleistungen vorgibt und verengt – oft mehr als das Wohl der PatientInnen bzw. KlientInnen (vgl. Gahleitner et al. 2010,

S.293). In der Konsequenz folgt zum einen ein „Durchreichen“ der Betroffenen von Ressort zu Ressort, immer dem Risiko ausgesetzt, in die dazwischenliegende „*treatment-gap*“ – hier zwischen den beiden Psychiatriesystemen – zu fallen (vgl. ebd.). Zum anderen wird den psychosozialen Berufen ein kontexteingebundenes und vernetztes Arbeiten erschwert, obwohl das eigentlich die „Spezialität“ der Klinischen Sozialarbeit ist (vgl. ebd.). Hinzu kommt als Krux des ausdifferenzierten, multiprofessionellen Versorgungssystems, dass es für Laien wie für Professionelle oft schwierig ist, dessen Strukturen zu durchschauen und zur richtigen Zeit den zuständigen Ansprechpartner und das geeignete Setting zu wählen (vgl. Pfennig; Klosterkötter 2014, S.1548.).

Als weitere grundlegende Probleme sind die in der Bevölkerung fortwährend bestehende Stigmatisierung und geringe Anerkennung psychischer Erkrankungen (auch durch die Eltern) sowie ein diesbezüglich defizitärer Wissensstand zu nennen (ebd.; vgl. SA, Z.28ff.). Zudem sind entsprechende öffentliche Informationen und Angebote für psychisch Kranke im Transitionsalter häufig nicht vorhanden oder nur schwer zugänglich (SA, Z.19ff., Z.403ff.): Es besteht z. B. eine begrenzte Erreichbarkeit der Versorgungssysteme, wenn die Problematiken der Heranwachsenden nachts oder am Wochenende auftreten (vgl. Fegert; Freyberger 2012, S.14). Ebendiese Missstände erschweren in Kombination mit einem absoluten TherapeutInnenmangel (v. a. im ambulanten und Nachsorgebereich) und der langen Wartezeit auf einen Therapie- oder Behandlungsplatz in der Klinik, eine rechtzeitige Früherkennung/-intervention; sie führen zu Behandlungslücken und wirken sich negativ auf die Krankheitszeit aus (ebd.; vgl. SA, Z.42ff., Z.77ff.). Im Extremfall kommt es dazu, dass Betroffene erst mit 18 – dann bereits in der Erwachsenenpsychiatrie – initial aufgenommen werden (Mehler-Wex 2014, S.65). Zusätzlich zu der begrenzten Voraussagbarkeit des Verlaufs psychischer Störungen über die Lebensspanne (siehe 3.1.3 und 6.1) behindert all das auch die Klinische Sozialarbeit in einem präventiven und frühzeitigen Eingreifen und Behandeln junger Menschen mit psychischer Erkrankung im Transitionskontext. Obwohl von sozialarbeiterischer Seite beispielsweise die Sozialpsychiatrischen Dienste einiges abfangen, reicht das allein nicht aus. Drastisch ausgedrückt, müsste sich bereits in dem Moment, in dem die PatientInnen der Transitionspsychiatrie stationär aufgenommen werden, um eine ambulante Nachsorgetherapie gekümmert werden

(vgl. SA, Z.48ff.), was weder logistisch möglich noch behandlerisch sinnvoll scheint.

Demnach bietet die Klinische Sozialarbeit zwar eine niedrighschwellige, bedürfnis- und systemorientierte Herangehens- und Arbeitsweise und die Fähigkeit zur individuellen Settinggestaltung, die die Transitions Klientel dringend benötigen; auf diese Weise eröffnet sie vielerlei Chancen (siehe 7.1). Im selben Zuge wird sie aber von weiteren versorgungssystemischen Bedingungen und Mängeln eingeschränkt: Wie mehrfach aufgezeigt, gibt es in der Erwachsenenpsychiatrie keine transitionsspezifischen Angebote, die die jugendtypischen Themen und Bedürfnisse berücksichtigen (vgl. SA., Z.220ff., Z.244f.; vgl. KJP, Z.49ff.). Gleichzeitig herrscht ein Mangel an geeigneten „Zwischenangeboten“ (SA, Z.411ff., Z.421). Das trifft sowohl im psychiatrischen Kontext als auch z. B. hinsichtlich der beruflichen Möglichkeiten und Perspektivenplanung der psychisch kranken Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu (vgl. ebd., Z.427ff.). Es verkompliziert wiederum den Part der sozialarbeiterischen Behandlung, der sich mit der Berufsorientierung und der Zukunftsgestaltung beschäftigt: Neben Stigmatisierungsangst, Widerwillen und Unterforderung der TransitionspatientInnen können nicht passgenaue Hilfen die negativen Folgen sein (vgl. ebd.). Letztlich kommt es so zu einer Verschlechterung des Behandlungsergebnisses und der Compliance, um hier die Aussage von Herpertz-Dahlmann und Herpertz (2010, S.1302) aus 4.1 umzukehren.

Als weiterer Zwischenstand kann festgehalten werden, dass die Klinische Sozialarbeit in ihrer transitionspsychiatrischen Tätigkeit auch durch die Abhängigkeit und den negativen Einfluss externer Gegebenheiten unter ihren Möglichkeiten bleibt und ihr volles Potenzial nicht entfalten kann, was die entsprechende Vermutung aus der vierten Hypothese bestätigt. Diese große Zahl und Rolle von Einschränkungen, Defiziten und Risiken, die nicht von der Klinischen Sozialarbeit selbst ausgelöst werden oder zu verantworten sind und wo sie in vielerlei Hinsicht keine Veränderungshandhabe hat, wurden derart in der Hypothesenbildung allerdings nicht erwartet.

Zu besagten Grenzen, die von klinisch-sozialarbeiterischer Seite wenig beeinflussbar sind und die sie dennoch in ihrer transitionspsychiatrischen Tätigkeit tangieren, zählen ferner Problematiken der vorzeigewürdigen Einrichtungen der Übergangpsychiatrie. Hier ist den Experteninterviews und dem Fachvortrag exemplarisch zu entnehmen, dass es auch in altersübergreifenden Settings

in der Altersspanne „Ausreißer“ nach unten und oben gibt (vgl. SA, Z.264ff.). Ebendiese PatientInnen wären aufgrund ihres Entwicklungsstands und entsprechender Themen vielleicht noch besser in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder schon in der Erwachsenenversorgung aufgehoben, wodurch sie in den Transitionseinrichtungen deplatziert sind (vgl. ebd.). Allgemein können in derartigen Institutionen auch Ausschlusskriterien vorliegen, die gegen eine Aufnahme und Behandlung sprechen (z. B. Selbst-/Fremdgefährdung, internistische oder psychosomatische Aspekte, sprachliche Barrieren) (Mehler-Wex 2017).

Des Weiteren wirken sich die gesetzlichen und gesundheitspolitischen „Mitverursacher“ der Transitionsproblematik auf die (klinisch-)sozialarbeiterische Expertise in der Transitionspsychiatrie aus. Hierzu zählen bereits genannte Aspekte, wie die differierenden rechtlichen Konditionen der beiden Psychiatriesysteme und die gesetzlich starren Altersgrenzen (siehe 3.3). Letztere wurden seitens der Praxis abermals als äußerst problematisch betont (vgl. KJP, Z.45ff.). Ebenso in 3.3 aufgeführt, spielen die jeweiligen personellen Regelungen und die damit einhergehende inadäquate Versorgung der Transitions Klientel in der Erwachsenenpsychiatrie eine Rolle. Hinzu kommen die hohen finanziellen Kosten, die durch defizitäre psychiatrische Übergangsgestaltung entstehen und dem gesundheitspolitischen Paradigma der Kostenminimierung entgegensteuern (vgl. Gahleitner et al. 2010, S.293). Weitere Hindernisse für die (Klinische) Sozialarbeit in der Transitionspsychiatrie bestehen hinsichtlich der Personal- und Stellendeckung, die über den psychiatrischen Bereich hinausgeht: beispielsweise sind SchulsozialarbeiterInnen im Zusammenhang mit dem transitionspsychiatrischen Gelingensfaktor der Früherkennung/-intervention psychischer Störungen junger Menschen immens wichtig (vgl. Pfennig; Klosterkötter 2014, S.1547f.). Deutschlandweit ist deren Einsatz jedoch weder flächendeckend der Fall, noch gibt es dafür eine Verpflichtung oder einheitliche Handhabung (vgl. ebd.; vgl. Denner, S.67).

All das schränkt besagte Profession von Grund auf in einer adäquaten psychiatrischen Versorgung der Transitions Klientel ein und betrifft nicht nur das psychiatrische Arbeitsfeld. Insbesondere die gesetzlichen und gesundheitspolitischen Defizite sind dabei weniger als professionsspezifische Problematik zu sehen, da die klinischen FachsozialarbeiterInnen hierauf nur wenig Einfluss zu

nehmen vermögen. Wie in 7.1ff. beschrieben, ist es dennoch ihre Pflicht, dagegen einzutreten, sich zu engagieren und dafür zu plädieren, dass es hier zu Veränderung, Weiterentwicklung und Fortschritt kommt.

Damit geht die letzte hier zu erwähnende Sparte an Einschränkungen einher, die der Klinischen Sozialarbeit auch im Rahmen der Transitionspsychiatrie Schwierigkeiten bereiten könnten: die generellen Problematiken, die auf ihren Professionalisierungsstand, ihre berufliche Identität und ihren Habitus per se sowie gegenüber anderen Disziplinen zurückzuführen sind. Ihr fehlt in der psychiatrischen Versorgung trotz eines mittlerweile hohen Maßes an Eigenständigkeit und Professionalität ein eindeutiges klinisch-psychiatrisches Profil (Geißler-Piltz et al. 2005, S.52). Sicherlich ist sie aktuell bis zu einem gewissen Grad etabliert; inwiefern die klinisch-sozialarbeiterische Spezialisierung und Qualifikation aber in der Praxis „angekommen“, bekannt und verbreitet ist, scheint fraglich (siehe Hypothese fünf). Diese Zweifel stützt die Tatsache, dass in den beiden Experteninterviews der Begriff der Klinischen Sozialarbeit zunächst falsch verstanden und mit dem klassischen Kliniksozialdienst gleichgesetzt wurde (vgl. z. B. SA, Z.17, Z.278f.; KJP, Z.176ff.). Die Notwendigkeit zur Erklärung, Rechtfertigung und Legitimation der klinischen Spezialisierung besteht offenkundig auch im transitionspsychiatrischen Feld. Sommerfeld und Kollegen kritisieren in diesem Zusammenhang, dass die soziale Dimension oder eine (psycho-)soziale Diagnostik – explizite Stärken der Klinischen Sozialarbeit – im psychiatrischen Geschehen oft „unterbelichtet“ sind; gemäß den medizinischen Erwartungen stehen eher die Organisation und Versorgung im Sinne von „flankierenden Maßnahmen“ im Vordergrund (vgl. ebd. 2016, S.182). Eine behandlerische Tätigkeit, wie sie die Klinische Sozialarbeit zu leisten vermag (Geißler-Piltz et al. 2005, S.150), ist oftmals eher die Ausnahme, wodurch jene Profession schlussendlich unter ihren Möglichkeiten bleibt. Beushausen (2014, S.34) schreibt ihr, angelehnt an Pauls (2010), bezüglich einer „Mitbehandlung“ sogar ein „Nischendasein“ zu. Zudem ist die sozialarbeiterische Sparte im psychiatrischen Behandlungskontext gegenüber anderen Berufsgruppen oft in der Minderheit und wird als „Einzelkämpfertum“ empfunden (Denner 2008, S.66).

Weitere Widerstände und Widrigkeiten, mit denen sich die klinische Spezialisierung im professionsbezogenen Sinne und hinsichtlich ihrer beruflichen Identität generell konfrontiert sieht, liefern Geißler-Piltz et al. (vgl. ebd.,

S.151ff.). Jene Grundsatzfragen können für die klinisch-sozialarbeiterische Expertise in der Transitionspsychiatrie vermutlich ebenso zu weiteren Grenzen, Risiken und Defiziten führen; sie sollen jedoch hier keine weitere Erwähnung finden, da primär die naheliegenden Zusammenhänge aufgegriffen wurden.

Nichts desto trotz konnten Hinweise erarbeitet werden, dass die Klinische Sozialarbeit in der transitionspsychiatrischen Versorgung auch aufgrund ihrer geringen Verbreitung und Bekanntheit sowie durch ihr Berufsbild bedingt, unter ihren Möglichkeiten bleibt und somit ihr volles Potenzial (noch) nicht entfaltet. Diese Verifizierung aus der vierten Hypothese gilt es einzuschränken, da sie lediglich auf dem Wissenstand der vorliegenden Arbeit beruht. Bekanntermaßen konnten weder in der Theorie noch in den Experteninterviews explizite Aussagen speziell zur Klinischen Sozialarbeit im Transitionskontext eruiert werden. Dadurch bleibt ein großer Interpretationsspielraum.

Resümierend betrachtet bestätigen die Inhalte dieses Unterkapitels den übrigen Teil der dritten Hypothese: Wenn sich die Expertise der Klinischen Sozialarbeit den transitionspsychiatrischen Herausforderungen stellt und sich der geforderten Beitragsleistung zu einer optimalen Übergangsversorgung annimmt, wird sie mitunter an ihre Grenzen gelangen, gewisse Risiken eingehen und sich mit bestimmten Defiziten konfrontiert sehen. Besagte Limitationen können unterschiedlichster Gestalt sein: einiges hat die Profession selbst zu verantworten und in der Hand, z. B. das Nutzen, die Erweiterung, Abgrenzung und die Reflexion ihrer Kenntnisse und Kompetenzen sowie jegliche berufsbezogenen Aspekte. Dennoch unterliegt sie in mancher Hinsicht dem Einfluss äußerer Faktoren und Abhängigkeiten, wo sie trotz der vielen Möglichkeiten und Chancen nicht ihr volles Potenzial ausschöpfen, nur wenig bis nichts bewirken kann und somit an ihre Grenzen stößt.

7.3 Konsequenzen, weitere Bedarfsplanung und zukünftige Perspektiven in Wissenschaft und Praxis

Im diesem Unterpunkt sollen die Interpretation und Diskussion und damit die Beantwortung der Leitfrage zu einem Abschluss kommen. Dazu werden die Folgen und der noch bestehende Bedarf, der sich aus dem bisher Erarbeiteten

ergibt, sowie weiterführende visionäre Gedanken und Zukunftsperspektiven aufgezeigt. Impliziert sind neben allgemeinen Überlegungen auch Ideen, wie sich gewisse Ressourcen und Chancen der Klinischen Sozialarbeit in der transitionspsychiatrischen Versorgung besser nutzen und ausloten lassen, welche weiteren potenziellen Handlungsansätze denkbar scheinen und wie mögliche Grenzen umgangen werden können.

Ein höchstaktuelles Eckpunktepapier der DGKJP und DGPPN, das umfassend die Herausforderungen und potenziellen Lösungsansätze der Transitionspsychiatrie zwischen Jugend und jungem Erwachsenenalter präsentiert, liefert hierfür vielerlei Anhaltspunkte (vgl. Fegert et al. 2017, S.80ff.). Jene geben im Folgenden in abgewandelter Form Orientierung. Dabei werden sie an die vorliegende Themenstellung angepasst und durch die Ergebnisse der Arbeit sowie die Erkenntnisse aus Theorie, Wissenschaft und Praxis ergänzt und illustriert:

1. Entwicklung von alters-, fächer- und diagnoseübergreifenden, entwicklungspezifischen Angeboten in sämtlichen Settings der Transitionspsychiatrie im Rahmen komplementärer Versorgung und deren Übertragung auf das Versorgungssystem:

Besagter Bedarf hat sich im gesamten Theseverlauf zunehmend abgezeichnet und wurde erst jüngst von Karow et al. belegt (vgl. ebd. 2017 in 6.1). Demnach ist eine „*transitional care*“, wie sie in 2.1 für eine koordinierte, kontinuierliche Behandlung in kooperativen wie integrativen Modellen als notwendig beschrieben wurde (vgl. Paul et al. 2015, S.537), weiterhin eine Idealvorstellung, der sich das deutsche Gesundheitssystem annähern muss.

Es kristallisierte sich, nach Meleis et al. (2000) unter Kapitel zwei festgestellt, die Kontraproduktivität der starren, formalen Altersgrenzen heraus. Hierfür sind v. a. die Entwicklungs- und Versorgungsspezifika, das fließende „Ineinander-Übergehen“ der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters sowie die längere Bewältigungsdauer und zeitliche Verschiebung der Entwicklungsthemen, entgegen einer Erwachsenenrolle bei Volljährigkeit, verantwortlich. Ebenso kritisiert Kirk (2008, S.567), dass die Komponente der Entwicklungstransition meist vernachlässigt und das Transitionsgeschehen zu sehr auf den Wechsel der Versorgungssysteme reduziert wird, anstatt es ganzheitlich als einen Teil des Übergangs zum Erwachsenenalter zu begreifen. Jenes Defizit, das in Kirks Studie aus dem englischsprachigen Raum enttarnt wurde, zeigt sich

unter Berücksichtigung der bisherigen Ausarbeitungen ebenfalls im deutschen Versorgungssystem. Es gibt weitere Erkenntnisse, die gegen ein Festhalten an der Volljährigkeitsgrenze im Rahmen psychiatrischer Behandlung und eine „künstliche Trennung“ durch die Psychiatriesysteme sprechen: So wachsen sich psychische Störungen im Lebensverlauf nicht aus (vgl. Lambert et al. 2013 in 3.1.3) und die eindeutige Definition der Altersspektren der Adoleszenz, des jungen Erwachsenenalters und des Transitionsalters im Gesamtem ist nur in der Theorie möglich, praktisch aber wenig sinnvoll (Herpertz-Dahlmann; Herpertz 2010, S.1302).

Jene Kritik bestätigen auch die Stimmen aus der Praxis (vgl. SA, Z.448; vgl. KJP, Z.66ff.) und plädieren für eine offene, flexible Definition des Transitionsalters (vgl. KJP, Z.196ff.). Ebendiese wird vereinzelt auch in Deutschland in einigen „Pionier-Modelle“ angewandt (siehe 4.2). Um die beschriebenen „Mankos“ der Kinder- und Jugend- oder der Erwachsenenpsychiatrie gemäß dem Ziel einer optimalen Versorgung der jungen PatientInnen zu umgehen (vgl. SA, Z.220ff.; vgl. KJP, Z.113ff.), müsste es derartige Vorzeige-Einrichtungen weitaus häufiger geben (vgl. SA, Z.252f.; vgl. KJP, Z.206f.). So ist im Zuge einer „Herauslösung“ der Transitionspsychiatrie die Etablierung spezialisierter Angebote zur Bearbeitung von entwicklungsbedingten Übergangs- und Orientierungsthemen für den „Zwischenbereich“ notwendig (vgl. SA, Z.233ff., Z.261ff., Z.273f., Z.425ff., Z440ff., Z.450; vgl. KJP, Z.106f., Z.118f.). Damit ist aber keine eigenständige Adoleszenten- oder Transitionspsychiatrie als drittes System oder als neue Fachrichtung gemeint, obwohl jene Variante durchaus ihre Fürsprecher hat und diskutiert wird (vgl. Blankenburg 2008, S.216f.). Im Zuge der vorliegenden Arbeit wird jedoch primär der Standpunkt vertreten, dass so nur eine weitere problematische Schnittstelle geschaffen wäre (vgl. KJP, Z.119ff., Z.131ff.).

Ferner scheint für eine Realisierung dieses Eckpunkts eine Orientierung an den internationalen Fortschritten zum Thema der Übergangpsychiatrie für das deutsche Versorgungssystem essentiell. Problematisch ist, dass in der Bundesrepublik zumindest in der stationären psychiatrischen Versorgung nur etwa ein Drittel der kinder-, jugend- und erwachsenenpsychiatrischen Einrichtungen beim gleichen Träger verortet ist (Schepker 2012, S.38). Das erschwert wiederum eine übergreifende, integrative Lösung. Bayern bildet hier mit 50% der

gleichen Trägerschaft eine Ausnahme; damit geht eine dementsprechende Verantwortung des Bundeslandes für die Entwicklung von Konzepten, die beide Disziplinen umschließen, einher (ebd.) und es ist vielleicht von einer potenziellen „Vorreiterrolle“ zu sprechen. So bedarf es weiterer modellhafter Überlegungen, die über die bestehenden gemeinsamen Konzeptionen hinausgehen (vgl. Fegert; Freyberger 2012, S.14); es wäre z. B. die Implementierung von „Früherkennungsteams“ denkbar (vgl. Koch; Wolf 2014, S.459). Insgesamt geht es um die Entwicklung von neuen kooperativen Angeboten, bei denen im Rahmen einer entwicklungspsychiatrischen Verlaufsperspektive alters- und reifungsabhängige Besonderheiten Beachtung finden und gemeinsame Themen der beiden Psychiatriesysteme für ein frühzeitiges Handeln und Kooperieren entstehen (vgl. Fegert et al. 2017, S.83). Bei anzustrebender Verwirklichung der obigen Idealvorstellung sind sämtliche Qualitätsaspekte und Herausforderungen einer gelingenden Transitionspsychiatrie gemäß den Überlegungen aus den Kapiteln drei und vier zu berücksichtigen. Einige davon sind auszugsweise im Eckpunktepapier aufgegriffen (vgl. Fegert et al. 2017, S.84). Hinsichtlich der eben genannten notwendigen Kooperationen liefern Warnke und Lehmkuhl (2011, S.72) Visionen einer Intensivierung der zukünftigen Zusammenarbeit zwischen DGKJP und DGPPN durch institutionelle Verflechtungen. Koch und Wolf (2014, S.459) verweisen en Detail auf die notwendige Kooperation von allgemein- und kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken. Essentiell ist dabei stets die Rückbesinnung auf die gemeinsame Verantwortung beider Systeme für die jungen PatientInnen, die vielfach ihr Leben lang mit psychischen Erkrankungen kämpfen (Freisleder; Laux, S.105). Dabei gilt es zu beachten, dass nicht alle Kooperationsmodelle in jeder Versorgungsregion gleichermaßen adäquat und realisierbar sind (ebd.); deshalb muss ein Ausbau der Netzwerke und die Entwicklung geeigneter Finanzierungsmodelle stattfinden (vgl. Pfennig; Klosterkötter 2014, S.1548). Für eine Verstärkung und Förderung der Vernetzung würde ein häufigeres Zusammenkommen aller beteiligten „Helfer“ sorgen, so eine Idee aus der Praxis (vgl. SA, Z.364ff.). Huck nennt ferner Bausteine einer gelingenden Vernetzung von Psychiatrie und Jugendhilfe (vgl. ebd. 2015, S.200ff.). Eine Umsetzung und Etablierung der in diesem Eckpunkt verlangten transi-
tionspsychiatrischen Angebote ist ohne ein Umdenken in der Gesellschaft hin-

sichtlich psychischer Erkrankungen und vermehrter Aufklärungs- wie Öffentlichkeitsarbeit nicht realistisch (vgl. SA, Z.28ff., Z.39; vgl. Koch, Wolf 2014, S.459). Speziell für die Transitions Klientel bräuchte es im Rahmen jener Hilfen seitens der beteiligten Professionen und Settings gezielte Fachberatungsangebote, bessere Zugänge und öffentlich verfügbare Informationen, damit sie an adäquate Anlaufstellen geraten (vgl. SA, Z.19ff., Z.404f.). Es scheint ergo eine Art „Wegweiser“ nötig, um sich im „Dschungel des Versorgungsystems“, wie in 7.2 als deutliche Grenze beschrieben, zurechtzufinden. Aufgrund der bisherigen Erläuterungen dieses Abschnitts und der gesamten Arbeit verdichten sich die Hinweise auf eine Verifizierung der ersten Hypothese: Auf dem Weg zu einer erfolgreichen, z. T. noch entwicklungsfähigen und visionären Transitionspsychiatrie gilt es, umrahmt von einer entwicklungspsychiatrischen Perspektive, die in Kapitel drei genannten Ursachen der transitionspsychiatrischen Problematik, die implizierten Herausforderungen und die besagten Gelingenskriterien (siehe 4.ff.) miteinzubeziehen. Der hier modifizierte Titel des ersten Eckpunkts der DGKJP und DGPPN greift vieles davon auf und ist als Konsequenz, als Lösung und Ziel, von alldem zu verstehen. Dadurch bringt er die Vorstellung von einer optimalen Übergangsversorgung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen nochmals auf den Punkt.

2. Etablierung transitionspsychiatrischer Programme und Kenntnisse in Aus-, Fort- und Weiterbildung der beteiligten Professionen für eine spezifische Expertise:

Für die Realisierung jener Zielsetzung gelten die beschriebenen umfassenden Kooperationen zwischen den Psychiatriesystemen und deren Berufssparten ohne Frage als Voraussetzung; auch die Klinische Sozialarbeit ist dabei zu involvieren und zu beteiligen. Pfennig und Klosterkötter verweisen hierzu auf Schulungen, Seminare und Workshops, in denen neben der Aneignung von Störungswissen und Früherkennungskompetenzen die Vernetzung und eine Rollenklärung aller Beteiligten der Behandlungskette im Fokus steht (vgl. ebd. 2014, S.1547f.). Zudem gilt es auf die unter 6.1 erwähnten Fachtage und Tagungen zum Thema der Transitionspsychiatrie aufzubauen und deren Veranstaltung vermehrt zu fördern und voranzutreiben.

So erweisen sich transitionspsychiatrische Kenntnisse in den spezifischen Berufsgruppen und „Querschnittsbereichen“ als unabdingbar: beispielsweise sind

in der Forensik, wo zu der psychischen Erkrankung noch Delinquenz und multiple soziale Schwierigkeiten als Hochrisiken des Transitionsalters hinzukommen, ein dementsprechendes Wissen und die Berücksichtigung transitionspsychiatrischer Erkenntnisse enorm wichtig (vgl. Fegert et al. 2017, S.83). Denn die Betroffenen suchen selten eigenständig die Hilfen der Erwachsenenpsychiatrie auf oder nehmen sie nur schwer an; sie sind oft vorgeschichtlich traumatisiert und kinder- und jugendpsychiatrisch möglicherweise mit „Störungen des Sozialverhaltens“ diagnostiziert (vgl. ebd.). Für besagte „*Care Leaver*“ gilt es deshalb spezifische Angebote zu konstruieren (vgl. ebd.). In der Facharztausbildung im Bereich der Erwachsenen- oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie muss auf eine stärkere Berücksichtigung der Übergangsphase (vgl. ebd., S.84; vgl. KJP, Z.123ff., Z.195f.) sowie auf eine Fokussierung der Entwicklungsaufgaben hingearbeitet werden, um eine gemeinsame Transitionskompetenz und -expertise zu schaffen (Mayr et al. 2015, S.161). Somit scheint auch eine Ausbildung für die FachärztInnen mit dem Zusatz „Adoleszentenpsychiatrie“ als zukünftige Perspektive denkbar (ebd.). Bei der Entwicklung von Transitionsprogrammen können u. a. die Grundsätze des BTP nach Findorff et al. aus der Medizin eine Orientierungshilfe bieten: Neben den bereits in 7.1.2 erwähnten Aspekten der Individualität, der aktiven Beteiligung und der Selbstständigkeit braucht es dabei eine klare Zielorientierung, sodass alle Beteiligten mit den Zielen und Instrumenten der Maßnahme vertraut sind und eine dementsprechende Transparenz herrscht (vgl. ebd. 2016, S.19). Der aktuelle Bedarf an Etablierung, Verbreitung und Verbesserung transitionspsychiatrischer Programme, Kompetenzen und eines dementsprechenden Wissens, insbesondere auch in der sozialarbeiterischen Profession, bestätigt definitiv Folgendes: Wie in Hypothese vier und fünf angedeutet, hat das Gebiet der Transitionspsychiatrie entgegen seiner hohen Relevanz und Brisanz lange zu wenig Beachtung erfahren. So ist es bis heute nur rudimentär in die Praxis eingegangen, wie bereits die unter 7.2 thematisierte Theorie-Praxis-Diskrepanz gezeigt hat. Ebendiese Missstände führen u. a. dazu, dass die Klinische Sozialarbeit trotz ihrer Prädestinierung ihre transitionspsychiatrischen Möglichkeiten nicht vollends nutzt. Von der Umsetzung der Forderungen des zweiten Eckpunkts ist ergo ein Profit seitens der Klinischen Sozialarbeit zu erwarten, was schlussendlich dazu beiträgt, dass sie ihrer potenziell tragenden Rolle im Transitionsgeschehen besser gerecht werden kann.

3. Interdisziplinärer Forschungs- und Weiterentwicklungsbedarf:

Ein dringend bestehender Weiterentwicklungsbedarf auf dem Feld der Transitionspsychiatrie ist bereits in den beiden vorausgegangenen Punkten verdeutlicht und inhaltlich thematisiert worden. Damit die proklamierten Vorsätze und Ziele eine wirkliche Zukunftsperspektive bieten können, braucht es eine empirische Grundlage: Hierfür stellen entsprechende Forschungen unter dem Gebot der Interdisziplinarität ein Desiderat dar. Es gilt die identifizierte Forschungslücke, insbesondere auch im sozialarbeiterischen Kontext (siehe 6.1), zu schließen. Dafür wird neben dem angesprochenen Bedarf in der Verlaufsforschung nach (neurobiologischer) Grundlagen-, Versorgungs- und Interventionsforschung (Fegert et al. 2017, S.84) sowie nach der Beforschung bestehender Transitionsprogramme verlangt (vgl. Mayr et al. 2015, S.161). Im Zuge der Kooperationen der Erwachsenen- mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind für einen wissenschaftlichen Beitrag und zur Beantwortung fächerübergreifender Fragestellungen gemeinsame, interdisziplinäre Forschungsprojekte denkbar (vgl. Freisleder, Laux 2012, S.104f.; Resch, Weisbrod 2012, S.244). Des Weiteren scheint eine Beteiligung der klinisch-sozialarbeiterischen Expertise an den transitionspsychiatrischen Forschungen und Entwicklungen geboten, um der medizinischen Domäne ein „psychosoziales Gegengewicht“ zu bieten. Auf Basis jeglicher Ausführungen der vorliegenden Arbeit kann mit diesem Eckpunkt schlussendlich der unter Hypothese fünf vermutete Bedarf an Weiterentwicklung und Forschung als eindeutige Notwendigkeit, ja sogar als Pflicht, bestätigt werden: auf theoretischer und auf praktischer Ebene, international und v. a. im deutschen Versorgungssystem. Hinzuzufügen ist, dass sich die Klinische Sozialarbeit dabei mit ihrer Expertise selbstbewusst einbringen muss; die nötige Kompetenz und Fähigkeit ist, wie in 7.1 ausführlich erarbeitet, jedenfalls vorhanden.

4. Politischer Handlungsbedarf:

Die geforderte Weiterentwicklung sieht mitunter ein politisches Tätigwerden vor, was sich bereits im Unterkapitel 3.3 herauskristallisiert und später unter dem Gesichtspunkt der klinisch-sozialarbeiterischen Möglichkeiten Erläuterung gefunden hat. Zum einen ist hier Handlungsbedarf bezüglich der gesetzlichen Regelungen zu Teilhabe, Bildung und Beruf für die psychisch kranken Adoleszenten und jungen Erwachsenen gegeben, wofür es einer Abstimmung der komplementären Versorgungssysteme bedarf (vgl. Fegert et al. 2017,

S.83f.). Zum anderen gilt es für eine spezifische Forschungsförderung einzutreten (ebd.).

Die Stimmen aus der Praxis werden in ihren Vorstellungen hinsichtlich der zukünftigen Gesundheitspolitik deutlich präziser: so sind zunächst deutschlandweit mehr Behandlungsplätze für eine zeitnahe, flächendeckende Versorgung der jungen PatientInnen des Transitionsalters zu schaffen und es braucht eine größere Zahl an ambulanten Therapeuten (vgl. SA, Z.43ff., Z.55ff.). Damit geht die Forderung nach einem flächendeckenden Angebot an Früherkennungsinitiativen für psychische Störungen einher (vgl. Pfennig; Klosterkötter 2014, S.1548). Zur Realisierung und Etablierung all dessen ist es von gesundheitspolitischer Seite nötig, ausreichend finanzielle, personelle und organisatorische Mittel zur Verfügung zu stellen (vgl. KJP, Z.121ff., Z.181ff.). Im selben Zuge wird Kritik laut, dass sich die gesetzlichen Krankenversicherungen im Transitionsbereich besagter Versorgungslücke und Schnittstellenproblematik zu wenig bewusst sind und nur geringe Offenheit dafür zeigen (vgl. KJP, Z.208ff.). Um den hohen Informationsbedarf zu decken, müssen demnach die Aufklärung gegenüber den Geldgebern sowie die Unterstützung für das Feld der Transitionspsychiatrie vermehrt und verstärkt werden (vgl. ebd., Z.215ff.).

Unter Bezugnahme auf das Eckpunktepapier der DGKJP und DGPPN ergibt sich ergo ein großer Handlungs- und Entwicklungsbedarf: An manchen Forderungen wird bereits gearbeitet oder es sind zumindest adäquate Ideen und Ansatzpunkte vorhanden, bei anderen dagegen erscheint der Weg zu einer gelingenden Transitionspsychiatrie im deutschen Versorgungssystem noch lang. Eine Umsetzung der besagten zukünftigen Perspektiven und Postulate könnte einigen Herausforderungen der Transitionspsychiatrie und Ursachen der Transitionsproblematik aus Kapitel drei entgegensteuern. Auch die diesbezüglich in 7.2 beschriebenen extern und strukturell bedingten Einschränkungen der Klinischen Sozialarbeit vermögen dadurch minimiert zu werden; das wiederum würde den klinisch-sozialarbeiterischen Handlungsspielraum vergrößern. Auf Basis all dessen sind weitere Zukunftsvisionen speziell für die Klinische Sozialarbeit denkbar, die über ihre reine Legitimierung und Prädestinierung im Feld der Transitionspsychiatrie hinausgehen. So könnten die beschriebenen Ressourcen und Chancen vervielfältigt und ihr transitionspsychiatrischer Beitrag ausgeweitet werden.

Freisleder und Laux (2012, S.101) machen, ausgehend von kooperativen Modellen, den Vorschlag, dass es spezielle (ärztliche) Ansprechpartner für die „PatientInnen-Übergabe“ von der Kinder- und Jugend- in die Erwachsenenpsychiatrie in beiden Kliniken geben könnte, die rechtzeitig die notwendigen Versorgungsschritte steuern. Ob diese Posten ausschließlich von MedizinerInnen zu besetzen sind, ist zu überlegen. Aufgrund ihres Kompetenzprofils und ihrer zahlreichen Ressourcen und Möglichkeiten im Transitions geschehen (siehe 7.1) wäre die Klinische Sozialarbeit hervorragend für jene „Verlinkungsaufgabe“ geeignet.

Bekanntermaßen liegt ein weiteres klinisch-sozialarbeiterisches Potenzial in der sozialpsychiatrischen Tätigkeit; übereinstimmend mit dem ganzheitlichen Denken der besagten Profession sind im Rahmen der transitionspsychiatrischen Versorgung dementsprechend auch familienpsychiatrische Modelle zu favorisieren (Scheperker 2012, S.53). Im selben Zuge scheint es sinnvoll, aufsuchende Angebote und die „*Hometreatment*“-Behandlung verstärkt zu fördern (vgl. ebd., S.48ff.). Die Verlagerung der Behandlung schwerer psychischer Störungen in das häusliche Milieu, wie es z. B. im FBZ Heidelberg durch das mobile Bezugspersonensystem realisiert wird, betiteln Resch und Weisbrod als einen Zukunftstrend (vgl. ebd., S.245f.). Folglich können Elemente bestehender transitionspsychiatrischer Angebote hier Orientierung und Ansatzpunkte bieten und für neue Konzepte, Institutionen und Ideen der Versorgung genutzt oder in vorhandene Hilfen integriert werden. Dabei entstehen explizite Angriffspunkte für die Klinische Sozialarbeit und ihre Expertise, die sich auch in den erwähnten Transitionsprogrammen (siehe 4.2) identifizieren lassen: Beispielsweise sehen Varianten des „*Transition Programm Model*“, die v. a. in den USA und in Australien implementiert wurden und wovon weltweit „*Head-space*“ das bekannteste ist, eine ganzheitliche Versorgung durch multiprofessionelle Teams inklusive der „*social workers*“ vor (vgl. Vloet et al. 2011). Ähnlich enthält das „*Shared Management Framework*“ ein Transitionsteam und einen Transitionskoordinator in seinem Konzept, für dessen Stelle u. a. ausdrücklich SozialarbeiterInnen vorgeschlagen werden (vgl. ebd., angelehnt an Provincial Council of Maternal Child Health 2009).

Diese beispielhaften Bezüge verdeutlichen erneut, dass im Zuge des hohen Weiterentwicklungsbedarfs zukünftig zahlreiche transitionspsychiatrische Handlungspotenziale der Klinischen Sozialarbeit denkbar sind. Das stützt den

Teilaspekt der vierten Hypothesen, dass jene Fachsozialarbeit im Moment unter ihren Möglichkeiten bleibt. Des Weiteren ist zu überlegen, ob die Klinische Sozialarbeit, freiberuflich praktizierend oder ähnlich wie niedergelassene ÄrztInnen, nicht dazu in der Lage sein könnte, die Menschen mit psychischer Erkrankung in ihrer Lebenswelt als Dienstleistungsangebot an Krankenkassen bzw. an die Psychiatrie zu versorgen (Sommerfeld et al. 2016, S.190). Eine derartige Vision ist sicherlich ebenso im transitionspsychiatrischen Kontext denkbar; auf diese Weise ließen sich die prädestinierte Rolle der Klinischen Sozialarbeit in der Übergangsversorgung junger psychisch kranker Menschen sowie ihr professionelles Selbstbewusstsein stärken.

Um sich zukünftig im Transitions Geschehen zu behaupten, muss die Klinische Sozialarbeit selbst fortwährend eine eigene Veränderung, Etablierung, Verbreitung, Qualifizierung und Professionalisierung entgegen ihrem „Selbstwertproblem“ und der ständigen Legitimierung und Daseins-Rechtfertigung leisten. Sie ist auch im Transitionskontext in der Pflicht, sich insbesondere bei ihrer Zielgruppe der „hard to reach“-Klientel um eine (Weiter-)Entwicklung geeigneter Interventionsformen zu bemühen und zu einer Etablierung sozialarbeiterischer Tätigkeit in klinischen Feldern beizutragen (vgl. Gahleitner et al. 2010, S.292 nach Pauls, Mühlum 2005; vgl. Beushausen 2014, S.33.). Ein Blick in die Zukunft zeigt, dass eine bedarfsgerechte, vernetzte, psychiatrische Versorgung junger PatientInnen zunehmend auf bifokale und psychosoziale Angebote wie die der Klinischen Sozialarbeit angewiesen sein wird (vgl. Gahleitner 2010, S.297ff., angelehnt an Geißler-Piltz et al. 2005 und Pauls 2004). Hierbei bedarf es einer Gleichberechtigung des „psychosozialen Paradigmas“ gegenüber der medizinischen Komponente (vgl. Geißler-Piltz et al. 2005, S.150f.).

Weitere Schritte für mehr Anerkennung gegenüber anderen Professionen und hin zu besagter „ebenbürtiger“ Tätigkeit im (transitions-)psychiatrischen Geschehen könnten auch Untersuchungen zu spezifischen Wirkfaktoren der Klinischen Sozialarbeit sein (vgl. Beushausen, S.23ff.). Jene müssten über die empirisch ermittelten Wirkfaktoren nach Grawe hinausgehen oder diese ergänzen, obwohl dessen Ausarbeitungen durchaus für die besagte Fachsozialarbeit geeignet sind (vgl. ebd.). Trotz der Tatsache, dass die Soziale Arbeit im psychiatrischen Kontext zahlreiche „Baustellen“ vorweist, hat sie schlussendlich das Zeug dazu, sich hier in einem klinischen Verständnis zu profilieren und zu

professionalisieren (vgl. Sommerfeld et al. 2016, S.373ff., S.396ff.). Das würde sich zudem positiv auf die berufsbezogenen Grenzen ihrer transitionspsychiatrischen Tätigkeit (siehe 7.2) auswirken.

Resümierend gibt es, praktisch wie wissenschaftlich, für sämtliche Professionen und aus gesundheitspolitischer Sicht im deutschen Versorgungssystem noch viel zu tun, um sich dem Ziel einer gelingenden Transitionspsychiatrie anzunähern. Wie die hier abgewandelten Eckpunkte verdeutlichen, sind mittlerweile aber einige Perspektiven und Vorschläge vorhanden. Entscheidend ist, dass die Klinische Sozialarbeit im Rahmen all der genannten Konsequenzen und Zukunftsperspektiven sowie der weiteren Bedarfsplanung fähig, ja sogar verpflichtet ist, ihren Beitrag zu leisten. Dabei hat sie den Blick auf die hier angeklungenen Visionen zu richten – entgegen jeglicher professionsbezogener Identitäts- und Professionalisierungsdebatten. Nur so kann sie es schaffen, sich nicht eine Vernachlässigung einer so relevanten Thematik wie der der Transitionspsychiatrie und ihrer „*hard to reach*“-Klientel zum Vorwurf machen zu lassen.

8. Zusammenfassung

Bevor im Rahmen der Interpretation und Diskussion eine Antwort auf die Leitfrage der Arbeit, inwiefern die Expertise der Klinischen Sozialarbeit einen Beitrag zur Verbesserung der transitionspsychiatrischen Versorgungslücke und Schnittstellenproblematik leisten kann, möglich war, brauchte es eine gewisse Vorarbeit. Es galt zunächst, die „Transitionslücke“ mit all ihren Facetten und Berührungspunkten zu umreißen und in einem weiteren Schritt die Profession der Klinischen Sozialarbeit grob zu charakterisieren.

Zuvor wurden anfangs die relevanten Begrifflichkeiten und Definitionen diskutiert. Dabei kristallisierte sich heraus, dass die Bezeichnung der Transition sowie das Konzept der Transitionspsychiatrie insgesamt noch wenig etabliert und verbreitet sind. Elementar war ebenso, dass es für die Transitionsphase keine eindeutigen Altersmarker gibt, da Beginn und Ende der inkludierten Abschnitte der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters nach oben wie nach unten fließend sind. Zur Vereinfachung wurde jedoch von einem Altersspektrum von etwa 14 bzw. 15 bis etwa 26 bzw. 28 Jahren ausgegangen.

Eine weitere Erkenntnis bestand darin, dass die Jugendlichen und jungen Erwachsenen Übergänge auf verschiedenen Ebenen durchlaufen. Analog dazu wurden sämtliche Ursachen der Transitionsproblematik und die implizierten transitionspsychiatrischen Herausforderungen in verschiedenen Dimensionen beleuchtet. Es zeigte sich, dass zum einen die Entwicklungs- und Störungsspezifika der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters hierbei eine wesentliche Rolle spielen. Insbesondere in Kombination mit den phasentypischen psychischen Erkrankungen und dem heutzutage so komplex gewordenen Prozess des Heranwachsens und Erwachsenwerdens gelten sie als Mitverursacher der transitionspsychiatrischen Problematik. Des Weiteren sind verschiedene strukturell bedingte und versorgungsspezifische Gegebenheiten mitverantwortlich: die strikte Trennung in zwei Psychiatriesysteme mit ihren jeweiligen Versorgungsregelungen sowie die besonderen Ausgangslagen und Bedürfnisse der Transitions Klientel, die es unbedingt für eine optimale Übergangsversorgung zu berücksichtigen gilt. Zuletzt wird die Transitionsproblematik durch rechtliche, ethische und gesundheitspolitische Belange mitausgelöst. Neben ethisch relevanten Fragestellungen und Dilemmata sind hierbei der gesetzlich vorgeschriebene „Bruch“ bei Volljährigkeit und die Tatsache von Bedeutung,

dass seitens der Gesundheitspolitik zu wenig Handlungsanlass gesehen wird und ungünstige finanzielle bzw. personelle Konstellationen bestehen.

Nach der Aufdeckung sämtlicher Defizite der transitionspsychiatrischen Versorgungslücke und Schnittstellenproblematik, widmete sich der Abschluss der ersten theoretischen Passage den Bestimmungsgrößen einer erfolgreichen Transitionspsychiatrie. Es wurden zum einen „Transitionsbausteine“ und Gelingensfaktoren für kooperative wie integrative Modelle angeführt. Zum anderen erfolgte in eigener Überlegung die Erarbeitung von professionsübergreifenden Prämissen, die im Zuge eines partnerschaftlichen Nebeneinanders aller Berufsgruppen unter gemeinsamer entwicklungspsychiatrischer Perspektive eine funktionierende Übergangpsychiatrie fördern: Kooperation, Integration, Kommunikation, Multiprofessionalität bzw. Interdisziplinarität, Vernetzung und Prävention bzw. Früherkennung/-intervention. Jene „*Best Practice*“-Kriterien erhielten durch die Darstellung verschiedener nationaler und internationaler transitionspsychiatrischer Programme, Institutionen, Konzepte und Angebote eine Veranschaulichung und einen Praxisbezug. Zudem lieferten diese vorzeigewürdigen Beispiele weitere Anhaltspunkte, wie die psychiatrische Übergangsversorgung optimal gestaltet werden kann.

Der zweite Theorieteil konstituierte sich aus der Charakterisierung der Klinischen Sozialarbeit in ihren für den vorliegenden Kontext relevanten Zügen. Dazu galt es als erstes die wesentlichen klinisch-sozialarbeiterischen Eckpfeiler kompakt zu präsentieren: ihre Perspektiven, Herangehens- bzw. Arbeitsweisen, Handlungsmaximen, Grundprinzipien, ihren Behandlungsauftrag und die „*hard to reach*“-Zielgruppe. Als zweiter Schritt erfolgte eine Gegenstandsoperationalisierung: Die besagte Profession wurde hinsichtlich ihrer Berührungspunkte und Position im Kontext von psychischer Erkrankung und Psychiatrie betrachtet, wobei sich primär die Sozialpsychiatrie als wesentliche Anschlussstelle und fünf psychiatrische Funktionsbereiche herauskristallisierten. Der dritte und letzte Abschnitt diente schließlich der Zusammenführung der beiden theoretischen Pfade. Als Fundament für die darauffolgende Interpretation und Diskussion wurde zunächst der Stand der empirischen Forschung und des theoretischen Fachdiskurses zur Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters aufgearbeitet. Dabei zeichnete sich bereits eine hohe aktuelle Relevanz und Brisanz der Thematik ab. Gleichzeitig ver-

dichteten sich die Hinweise auf einen mangelhaften Forschungsstand und großen Forschungsbedarf sowie eine zu lange angehaltene Vernachlässigung des transitionspsychiatrischen Gebiets in der Wissenschaft und den fachlichen Auseinandersetzungen. Jene Erkenntnisse wurden in die anschließende Hypothesenbildung aufgenommen. Ebenso fanden darin Überlegungen zu einer gelingenden Transitionspsychiatrie und zu der potenziellen Rolle der Klinischen Sozialarbeit im Transitionsgeschehen bzw. ihren diesbezüglichen Limitationen Eingang; auch professionsbezogene Aspekte wurden berücksichtigt.

Darauf aufbauend galt es in der Interpretation und Diskussion der klinisch-sozialarbeiterischen Expertise im Rahmen der „Transitionslücke“ die aufgestellten Behauptungen und Vermutungen zu veri- oder zu falsifizieren und gegebenenfalls zu verändern. Hierfür wurden für eine Verortung der Klinischen Sozialarbeit im Transitionsgeschehen ihre wesentlichen Schnittpunkte mit dem Konzept der Transitionspsychiatrie herausgearbeitet: historische Berührungspunkte, das Konzept der Sozialpsychiatrie, die entwicklungspsychiatrische Perspektive, die Übereinstimmung der Transitionsebenen mit der biopsychosozialen Perspektive und die zu versorgende Zielgruppe der „*hard to reach*“-Klientel. Dadurch offenbarte sich die Prädestinierung der Klinischen Sozialarbeit zu einer transitionspsychiatrischen Tätigkeit.

Im Detail erfolgte anschließend die konkrete Erläuterung und Diskussion ihrer vielen Ressourcen und Chancen im Transitionsgeschehen, welche sowohl im klinisch-behandlerischen „*direct practice*“-Kontext als auch auf strukturell-versorgungssystemischer Ebene anzusiedeln waren – unabhängig von und im Vergleich mit anderen Professionen. Es zeigte sich, dass die klinische Fachsozialarbeit dazu fähig ist, sich den multifaktoriell bedingten Ursachen, Einflüssen und Herausforderungen der „Transitionslücke“ zu stellen und sämtliche „Gelingensbausteine“ zu bereichern. Somit konnten zusammenfassend weite Teile des ersten und zweiten Hypothesenbündels eine Verifizierung und in Manchem noch eine Ergänzung und Korrektur erfahren.

Aufgrund der intendierten kritischen Würdigung wurden ebenso Grenzen, Risiken und Defizite identifiziert, die die klinisch-sozialarbeiterische Tätigkeit in der transitionspsychiatrischen Versorgung limitieren. So ließen sich wiederum einige Behauptungen der dritten, vierten und fünften Hypothesengruppe bestätigen, wie z. B. dass die Klinische Sozialarbeit zweifelsohne kein alleiniges „Patentrezept“ für eine gelingende Übergangpsychiatrie darstellt, sie aber in

der transitionspsychiatrischen Versorgung derzeit unter ihren Möglichkeiten bleibt. Wie für viele andere Berufssparten gilt auch für diese Profession, dass die Relevanz und Brisanz jenes Themenfelds lange missachtet wurde. Eine neue Erkenntnis bestand darin, dass u. a. Einschränkungen existieren, die nicht berufsbezogen oder von der Profession selbst zu verantworten und beeinflussbar sind, sie aber in einer erfolgreichen transitionspsychiatrischen Tätigkeit behindern. Unabhängig davon konnten Hinweise gefunden werden, dass Fragen der Berufsidentität und die hierzulande erst zunehmend voranschreitende Professionalisierung und Verbreitung der Klinischen Sozialarbeit und ihrer Qualifikation ins Gewicht fallen.

Zum Abschluss des Interpretations- und Diskussionsteils wurde prospektiv ein Ausblick in die Zukunft gewagt. Im Rahmen dessen galt der vermutete (inter)nationale Bedarf an Forschung und Weiterentwicklung endgültig als gesichert, was den entsprechenden Part der fünften Hypothese bewahrheitete. Unter Orientierung am Eckpunktepapier der DGKJP und der DGPPN konnten diesbezüglich vielerlei Konsequenzen und Perspektiven für Wissenschaft und Praxis im Allgemeinen aufgezeigt und Aspekte der weiteren Bedarfsplanung vorgebracht werden. Dabei fanden sich die Ursachen der Transitionsproblematik und die transitionspsychiatrischen Herausforderungen sowie die notwendigen Gelingensfaktoren größtenteils berücksichtigt. Das führte zu einer Verifizierung dieser Vermutung aus Hypothese eins. Darüberhinausgehend wurden spezifisch für die klinisch-sozialarbeiterische Expertise weitere Visionen angedacht, die nicht nur einen Profit für ihren transitionspsychiatrischen Beitrag bedeuten würden. Vielmehr könnten auf der einen Seite ihre entsprechenden Ressourcen und Chancen noch verstärkt bzw. ausgebaut und den Limitationen entgegenwirkt werden. Auf der anderen Seite würden derartige innovative Überlegungen gleichzeitig ihrer Professionalisierung per se und ihrem Berufsbild zu Gute kommen, entgegen der so erneut bestätigten Annahme, dass die besagte Fachsozialarbeit im Transitionsgeschehen aktuell unter ihren Möglichkeiten bleibt – oder ihr vielleicht zu wenig zugetraut wird.

9. Conclusio und Fazit

Bevor es zu inhaltlichen Schlussfolgerungen und einem gesamten Resümee kommen soll, ist vorweg das methodologische Prozedere der Arbeit zu reflektieren. Wie einleitend erwähnt, fiel die Wahl auf eine Literaturarbeit mit praktischen bzw. empirischen Ergänzungen und Illustrationen entschieden. Begründet durch die Tatsache, dass es aktuell noch an Grundlagen- und Standardwerken zum Themengebiet der Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters mangelt, kann diese Entscheidung rückblickend als adäquat bewertet werden. Dennoch zeichnete sich insbesondere nach der Aufarbeitung des Forschungsstands und während der Experteninterviews ab, dass aus empirischer wie praktischer Sicht ein immenser Forschungsbedarf besteht und zahlreiche offene Fragen existieren – im Kontext der Klinischen Sozialarbeit und außerhalb davon. Dementsprechend wären methodologisch zum einen anderweitige, umfassendere qualitative Studien und quantitative Untersuchungen denkbar. Zum anderen scheinen Evaluationen und Weiterentwicklungen der bestehenden Transitionsprogramme und -konzepte sowie neue innovative Ansätze und Konzeptionen für diesen Bereich erstrebenswert – v. a. in Deutschland aber auch international.

Abgesehen von alldem, kann die vorliegende Ausarbeitung einen weitreichenden, fundierten Überblick über das vielschichtige Gebiet der Transitionspsychiatrie inklusive des notwendigen klinisch-sozialarbeiterischen Anteils bieten – mit der Einschränkung, dass die verwendeten Praxiseindrücke und die Veri- bzw. Falsifizierungen der Hypothesen in keiner Weise als allgemein repräsentativ gelten können.

Aus inhaltlicher Sicht lassen sich dennoch einige letzte Schlüsse ziehen: Bekanntermaßen sind die Ursachen der Transitionsproblematik und die damit einhergehenden transitionspsychiatrischen Herausforderungen multifaktoriell bedingt und auf verschiedensten Ebenen anzusiedeln; sie entstammen unterschiedlichsten Fachbereichen und Systemen und werden von noch weitaus mehr Professionen tangiert. Deshalb lautet das oberste Paradigma für eine gelingende Transitionspsychiatrie: Interdisziplinarität. Zum Wohl der jungen PatientInnen gilt es fachliche Antipathien und berufliche Vorurteile zu überwinden und sich der gemeinsamen Verantwortung für die vernachlässigte Transitions Klientel bewusst zu werden. Es muss sich ein Beispiel an den erfolgreich

funktionierenden transitionspsychiatrischen Programmen, Institutionen und Konzepten genommen und das Ziel einer professionsübergreifenden adäquaten psychiatrischen Transitionsversorgung angestrebt werden. Wie eingehend belegt, sind dafür all die „systemimmanenten“ Ursachen, Herausforderungen, Einflüsse und Gelingensfaktoren unter entwicklungspsychiatrischer Perspektive zu berücksichtigen. Es braucht ein Umdenken aller beteiligten Professionen und eine Distanzierung von der Illusion, dass es sich bei der Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters lediglich um einen gesundheitssystemischen Übergang handelt. Eine „Entpathologisierung des verlängerten Übergangs“ scheint so nicht nur hinsichtlich des aktuell vorherrschenden großen Entwicklungsdrucks der Heranwachsenden als Leitsatz denkbar. Gleichmaßen ist im strukturellen, versorgungsspezifischen, rechtlichen, ethischen und gesundheitspolitischen Kontext der Transitionspsychiatrie eine derartige Denkweise notwendig.

Damit jene Zielsetzungen und Visionen funktionieren, bedarf es der Verbindung der Expertisen sämtlicher Berufsgruppen – inklusive der der Klinischen Sozialarbeit. Wie eindrücklich erwiesen, ist das transitionspsychiatrische Gebiet für die klinisch-sozialarbeiterische Profession zweifelsohne eine Herausforderung, der sie sich aber stellen kann und muss. Sie passt aufgrund vieler gemeinsamer Schnittpunkte gut in die Transitionspsychiatrie und ist fähig, dort ihre zahlreichen Ressourcen adäquat einzusetzen und ihre Chancen zu nutzen. Ebenso hat sie sich ihrer diesbezüglichen Limitationen bewusst zu sein, muss diese reflektieren, akzeptieren und mit ihren Stärken kompensieren. Zuletzt muss sie sich der Verantwortung klar zu sein, die sie hinsichtlich einem gelingenden Miteinander einer erfolgreichen Übergangpsychiatrie sowie deren Voranbringen trägt. Dementgegen stehen aktuell die medizinisch-psychiatrische Domäne und die Unterrepräsentiertheit der Klinischen Sozialarbeit im Transitions geschehen. Ihr grundlegendes Selbstwert- und Anerkennungsproblem, Fragen der Professionalisierung und die identifizierte „Lücke“ zwischen Theorie und Praxis im noch jungen transitionspsychiatrischen Feld erschweren ein erfolgreiches Agieren zusätzlich.

Abgesehen von alldem und unter Berufung auf die Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit, ist der Klinischen Sozialarbeit eine Schlüsselrolle als transdisziplinäre Profession in der interdisziplinären Transitionspsychiatrie zuzutrauen – in vollkommener Übereinstimmung mit der Aussage von Pauls und Mühlum

(2005, S.8): Sie hat „die Fähigkeit (...) zur Integration des klinisch-sozialarbeiterischen Beitrags in das vorhandene professionelle Behandlungsnetz“.
Auf diese Weise können die Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit psychischer Erkrankung in der eingangs nach Koch zitierten so komplexen und vulnerablen Übergangsphase auf ihrer „Odysseus-Irrfahrt“ zum Erwachsenwerden (vgl. Koch 2016, S.34ff.) die notwendige Begleitung und Unterstützung erfahren – gemäß dem Hoffnung stiftenden Faktor, dass bei den jungen Menschen noch alles möglich und nichts verloren ist (vgl. KJP, Z.36f.).

Quellenverzeichnis

- Adams, Sally H. et al.** (2014): Prevalence and treatment of mental health and substance use problems in the early emerging adult years in the United State. Findings from the 2010 national survey on drug use and health. In: *Emerging Adulthood* 2 (3), S. 163–172.
- Andreae, Andreas** (2016): Integrierte psychiatrische Versorgung. Neuägeri/Zug, Schweiz (fmc Impulse Integrierte Versorgung, 4). Online verfügbar unter <http://fmc.ch/#sthash.aD-FsffMi.dpbs>, zuletzt geprüft am 12.11.2017.
- Andreae, Andreas** (2016a): Die Psychiatrie als Wegweiser. Neuägeri/Zug, Schweiz (fmc Impulse Integrierte Versorgung, 4). Online verfügbar unter <http://fmc.ch/#sthash.MjIdtzRS.dpbs>, zuletzt geprüft am 12.11.2017.
- Ansen, Harald** (2011): Klinische Sozialarbeit. In: Hans-Uwe Otto und Hans Thiersch (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. 4. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 796–802.
- Antonovsky, Aaron** (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dt. erweiterte Ausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Arnett, Jeffrey Jensen** (2015): *Emerging Adulthood. The winding road from the late teens through the twenties*. 2. Aufl. Oxford: Oxford University Press.
- Arnett, Jeffrey Jensen; Hughes, Malcom** (2012): *Adolescence and Emerging Adulthood. A cultural approach*. Edinburgh Gate, Harlow, Essex: Pearson Education Limited.
- Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PTK Bayern)** (2016): Fachtag „Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“ des Bayerischen Gesundheitsministeriums. Online verfügbar unter https://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/id/li_fachtag-psych-gh.html, zuletzt geprüft am 12.12.2017.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege** (2016): Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern. Hg. v. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, www.stmgp.Bayern.de. München. Online verfügbar unter http://www.aktiv-schauen.de/wp-content/uploads/2016/04/Bericht_G_Mein_barrierefrei.pdf, zuletzt geprüft am 24.10.2017.
- Beig, Ralf C.; Kölch, Michael** (2009): Adoleszenz und die Geschichte der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Jörg M. Fegert, Anette Streek-Fischer und Harald J. Freyberger (Hg.): *Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. Stuttgart: Schattauer, S. 5–13.
- Belfer, Myron L.** (2008): Child and adolescent mental disorders: the magnitude of problem across the globe. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49 (3), S. 226–236.

- Beushausen, Jürgen** (2014): Hard to reach Klienten - (Sozial-)Therapie 2. Klasse. Coburg: ZKS-Verlag (Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit).
- Binner, Ulrich; Ortmann, Karlheinz** (2008): Klinische Sozialarbeit als Sozialtherapie. In: Karlheinz Ortmann und Dieter Röh (Hg.): Klinische Sozialarbeit. Konzepte, Praxis, Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, S. 71–87.
- Birchwood, Max; Singh, Swaran P.** (2013): Mental health services for young people: matching the service to the need. In: *The British Journal of Psychiatry* (202), S. 1–2.
- Blankenburg, Barbara** (2008): Debatte Pro & Kontra: Bedarf für eine eigenständige Adolozentenpsychiatrie und -psychotherapie. A need für Independent Adolescence Psychiatry and Psychotherapy. In: *Psychiatrische Praxis*, S. 216–218.
- Blum, Edith; Frey, Conrad** (2013): Chancen und Risiken einer altersunabhängigen psychiatrischen Versorgung. Erwachsene, Kinder und Jugendliche innerhalb der gleichen psychiatrischen Institution. In: Jürgen Liechti und Monique Liechti-Darbellay (Hg.): Null Bock auf Therapie. Die Bedeutung familiärer Ressourcen in der Therapie mit Jugendlichen. Heidelberg: Carl-Auer Verlag, S. 213–237.
- Blum, Robert Wm. et al.** (1993): Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. Position paper of the Society for Adolescent Medicine. In: *Journal of Adolescent Health* 14, S. 570–576.
- Bohleber, Werner** (2011): Grundzüge adoleszenter Entwicklung: Psychoanalytische Perspektiven. In: Peter J. Uhlhaas und Kerstin Konrad (Hg.): Das adoleszente Gehirn. Stuttgart: Kohlhammer, S. 61–74.
- Bosshard, Marianne et al.** (2013): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. 5. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Bühler, Anneke** (2011): Risikoverhalten in der Jugend. In: Peter J. Uhlhaas und Kerstin Konrad (Hg.): Das adoleszente Gehirn. Stuttgart: Kohlhammer, S. 189–205.
- Bürgerliches Gesetzbuch:** § 2 BGB Eintritt der Volljährigkeit. Online verfügbar unter <http://www.buergerliches-gesetzbuch.info/bgb/2.html>, zuletzt geprüft am 08.10.2017.
- Casey, BJ et al.** (2008): The adolescent brain. In: *Annals of the New York Academy of Sciences* (1124), S. 111–126.
- Claus, Armin** (2015): Rechtliche Grundlagen. In: Gerd Lehmkuhl, Fritz Poustka, Martin Holtmann und Hans Steiner (Hg.): Praxishandbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie. Göttingen: Hogrefe, S. 90–107.
- Clausen, Jens; Eichenbrenner, Ilse** (2010): Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielformen, Hilfeformen. Stuttgart: Kohlhammer.

- Coleman, Eric A.; Berenson, Robert A.** (2004): Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. In: *Annals of Internal Medicine* 141 (7), S. 533–536.
- Costello, Jane E. et al.** (1996): The Great Smoky Mountains Study of Youth: goals, design, methods and the prevalence of DSM-III-R disorders. In: *Archives of General Psychiatry* 53 (12), S. 1129–1136.
- Denner, Silvia** (2008): Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit mit psychisch kranken und seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen - ein Überblick. In: Silvia Denner (Hg.): *Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 57–67.
- Denner, Silvia** (2008): Fachliche Kompetenzen und professionelles Selbstverständnis in der Sozialen Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. In: Silvia Denner (Hg.): *Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 291–298.
- Department of Health/Child Health and Maternity Services Branch** (2006): *Transition: getting it right for young people. Improving the transition of young people with long term conditions from children's to adult health services*. London: Department of Health.
- Essau, Cecilia A. et al.** (1998): Häufigkeit und Komorbidität psychischer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 46 (2), S. 105–124.
- Fegert, Jörg M.** (2012): Sozialpsychiatrie. In: Jörg M. Fegert, Christian Eggers und Franz Resch (Hg.): *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 225–239.
- Fegert, Jörg M.; Freyberger, Harald J.** (2012): Neue Entwicklungen in der Adoleszenzpsychiatrie und -psychotherapie. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 60 (1), S. 11–14.
- Fegert, Jörg M.; Kölch, Michael** (2017): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (Kinder - und Jugendstärkungsgesetz – KJSG). Abgestimmte Stellungnahme von Prof. Dr. Jörg M. Fegert (geladener Einzelexperte bei der Anhörung am 19.06.2017 im Familienausschuss) und dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinder - und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP). Online verfügbar unter https://www.bundestag.de/blob/510688/f47a98e0d05c68bb2fadcb8395920623/18-13-123j_fegert-data.pdf, zuletzt geprüft am 11.11.2017.
- Fegert, Jörg M.; Plener, Paul L.** (2014): *Psychiatrie des Transitionsalters*. 2. Drei-Länder-Tagung, 18.11.2014. Online verfügbar unter http://www.uniklinik-uhl.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Flyer/2014_Transition.pdf, zuletzt geprüft am 12.12.2017.

- Fegert, Jörg M.; Resch, Franz** (2012): Ätiologische Modelle. In: Jörg M. Fegert, Christian Eggers und Franz Resch (Hg.): *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 115–130.
- Fegert, Jörg M.; Resch, Franz** (2012a): Risiko, Vulnerabilität, Resilienz und Prävention. a. In: Jörg M. Fegert, Christian Eggers und Franz Resch (Hg.): *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 131–142.
- Fegert, Jörg M. et al.** (2015): Transitionspsychiatrie des Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 63 (3), S. 151–153.
- Fegert, Jörg M. et al.** (2017): Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie. Eckpunktepapier von DGKJP und DGPPN. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 45 (1), S. 80–85.
- Findorff, Jana et al.** (2016): Das Berliner Transitionsprogramm. Sektorübergreifendes Strukturprogramm zur Transition in die Erwachsenenmedizin. Berlin: de Gruyter.
- Flammer, August** (2009): Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz. In: Jörg M. Fegert, Anette Streek-Fischer und Harald J. Freyberger (Hg.): *Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. Stuttgart: Schattauer, S. 92–104.
- Forbes, Angus et al.** (2001): A multi - method review to identify components of practice which may promote continuity in the transition from child to adult care for young people with chronic illness or disability. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). Online verfügbar unter <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.466.3915&rep=rep1&type=pdf>, zuletzt geprüft am 12.12.2017.
- Franzkowiak, Peter et al.** (2011): *Lehrbuch Gesundheit*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Freisleder, Franz Joseph; Laux, Gerd** (2012): Psychisch kranke Jugendliche werden erwachsen: aktuelle Entwicklungen, Versorgungs- und Kooperationsstrukturen. In: Stefan Raueiser und Michele Noterdaeme (Hg.): *Netzwerke und Übergänge. Kinder- und Jugendpsychiatrie vor aktuellen Herausforderungen*. Grizeto Verlag, Irsee. Irsee: Grizeto Verlag, S. 95–105.
- Gahleitner, Silke Birgitta et. al** (2010): Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Gedanken zu einer bedarfsgerechten Versorgung aus der Perspektive der Klinischen Sozialarbeit. In: Silke Birgitta Gahleitner und Gernot Hahn (Hg.): *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen*. Bonn: Psychiatrie Verlag (Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, 3), S. 291–303.
- Geißler-Piltz, Brigitte et al.** (2005): *Klinische Sozialarbeit*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag (Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, 7).

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015): Faktenblätterübersicht der HBSC-Studie. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_login?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=14467, zuletzt geprüft am 12.12.2017.

Gießelmann, Kathrin (2016): Entwicklungsspezifische Angebote. In: *Deutsches Ärzteblatt* 113 (8), S. 356–357.

Grabe, Hans Jörgen; Schmidt, Martin H. (2009): Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter. In: Jörg M. Fegert, Anette Streek-Fischer und Harald J. Freyberger (Hg.): *Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. Stuttgart: Schattauer, S. 222–227.

Hahn, Gernot; Gahleitner, Silke Birgitta (2012): Editorial um Themenschwerpunkt "Klinische Sozialarbeit und Psychotherapie". In: *Klinische Sozialarbeit, Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung* 8 (4), S. 3.

Hebebrand, Johannes (2010): Quo vadis, Kinder- und Jugendpsychiatrie? In: Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Klinikverbund und Heilpädagogische Hilfen (Hg.): *Psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Anforderungen an ein vernetztes Hilfesystem*. Köln, 18.11.2009, S. 42–66.

Herpertz-Dahlmann, Beate; Herpertz, Sabine C. (2010): Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie. Eine Kooperation über die Lebensspanne. In: *Der Nervenarzt* 11 (81), S. 1298–1305.

Herpertz-Dahlmann, Beate et al. (2013): Erwachsenwerden ist schwer. Psychische Störungen in der Adoleszenz 110 (25), S. 432–441.

Hintzpeter, Birte et al. (2014): Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten. Ergebnisse der BELLA-Studie. In: *Kindheit und Entwicklung* 23 (4), S. 229–238.

Hölling, Heike et al. (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu zwei Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). In: *Bundesgesundheitsblatt* 57, S. 807–819.

Homfeldt, Hans Günther (2014): Soziale Arbeit und Gesundheit. In: *Klinische Sozialarbeit, Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung* 10 (3), S. 4–6.

Huck, Wilfried (2015): Wahnsinnig jung. Junge Erwachsene zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag.

Hurrelmann, Klaus; Quenzel, Gudrun (2012): *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*. 11. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Jacobi, Frank et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: *Der Nervenarzt* 85, S. 77–87.

Jungmann, Joachim; Roosen-Runge, Gotthard (2004): Integrative Organisationsstrukturen zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Projekt 2001-2003 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Aachen: Shaker Verlag.

Kaess, Michael; Resch, Franz (2015): Prävention psychischer Störungen in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter. In: Wulf Rössler und Vladeta Ajdacic-Gross (Hg.): Prävention psychischer Störungen. Konzepte und Umsetzungen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 88–98.

Kaess, Michael et al. (2015): Das Heidelberger Frühbehandlungszentrum für junge Menschen in Krisen - ein Modell zur kooperativen Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 63 (3), S. 175–180.

Karow, Anne 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". In: *Fortschritt der Neurologie Psychiatrie* 81, S. 628–638.

Karow, Anne et al. (2017): Alters-, diagnose- und fachübergreifende stationäre Behandlung für Jugendliche und junge Erwachsene (16–25 Jahre) in der Adoleszenzpsychiatrie. In: *Psychiatrische Praxis*. Online verfügbar unter <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0043-120249>, zuletzt geprüft am 03.01.2018.

Kazdin, Alan E. (2013): Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. In: Lambert, Michael J. (dt. Hg.: Matthias Richard und Heiner Vogel) (Hg.): *Bergin & Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation*. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 869–942.

King, Vera (2011): Adoleszenz. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.): *Fachlexikon der Sozialen Arbeit*. 7. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 3–4.

Kirchweger, Sonja (2010): Klinische Sozialarbeit mit Kindern und Jugendlichen - eine besondere Herausforderung im psychiatrischen Alltag. In: Silke Birgitta Gahleitner und Gernot Hahn (Hg.): *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen*. Bonn: Psychiatrie Verlag (Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, 3), S. 271–278.

Kirk, Susan (2008): Transitions in the lives of young people with complex healthcare needs. In: *Child: Care, Health and Development* (Volume 34, Issue 5), S. 567–575.

Klasen, Fionna; Ravens-Sieberer, Ulrike (2013): Kinder mit psychischen Erkrankungen - gut aufgehoben in der Erwachsenenmedizin? "Wenn junge Patientinnen und Patienten erwachsen werden". Medizinkongress der BARMER GEK und des Zentrums für Sozialpolitik der Uni Bremen. Berlin, 18.06.2013. Online verfügbar unter http://www.kindernetzwerk.de/download/002_Fiona_Klasen.pdf, zuletzt geprüft am 12.12.2017.

- Klasen, Fionna et al.** (2016): Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. In: *Kindheit und Entwicklung* 25 (1), S. 10–20.
- Knölker, Ulrich et al.** (2007): Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Systematisch. 4. Aufl. Bremen: Uni-Med Verlag AG.
- Koch, Claus** (2016): Pubertät war erst der Vorwaschgang. Wie junge Menschen erwachsen werden und ihren Platz im Leben finden. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Koch, Eginhard; Wolf, Robert Christian** (2014): Das Adoleszentenprojekt in Heidelberg. In: Benno Graf Schimmelmann und Franz Resch (Hg.): *Psychosen in der Adoleszenz. Entwicklungspsychopathologie, Früherkennung und Behandlung*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 455–459.
- Kölch, Michael; Mehler-Wex, Claudia** (2008): Debatte Pro & Kontra: Bedarf für eine eigenständige Adoleszentenpsychiatrie und -psychotherapie. A need for Independent Adolescence Psychiatry and Psychotherapy. In: *Psychiatrische Praxis*, S. 216–218.
- Konrad, Kerstin et al.** (2013): Hirnentwicklung in der Adoleszenz. Neurowissenschaftliche Befunde zum Verständnis dieser Entwicklungsphase. In: *Deutsches Ärzteblatt* 110 (25), S. 425-430.
- Lambert, Martin et al.** (2013): Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Servie-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. thieme. Online verfügbar unter <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0033-1355843>, zuletzt geprüft am 03.01.2018.
- Lambert, Martin et al.** (2014): Services für Früherkennung und Frühbehandlung psychotischer Jugendlicher und Jungerwachsener mit "Integrated Care". In: Benno Graf Schimmelmann und Franz Resch (Hg.): *Psychosen in der Adoleszenz. Entwicklungspsychopathologie, Früherkennung und Behandlung*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 433–447.
- Lehmkuhl Gerd et al.** (2015): Kinder- und jugendpsychiatrische Störungen: Perspektiven für die Praxis. In: Gerd Lehmkuhl, Fritz Poustka, Martin Holtmann und Hans Steiner (Hg.): *Praxishandbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Göttingen: Hogrefe, S. 375–379.
- Lempp, Thomas** (2014): *Basics Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 2. Aufl. München: Elsevier, Urban und Fischer Verlag.
- Liechti, Jürgen** (2010): *Dann komm ich halt, sag aber nichts. Motivierung Jugendlicher in Therapie und Beratung*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Lüthi, Regula** (2016): Die Psychiatrie als Vorreiterin der Integrierten Versorgung. Neuägeri/Zug, Schweiz (fmc Impulse Integrierte Versorgung, 4). Online verfügbar unter <http://fmc.ch/#sthash.MjIdtzRS.dpbs>, zuletzt geprüft am 12.11.2017

- Mayr, Michael et al.** (2015): Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 63 (3), S. 155–163.
- McDonagh, Janet; Viner, Russell M.** (2006): Lost in transition? Between paediatric and adult services. It's time to improve the transition of adolescents from paediatric to adult services. In: *British Medical Journal* 25 (332), S. 435–436.
- Mehler-Wex, Claudia** (2012): Entwicklungs- und reifeabhängiges Behandlungskonzept. In: *Neurotransmitter* (6), S. 50–59.
- Mehler-Wex, Claudia** (2014): Ganzheitliche Behandlung bei Adoleszentenkrisen. Psychiatrie bei Herandreifenden: In: *DNP-Der Neurologe und Psychiater*, Band 15 (11), S. 62–66.
- Mehler-Wex, Claudia** (2017): Adoleszentenpsychiatrie und Reifungskrisen. Intercontinental Hotel Frankfurt. HEMERA Klinik Bad Kissingen. Frankfurt, 25.10.2017.
- Meleis; Afaf I. et al.** (2000): Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. In: *Advances in Nursing Science* 23 (1), S. 12–28.
- Mühlum, Albert** (2011): Fachsozialarbeit. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.): *Fachlexikon der Sozialen Arbeit*. 7. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 278–279.
- Müller, Sabine** (2015): Transition: Bedingungen, Chancen, Risiken (2015). Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm, 22.07.2015. Online verfügbar unter http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Praesentationen/Mueller_2015_07_22_Milestone.pdf, zuletzt geprüft am 12.12.2017.
- Naar-King, Sylvie; Suarez, Marianne** (2012): Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Pantucek, Peter** (2013): Soziale Diagnostik. Verfahren. Online verfügbar unter <http://www.pantucek.com/index.php/soziale-diagnostik/verfahren>, zuletzt geprüft am 03.02.2018.
- Paul, Moli et al.** (2013): Transfers and transitions between child and adult mental health services. In: *The British Journal of Psychiatry* (202), S. 36–40.
- Paul, Moli et al.** (2015): Transition to adult services for young people with mental health needs: a systematic review. In: *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 20 (3), S. 436–457.
- Pauls, Helmut** (2013): *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Pauls, Helmut; Gahleitner, Silke Birgitta** (2011): Klinische Sozialarbeit. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.): *Fachlexikon der Sozialen Arbeit*. 7. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 521–522.

- Pauls, Helmut; Mühlum, Albert** (2005): Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit. In: *Klinische Sozialarbeit, Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung* 1 (1), S. 6–9.
- Pfennig, Andrea; Klosterkötter, Joachim** (2014): Vorsorgeuntersuchungen und Screenings von jungen Menschen. Was ist sinnvoll im Hinblick auf psychische Störungen? In: *Der Nervenarzt* 12 (85), S. 1544–1550.
- Plener, Paul L. et al.** (2015): Die stationäre psychiatrische Versorgung Adoleszenter in Deutschland. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 63 (3), S. 181–186.
- Pollak, Eva et al.** (2017): Transitions- und Adoleszenzpsychiatrie in Österreich: Eine Pilotuntersuchung zur Sicht von Expert(innen). In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 1 (1), S. 1–11.
- Quenzel, Gudrun** (2015): Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Rademaker, Anna Lena** (2014): Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung - eine gemeinsame bio-psycho-soziale Befähigungsgerechtigkeit? In: *Klinische Sozialarbeit, Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung* 10 (3), S. 7–8.
- Ravens-Sieberer, Ulrike et al.** (2008): Gesundheit in der Adoleszenz. In: Franz Resch und Michael Schulte-Markwort (Hg.): *Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie*. Schwerpunkt: Adoleszenz. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S. 13–31.
- Ravens-Sieberer, Ulrike et al.** (2008a): Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. In: *European Child and Adolescent Psychiatry* 17, S. 22–33.
- Remschmidt, Helmut** (2013): Adoleszenz - seelische Gesundheit und psychische Krankheit. In: *Deutsches Ärzteblatt* 110 (25), S. 423–424.
- Resch, Franz; Herpertz, Sabine C.** (2015): Die kooperative Adoleszentenstation in Heidelberg. In: Gerd Lehmkuhl, Franz Resch und Sabine C. Herpertz (Hg.): *Psychotherapie des jungen Erwachsenenalters*. Basiswissen für die Praxis und störungsspezifische Behandlungsansätze. Stuttgart: Kohlhammer, S. 92–97.
- Resch, Franz; Weisbrod, Matthias** (2012): Kooperative Versorgung Jugendlicher und junger Erwachsener. In: Jörg M. Fegert, Christian Eggers und Franz Resch (Hg.): *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 241–247.
- Robert Koch Institut** (o.J.): BELLA: Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten. Online verfügbar unter <https://www.kiggs-studie.de/modulstudien/bella-studie.html>, zuletzt geprüft am 12.12.2017.

- Robert Koch Institut** (2016): Eckdaten zur „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ KiGGS Welle 2. Online verfügbar unter https://www.kiggs-studie.de/fileadmin/KiGGS-Dokumente/KiGGS2_Eckdaten.pdf, zuletzt geprüft am 12.12.2017.
- Rosen, D. S. et al.** (2003): Transition to adult health care for adolescents and young adults with chronic conditions. Position paper of the Society for Adolescent Medicine. In: *Journal of Adolescent Health* 33, S. 309–311.
- Rossmann, Peter** (2012): Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. 2. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.
- Sannwald, Renate** (2014): Erwachsen? Noch lange nicht! Überlegungen zum Konzept der Emerging Adulthood und ihrer psychodynamischen Psychotherapie. In: *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (3), S. 24–38.
- Schepker, Renate** (2012): Kinder- und jugendpsychiatrische Bedarfsentwicklung und Versorgungsstrukturen (unter Berücksichtigung der Übergänge ins Erwachsenenalter). In: Stefan Raueiser und Michele Noterdaeme (Hg.): Netzwerke und Übergänge. Kinder- und Jugendpsychiatrie vor aktuellen Herausforderungen. Isree: Grizeto Verlag, S. 35–54.
- Seiffge-Krenke, Inge** (2015): "Emerging Adulthood": Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 63 (3), S. 165–173.
- Seiffge-Krenke, Inge** (2015a): Psychotherapie bei jungen Erwachsenen: was wirkt? In: Gerd Lehmkuhl, Franz Resch und Sabine C. Herpertz (Hg.): Psychotherapie des jungen Erwachsenenalters. Basiswissen für die Praxis und störungsspezifische Behandlungsansätze. Stuttgart: Kohlhammer, S. 27–50.
- Seiffge-Krenke, Inge; Gelhaar, Tim** (2006): Entwicklungsregulation im jungen Erwachsenenalter. Zwischen Partnerschaft, Berufseinstieg und der Gründung eines eigenen Haushalts. In: *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 38 (1), S. 18–31.
- Seiffge-Krenke, Inge et. al** (2012): Differences in agency? How adolescents from 18 countries perceive and cope with their futures. In: *International Journal of Behavioral Development* 36 (4), S. 258–270.
- Singh, Swaran P.** (2009): Transition of care from child to adult mental health services: the great divide. In: *Current Opinion in Psychiatry* 22 (4), S. 386–390.
- Singh, Swaran P.; Tuomaian, Helena** (2015): Transition from child to adult mental health services: needs, barriers, experiences and new models of care. In: *World Psychiatry* 14 (3), S. 358–361.
- Singh, Swaran P. et al.** (2010): Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. In: *The British Journal of Psychiatry* (197), S. 305–312.

- Sisk, Cheryl L.; Zehr, Julia L.** (2011): Pubertätshormone strukturieren Gehirn und Verhalten von Jugendlichen. In: Peter J. Uhlhaas und Kerstin Konrad (Hg.): *Das adoleszente Gehirn*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 91–111.
- Sommerfeld, Peter et al.** (2016): *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie*. Wiesbaden: Springer VS.
- Steinhausen, Hans-Christoph** (2013): Was wird aus Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen? Ergebnisse der Langzeitforschung. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 41 (6), S. 419–431.
- Stewart, Debra et al.** (2006): A critical appraisal of literature reviews about the transition to adulthood for youth with disabilities. In: *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics* 26 (4), S. 5–24.
- Stippel, Andrea; Lehmkuhl Gerd** (2015): Psychiatrische Ambulanz für Adoleszente. In: Gerd Lehmkuhl, Franz Resch und Sabine C. Herpertz (Hg.): *Psychotherapie des jungen Erwachsenenalters. Basiswissen für die Praxis und störungsspezifische Behandlungsansätze*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 81–91.
- Streek-Fischer, Anette et al.** (2009): Gibt es Adoleszenzkrise? In: Jörg M. Fegert, Anette Streek-Fischer und Harald J. Freyberger (Hg.): *Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. Stuttgart: Schattauer, S. 183–189.
- Swanson, Joan Ann** (2016): Trends in literature about Emerging Adulthood: review of empirical studies. In: *Emerging Adulthood* 4 (6), S. 391–402.
- Thyen, Uwe et al.** (2012): Wachstum und somatische Entwicklung im Kindes- und Jugendalter - typische und untypische Entwicklungsverläufe. In: Jörg M. Fegert, Christian Eggers und Franz Resch (Hg.): *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 3–34.
- Vloet, Melissa A. et al.** (2011): "We suffer from being lost": Formulating policies to reclaim youth in mental health transitions. In: *Healthcare Quarterly* 14 (2), S. 32–38. Online verfügbar unter <http://www.longwoods.com/content/22361>, zuletzt geprüft am 17.03.2018.
- Vollmer, Knut** (2012): Transition. In: Knut Vollmer (Hg.): *Fachwörterbuch für Erzieherinnen und pädagogische Fachkräfte*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Vostanis, Panos** (2005): Patients as parents and young people approaching adulthood: how should we manage the interface between mental health services for young people and adults? In: *Current Opinion in Psychiatry* (18), S. 449–454.
- Wächter, Franziska** (2011): Jugendalter. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.): *Fachlexikon der Sozialen Arbeit*. 7. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 469–470.

Warnke, Andreas; Lehmkuhl Gerd (2011): Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Weisbrod, Matthias et al. (2005): Das Heidelberger Frühbehandlungszentrum. Die gemeinsame Behandlung von adoleszenten Patienten durch Allgemeine und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *Psychotherapie und Psychiatrie* 6 (3), S. 314–317.

Wilens, Timothy E.; Rosenbaum, Jerrold F. (2013): Transitional Aged Youth: A New Frontier in Child and Adolescent Psychiatry. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 52 (9), S. 887–890.

Zimmermann, Ralf-Bruno (2008): Klinische Sozialarbeit und Sozialpsychiatrie. In: Karlheinz Ortmann und Dieter Röh (Hg.): *Klinische Sozialarbeit. Konzepte, Praxis, Perspektiven*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, S. 207–221.

Anhang

Anhang 1: Skript zum Symposium bzw. Fachvortrag „Adoleszentenpsychiatrie und Reifungskrisen“

25.10.2018, Frankfurt, Veranstalter: HEMERA Klinik GmbH, Schönbornstraße 16, 97688 Bad Kissingen; Referentin: Prof. Dr. Claudia Mehler-Wex, Chefärztin, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (schriftlich ausgearbeitet von Christina Vögl)

I. Warum Adoleszentenpsychiatrie? – Inhalte der Adoleszentenpsychiatrie („Reifung mit Krisen“)

1. Besonderheiten der Adoleszenz:

- **Zerebrale Reifungsdissoziation:** „Ungleichgewicht“ zwischen den früher reifenden und stärker ausgeprägten subkortikalen Strukturen, insbesondere dem limbischen System und dem Belohnungssystem, die emotionale Reaktionen steuern, und dem noch unzureichend ausgereiften präfrontalen Kortex als Kontrollsystem
 - ➔ *Nachteil:* auftretendes Risikoverhalten, vermehrt affektive Störungen sowie Impulsivität
 - ➔ *Vorteil:* mehr Flexibilität und Lerneffekte möglich im Vergleich zu ausgereiftem Gehirn
- **Rolle von Hormonen bei Mädchen:** Östrogene machen grundsätzlich „stressanfälliger“, Androgene schützen eher vor Stress; außerdem u. a.:
 - *Emotionale Ebene:* empfindsamer, vorsichtiger, eher Neigung zu Selbstabwertung, eher negative Einstellungen etc.
 - *Soziale Ebene:* Selbstbeurteilung vermehrt von Fremdbeurteilung abhängig
 - *Körperliche Ebene:* optisch deutliche Pubertätsanzeichen, z. B. Brustwachstum (in HEMERA Klinik ca. 60% weibliche PatientInnen, 40% männliche)
- **Identitätsentwicklung** (vereinfacht):
 - Temperament (von Geburt an) + Lebenserfahrungen + Bindungen (Eltern, Peers,...) + Erziehungsstil => Persönlichkeit

(mütterliche Erziehung: Beziehungen, Fremdvertrauen, Geschlechterrolle; väterliche Erziehung: Exploration, Offenheit, Flexibilität, Selbstvertrauen)

- Bestimmte Bindungserfahrungen + Prinzipien der Bindungsgestaltung => später intra- und extraversive Störungen möglich
- Identitätsfindung vs. Integration:
Unsicherheit der Jugendlichen, Selbstbewusstsein/Selbstachtsamkeit => bestenfalls Authentizität; zusätzliches: Vulnerabilität, Resilienz, Adaptivität, Kompetenz + Gehirn in Wechselwirkung mit exogenen Erfahrungen

⇒ **Spezifika und Besonderheiten:**

- Neurobiologisch/Hormonell
- Entwicklungspsychologisch
- Exogene Faktoren
- Gesellschaftliche Faktoren
- Für Symptome bei Kindern und Jugendlichen ICD-10 oft wenig repräsentativ, z. B. zeigt sich Depression bei diesen oft ganz anders (z. B. psychotisches Erleben meist erst jenseits von 18./19. Lebensjahr)
- **Formale Besonderheiten in der Behandlung junger PatientInnen:**
 - * Korrelation von Entwicklungsverzögerungen und psychischen Belastungen: oft keine Alltagsbewältigung mehr möglich, da entwicklungsretardiert
 - * Abhängigkeit von Erziehungsberechtigten: Kernfamilie auch mit (Ü)18 noch wichtig
 - * Reifungsabhängiges Krankheitsverständnis: an Entwicklung angepasst adäquat vermitteln
 - * Altersabhängige Formulierungen des Behandlungsauftrags, der Ziele etc.
 - * Entwicklungspsychopharmakologie: Studien fast ausschließlich im Erwachsenenbereich; Pharmakogenetik bei jungen PatientInnen von zahlreichen Faktoren abhängig (oft noch Reifen bestimmter körperlicher Systeme bis zum 18./19. Lebensjahr) und Arzneibehandlung oft schwierig, da nur wenige Medikamente zugelassen

2. Reifungskrisen:

- **Herausforderungen im Heranwachsendenalter:**
 - Entwicklungsaufgaben, körperliche Entwicklung, erhöhte Anforderungen, verbesserte Selbstreflexion
 - **Gesellschaftliche Aspekte:**
 - * gestiegene Leistungserwartung (auch intrinsisch!), Perfektionismusideale, Reizüberflutung; neu: große Rolle der Medien (ständig „online“, Repräsentation, Vergleich und Konkurrenz)
 - * frühe Selbstständigkeit, reduzierte Familienstrukturen, heterogene Erziehungsstile (Einfluss der Kernfamilie endet verfrühter, obwohl Jugendliche noch nicht reif genug sind, Selbstständigkeit von sich aus inhaltlich „zu füllen“)
 - **Sozialpsychiatrische Aspekte:**

Adoleszenz	Junges Erwachsenenalter
Schul- und Ausbildungsfragen	Berufstätigkeit
→ Oftmals angstausslösend, unzählige Möglichkeiten, viele Verunsicherungen, Jugendliche meist „noch nicht so weit, übersteigerte Idealvorstellungen von Beruf	
Elternbindung	Partnerschaft
→ Schwierig für Jugendliche und Eltern, z. B. auch Fragen der sexuellen Orientierung, erste sexuelle Erfahrungen etc.	
Verselbstständigung	Eigene Lebensführung, soziale und juristische Eigenverantwortlichkeiten
→ Ebenso oft einschüchternd für junge PatientInnen	

- ⇒ Leben ist insgesamt herausfordernder geworden, was zu einer Stresserhöhung führt, was wiederum gerade für sensible Personen die Anfälligkeit für psychische Belastungen erhöht
- ⇒ Für gesunde wie kranke Jugendliche und auch für deren Eltern viele (neue) Herausforderungen
- **„Reifungskrise“** (nicht als Diagnose im ICD-10):
 - **Mögliche Symptome/Varianten:**
 - * soziale Unsicherheit
 - * Angst: Leistungsversagen, Kontakte
 - * Selbstwertproblematik

- *Verschließen vs. „Helfersyndrom“
- * Grenztestungen
- * Rückzug, abnehmende Interessen, Depressivität
- * Perfektionismus, Überangepasstheit, Überaktivität
- * Zukunftsangst
- * „Internetsucht“ (eher im Sinne von „Lückenfüller“)
- * Substanzmissbrauch (bei internal- wie externalisierenden Störungen)
- * (Auto-)Aggressivität (Selbstversetzendes Verhalten)

- **zum Begriff „Krise“:**

* griechisch: „entscheidende Wendung“ -> Herausforderungen der Adoleszenz können von Individuum nicht (ausreichend) bewältigt werden (beachte: gesellschaftlicher, kultureller und Altersbezug entscheidend!)

* *Was ist in der Pubertät normal, was nicht?* -> Alarmzeichen: soziale Auffälligkeiten, Alltagsbewältigung funktioniert nicht mehr, „kein Klarkommen mehr im Leben“

* „Anpassungsstörung“ statt „Reifungskrise“? -> mögliche Formulierung nach Mehler-Wex: „psychische Störung (aus ICD-10) im Kontext nicht erfüllbarer Entwicklungsaufgaben“ = Reifungskrise, im Sinne davon, dass Entwicklung nicht „rund“ läuft und die Erkrankung das „Ventil“ bildet

• **Extra- und Intraversive Störungen:**

- Vereinfacht: Entstehen aus unsicherer Identität heraus (extraversiv z. B. Störungen des Sozialverhaltens, intraversiv z. B. affektive Störungen, Essstörungen)

- **Prävalenz intraversiver Störungen bei Adoleszenten (u. a.):**

- * soziale Ängste: ca. 5%
- * Depression: ca. 3-10%
- * Essstörungen: ca. 0,5-1%
- * Zwänge

- ⇒ Je nach Wesensart bestimmte Krankheit als „Ventil“ im Sinne einer Reifungskrise, ergo IMMER vor dem Hintergrund einer Reifungsproblematik
- ***Jeweils Substanzabusus, Selbstverletzung (SVV), und Internet als „Selbsthilfemittel“ möglich:***
 - * *Substanzabusus* (Drogen, Alkohol, Nikotin etc.): oft bei ADHS, Borderline-Störung, Bulimie. Störung des Sozialverhaltens, aber auch bei Depression, Angststörungen etc. -> Enthemmung, Provokation; zunehmend Ängste und Rückzug möglich sowie traumatische Erlebnisse und hirnorganische Defekte
 - * *SVV*: bei fast allen Diagnosen möglich, bei fast 20% aller Jugendlichen ein Testen davon („Probierkonsum“), bei ca. 4% chronisch; unterschiedlichste Trigger, z. B. Selbsthass/-bestrafung, „sensation seeking“, Ängste, negative Gefühle/Gedanken etc.; Unterschied zu SSV bei Erwachsenen: meist eher in Kontext von Suizidalität und im Rahmen von Borderline-Diagnose ↔ bei Jugendlichen: eher Impulsivität geschuldet, „im Affekt“/„mal probieren“; außerdem: höhere Schmerzschwelle sowie in Form von „ritualisiertem Zwang“ möglich, bis zu dissoziativem Zustand
 - * „*Internetsucht*“: zu unterscheiden: „Lücken- und Zeitfüller“ vs. Spielsucht im Internet nach Diagnosekriterien des ICD-10

II. Therapie-Spezifika in der Adoleszentenpsychiatrie

1. Diagnosegrundlagen:

- **Multiaxiales Klassifikationsschema mit 6 Achsen:**
 - 1.) Klinisch-psychiatrisches Syndrom
 - 2.) Umschriebene Entwicklungsstörungen (eher aus Kindheit, selten noch in Adoleszenz neu zu entdecken)
 - 3.) Intelligenz-Niveau (durch HAWIK/WISC etc.)
 - 4.) Körperliche Symptomatik (z. B. Diabetes)
 - 5.) Assoziierte, aktuelle, abnorme psychosoziale Umstände (z. B. getrennte Eltern, Mobbing etc.)
 - 6.) Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (verglichen mit Peers)

- ⇒ Umfassende Information über aktuelle Situation der Jugendlichen („mehr als nur Diagnose“)

2. Therapievoraussetzungen:

- 1.) Ganzheitliche Diagnostik
 - 2.) Definition der Zielsymptomatik: was genau soll sich verbessern?
 - 3.) Berücksichtigung des Entwicklungsstandes: verständliches Krankheitsmodell individuell für junge PatientInnen
 - 4.) Schweregradeinstufungen
 - 5.) Analyse der Umstände: Bezugspersonen: z. B. Eltern, Lebensumgebung: z. B. Miteinbezug des Jugendamts, Ausbildungssituation: löst oft Verunsicherung und Irritation aus, auch hier Unterstützung und Begleitung z. B. durch Praktika mitlaufen lassen: z. B. durch SozialpädagogInnen
- ⇒ Wahl der **primären Maßnahmen** und der **mittelfristigen Ziele**

3. Therapeutischer Beziehungsaufbau und therapeutische Haltung:

- **CAVE:** Misstrauen und negative Übertragungen sind immer mit dabei!
- **Akzeptanz:**
 - niedrigschwelliger Einstieg: analog geltend für Ziele, die noch nicht zwingend therapeutisch sein müssen, sondern vielleicht eher alltagsorientiert
 - Verständnis und Respekt vor Autonomie der Jugendlichen: Jugendliche haben oft ein Nicht-Angenommensein erlebt, sollen nicht dasselbe wieder erleben
- **Klarheit:**
 - Transparenz, Erinnern an Machbarkeiten und Strukturierung
 - Ressourcenorientierung, Zuverlässigkeit, Empathie, positiv-motivierende Haltung
 - Integration nonverbaler Verfahren: v. a. sinnvoll bei internalisierenden Störungen, da in diesem Kontext ohnehin „viel nachge-

dacht“ wird und „viel Kopf“ im Spiel ist; z. B. Kunst, Musik, Reiten, Sport... (in HEMERA Klinik: zweimal wöchentlich daraus Angebote, zusätzlich zur Psychotherapie)

(siehe auch Literaturtipp: Motivierende Gesprächsführung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen; Naar-King, Suarez 2012)

III. Konzept einer stationären Adoleszentenpsychiatrie: HEMERA Klinik

→ allgemein neue Ansätze in diesem Bereich: Kooperationsstudien zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie

1. Voraussetzungen:

- **Altersspanne definieren:** frühestens ab ca. 14 Jahren empfohlen, da Thematik des Heranwachsens zentral sein soll, bis ca. zum 27. Lebensjahr, orientiert an Studentenleben; allgemein Alter aber eher relativ zu sehen, da immer Umstände entscheidend
- **Interdisziplinarität und Multiprofessionalität:** Kinder- und Jugendpsychiatrie im Austausch mit Erwachsenenpsychiatrie, 24h-Pflege- und Erziehungsdienst, SozialpädagogInnen, Kreativ- und nonverbale Verfahren -> gegenseitig lernen und profitieren; **Milieutherapie:** familiäres Klima und Unterstützung von Therapietransfer in Alltag
- **Kinder- und Jugendpsychiatrische Orientierung** (ähnliche Station in Hamburg z. B. von Erwachsenenpsychiater geleitet, Unterschied in Herangehensweise)
- **Altersübergreifend:** „18-Sein“ macht keinen Unterschied, es werden alle „gleich“ behandelt, aber immer individuell, d. h. individuelle Gruppenangebote und Therapie sowie altersspezifische Behandlung (jeder hat individuellen Stundenplan für seine Woche)
- **Umfeld mit Infrastruktur:** z. B. Schulen, öffentliche Verkehrsmittel etc.
- **Vernetzung:** z. B. Kooperation mit ortsansässigen Schulen, Betrieben etc.
- **Alltagsnähe, Freizeitspektrum:** z. B. Vereine (PatientInnen früh „rausschicken“ und sich profilieren lassen)

2. Primäre Therapieziele:

- Tagesstruktur und Stationsalltag: ca. 90% der PatientInnen konnten Alltag nicht mehr bewältigen
- Realer Sozialkontakt im Adoleszentensetting, z. B. auch SKT: „Gleichgesinnte“ mit ähnlichen Problemen, wesensähnlich etc.
- Förderung des Selbstwerts und der Identitätsentwicklung
- Emotionaler Realitätsbezug: z. B. Erlebnispädagogik, Sporttherapie, Körperwahrnehmung
- Funktionaler Umgang mit neuen Medien
- ⇒ **Ziel** des „Fit-Seins“ für ein selbstständiges Leben in jeder Hinsicht (Selbstwirksamkeit!)
- ⇒ **Elemente** der adoleszenzpsychiatrischen Therapie:
 - Einzelpsychotherapie
 - Tagesstrukturierung
 - Milieuthherapie
 - Themenspezifische Gruppen
 - Kreativtherapien, Familienarbeit, Unterricht/Arbeitstherapie, Alltagsbewältigung
 - Freizeitgestaltung
 - Perspektivenplanung, Belastbarkeitstraining
 - Realitätskontrollen (für Alltag und zu Hause, dafür z. B. auch Beurlaubungen)
- ⇒ **Ganzheitliche** Behandlung, d.h. *auch*, aber *nicht nur* störungsspezifisch

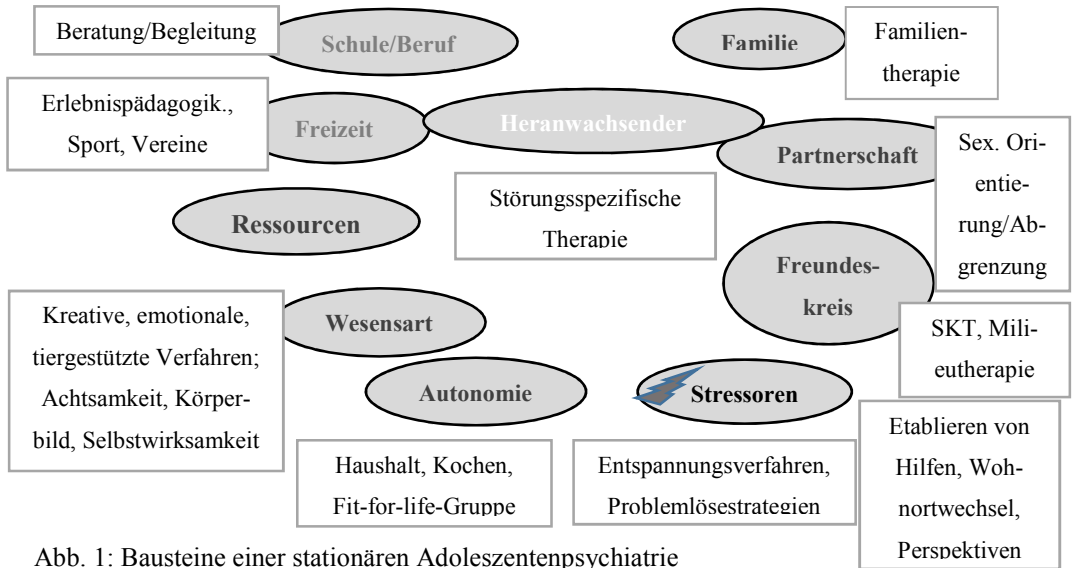


Abb. 1: Bausteine einer stationären Adoleszentenpsychiatrie

3. Zusammenfassung:

- Heranwachsen = Phase von hoher Vulnerabilität; Bewältigung von Entwicklungsaufgaben (abhängig von Temperament, Persönlichkeit etc.)
- Einflüsse von Erziehung, Gesellschaft und Lebenserfahrungen
- Ausprägungen von internalen oder externalen Störungen möglich
- Ganzheitliche Behandlung
- Motivierende Gesprächsführung, Ressourcenorientierung, Akzeptanz, nonverbale Verfahren
- Adoleszentenpsychiatrisches Setting von Vorteil

4. Zusätzliche Informationen aus Fragenblock:

- Oft problematisch: nach Erfüllung der Schulpflicht z. T. jahrelang kein Außenkontakt mehr der Jugendlichen
- Gute Chancen der Jugendlichen im Längsschnitt, Adoleszenzkrisen gut in den Griff zu bekommen
- **PatientInnen in HEMERA-Klinik:** keine geschlossene Abteilung, PatientInnen müssen „irgendwie“ freiwillig dort sein

- ➔ Mögliche Ausschlusskriterien: Selbst- oder Fremdgefährdung, absolut geringe bis keine Motivation, internistische oder psychosomatische Aspekte, z. B. bei Anorexie, sprachliche Barrieren
- **zum Konzept der HEMERA Klinik (Privatklinik):**
 - *Finanzierung* an Kinder- und Jugendpsychiatrie in Würzburg orientiert (ähnliche Stationen in Heidelberg oder Hamburg, an Erwachsenenpsychiatrie orientiert)
 - *Einweisung* durch BehandlerInnen/TherapeutInnen; Aufenthaltszeiten im Durchschnitt 80 Tage, am häufigsten ca. 8 Wochen; 40 Betten, Wartezeiten von aktuell ca. vier bis sechs Wochen; ca. 30% gesetzlich versicherte PatientInnen, Rest Privatversicherte aus Deutschland, Österreich und Schweiz
 - *Elternarbeit*: z. T. einzelne Gespräche in gewissem Turnus, z. T. intensiv geblockt in einer Woche; erste Phase läuft v. a. patientenzentriert ab, je jünger die PatientInnen sind, desto mehr Elternarbeit noch nötig, bei älteren zwar auch, aber hier oftmals Problematik bzgl. Schweigepflichtsentbindung
 - *Schematherapie (vereinfacht)*: individuelles, anschauliches Modell für PatientInnen im Schnittpunkt zwischen Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie, woran Betroffene merken und verstehen welche Trigger, auch internalisiert, bei ihnen etwas auslösen etc. ~ verzahntes, multiprofessionelles, professionsunabhängiges Modell

Anhang 2: Interviewleitfaden

I. Einleitung:

1. Dank im Voraus für Interviewteilnahme

2. Vorstellung von Interviewerin und Anlass des Interviews: Masterarbeit zum Thema Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters, v. a. hinsichtlich des Beitrags Klinischer Sozialarbeit in diesem Rahmen -> Expertenmeinungen aus der Praxis dazu einholen zusätzlich zu Literaturarbeit

3. Klärung Einverständnis Tonbandaufnahme: für Interviewverschriftlichung und Verwendung der Inhalte nach wissenschaftlichen Kriterien wichtig, daher Bitte um Einverständnis

4. Zusicherung der Anonymität: Verarbeitung der Aussagen nach wissenschaftlichen Standards -> anonymisierte Wiedergabe und streng vertrauliche Behandlung

II. Hauptteil

1. Wie sieht Ihrer Meinung nach eine optimale psychiatrische Versorgung in der Adoleszenz und dem jungen Erwachsenenalter aus?

2. Die Begriffe der „Transition“ und der „Transitionspsychiatrie“ finden laut Fachliteratur und Fachdiskussion erst in den letzten Jahren immer häufiger Verwendung. Was verstehen Sie persönlich unter diesen Begrifflichkeiten im Kontext der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters?

→ Mögliche Ursachen für langjährige „Vernachlässigung“ der Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters im wissenschaftlichen Diskurs

3. Inwiefern kommen Sie in Ihrem Beruf mit der Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters in Berührung?

→ Ihre Aufgaben bzw. die Aufgaben Ihrer Profession im Transitionsgeschehen der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters

- Bisherige persönliche Eindrücke und Erfahrungen im Bereich der Transitionspsychiatrie

4. Worin sehen Sie die Ursachen der Transitionsproblematik und damit verbundene Herausforderungen der Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters?

- Verschiedene Ebenen, Dimensionen, Professionen,...

5. Was braucht es Ihrer Meinung nach, damit Transitionspsychiatrie erfolgreich gelingen kann?

- Professionsbezogen/-übergreifend

6. Was kann Ihrer Ansicht nach die Expertise der (Klinischen) Sozialarbeit zu einer erfolgreich gelingenden Transitionspsychiatrie und somit zu einer Verbesserung der besagten Schnittstelle und Versorgungslücke beitragen? (im Vergleich zu anderen Professionen)

- Möglichkeiten, Chancen oder Ressourcen etc.
- Für SA:
 - Spezifika der (Klinischen) Sozialarbeit als Bereicherung für das Transitions geschehen (vielleicht auch als „Alleinstellungsmerkmal“) (Konzepte, Modelle, Maximen, Perspektiven, Handlungsansätze etc.)
- Spezifisch notwendige Kompetenzen als (Klinische(r)) SozialarbeiterIn in der Transitionspsychiatrie

7. Wo erfährt die Expertise der (Klinischen) Sozialarbeit bei ihrem Mitwirken im Transitions geschehen aber auch Einschränkungen? (im Vergleich zu anderen Professionen)

- Begrenzungen, Risiken oder Defizite etc.

8. Worin sehen Sie im Transitions geschehen noch weitere Potenziale und mögliche Handlungsansätze der (Klinischen) Sozialarbeitsexpertise?

- Für SA:
 - Möglichkeiten, Chancen, Ressourcen noch mehr nutzen bzw. ausloten

- Mögliche Gründe, warum die (Klinische) Sozialarbeit als Profession in der Transitionspsychiatrie bis dato vielleicht ihre Potenziale noch nicht vollends ausschöpfen kann und eher unterschätzt wird
- Mögliche Umsetzung der Ideen

9. Wo bestehen in der Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters ihrer Meinung nach allgemein noch Entwicklungsbedarf und Optimierungsmöglichkeiten?

- ➔ Forschung, Praxis, professionsbezogen/-übergreifend,...
- ➔ Mögliche Umsetzung der Ideen

10. Gibt es Ihrerseits noch etwas, das wir nicht angesprochen haben, aber für die Thematik noch relevant scheint?

III. Schluss:

1. Soziodemographische Daten:

- Alter, Geschlecht
- Ausbildung, Studienabschluss (wann?), Zusatzausbildungen
- Position/Stellung in der Einrichtung, seit wann dort

2. Hinweis zur Ergebnisverwendung: Verschriftlichung der Interviews und Verwendung der Inhalte im Rahmen der Masterarbeit

(Nochmals Dank)

IV. Interviewsituation:

- Befragte
- Datum, Gesprächsdauer
- Gesprächsablauf, Besonderheiten der Interviewsituation

Anhang 3: Aufbereitungsverfahren und Transkriptionsregeln

Für die Verschriftlichung und Aufbereitung der in den beiden Interviews gewonnenen Daten und Informationen findet als Protokollierungstechnik die wörtliche Transkription Verwendung, wodurch die vollständige Erfassung von verbal erhobenem Material in Textform möglich ist (Mayring 2016, S.89). Somit kann im Rahmen der vorliegenden Literaturlarbeit daraus zitiert werden, um die theoretischen Aspekte durch Eindrücke aus der Praxis zu ergänzen. Dabei dienen bestimmte Transkriptionsregeln als Vorgabe, die, abgestimmt auf den vorliegenden Gegenstand und die Zielsetzung der Arbeit, aus Vorschlägen verschiedener AutorInnen zusammengetragen wurden.

Da es primär um inhaltlich-thematische Aspekte der Experteninterviews geht, erfolgt eine Übertragung des Gesagten in normales Schriftdeutsch, was bedeutet, dass eine Dialektbereinigung, Satzbaukorrekturen und eine Stilglättung vollzogen werden (Standardorthographie) (ebd., S.91). Des Weiteren sollen nicht verbale Äußerungen (zum Beispiel Lachen, Räuspern, Stottern etc.) nur dann transkribiert werden, wenn den Aussagen dadurch eine andere Bedeutung zukommt (Gläser; Laudel 2010, S.194). Zudem ist es intendiert, Gesprächsunterbrechungen zu vermerken sowie eventuell unverständliche Abschnitte mit „(unv.)“ zu kennzeichnen (ebd.). Als Format für die räumliche Anordnung der zeitlichen Abfolge von Gesprächsbeiträgen kommt die Zeilenschreibweise zum Einsatz (Kowal; O’Connell 2013, S.439). Dabei erhält jeder Sprechbeitrag eigene Absätze und auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert (Dresing; Pehl 2013, S.22). Außerdem sollen Verständnissignale („mhm“, „ähm“ etc.) des gerade Zuhörenden nicht verschriftlicht werden, außer eine Antwort besteht nur aus diesen (ebd.). Pausen der Sprechenden werden durch drei Auslassungspunkte in Klammern markiert (ebd.).

Die Transkription geschieht computergestützt mit Hilfe der Software F4, wodurch die Interviews Zeilennummern erhalten und am Ende jedes Absatzes Zeitmarken zu finden sind. Es wird sowohl im Text als auch im Dateinamen (Interviews_SA_KJP.pdf) in ausreichender Form eine Anonymisierung der beteiligten Personen vorgenommen. In den Transkripten steht deshalb das „I“ für die Interviewerin und die Kürzel „SA“ und „KJP“ jeweils für die befragte Sozialpädagogin und die Chef- und Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Weitere Informationen zur qualitativen Forschungsmethodik der Experteninterviews sind den unten angegebenen Quellen zu entnehmen; es ist v. a. auf Gläser und Laudel (2010) sowie die Werke von Flick (2011, 2014) zu verweisen. Aufgrund dessen, dass es sich primär um eine Literaturarbeit handelt, finden diesbezügliche Details hier keine Erläuterung.

Quellen zu Anhang 3:

Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (2013): Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen. 5. Aufl. Marburg: Eigenverl.

Flick, Uwe (2011): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 4. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.

Flick, Uwe (2014): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. 2. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.

Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften.

Korwal, Sabine; O'Connell, Daniel C. (2013): Zur Transkription von Gesprächen. In: Uwe Flick; Ernst von Kardorff; Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 10. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl., S. 437–447.

Mayring, Philipp (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz.



Zentralverlag für Klinische Sozialarbeit
Verlag für psychosoziale Medien

Tony Hofmann
Sinn-Bilder® Kartensets

Sinn-Bilder® sind Bildkarten für Therapie, Pädagogik und Coaching. Sie erleichtern den Einstieg in Erlebensprozesse. Sie helfen, das auszudrücken, was spürbar ist.

Jede Karte zeigt eine bildhafte Metapher. Die Motive sind offen für das gefühlsmäßige Erleben und zugleich konkret genug für sprachliche Beschreibungen.

Starterset (30 Bildkarten und Anleitung): € 29,95

Basisset I (60 Bildkarten und Anleitung): € 44,95

Basisset II (200 Bildkarten und Anleitung): € 74,95

Basisset III (500 Bildkarten und Anleitung): € 149,95

Auf der Website können Sie die Motive anschauen und finden Materialien zum kostenlosen Download:

www.sinn-bilder.de

Bestellen:

www.focusing-and-more.de

Seminarangebote, Literatur und Impulse zum Weiterdenken finden Sie hier:

www.tonyhofmann.com