

Masterarbeit

**TRANSITION JUGENDPSYCHIATRIE -
ERWACHSENENPSYCHIATRIE**
**Wissenschaftliche Grundlagen und Erheben eines Ist-
Standes in der Steiermark**

eingereicht von

Dr.med.univ. Ursula Hammer-Weber

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Business Administration (MBA)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

**klinischen Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie 3
LKH Graz II/Standort Süd**

unter der Anleitung von

**Univ.- Prof. Dr.med.univ. Isabel Böge
Dr.med.univ. Martin Sprenger, MD, MPH**

Graz, am 29.6.2024

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 29.6.2024

Dr.med.univ.Ursula Hammer-Weber eh.

Danksagungen

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen sehr herzlich bedanken, die dazu beigetragen haben, dass diese Masterarbeit gelingen konnte:

Allen voran bei meiner Erstbetreuerin Frau Univ.Prof. Dr.med.univ. Isabel Böge, die für meine Fragen immer ein offenes Ohr hatte und mir vor allem bei den wissenschaftlichen Aspekten und für den Überblick der internationalen Versorgungssituation eine große Unterstützung war. Sie hat mit ihrer Expertise essentiell zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Auch bei meinem Zweitbetreuer, Herrn Dr.med.univ. Martin Sprenger, MD, MPH möchte ich mich sehr herzlich für die erhaltenen Inputs und die persönliche Beratung bezüglich Themenwahl bedanken.

Bedanken möchte ich mich aber auch bei allen unseren Vortragenden im MBA, insbesondere aber bei Herrn Research Prof. Priv.-Doz. Mag.rer.nat. Dr.rer.nat Alexander Avian, der beim Erstellen des Konzeptformulars vor allem in Bezug auf die Fragestellung und das Thema der Arbeit immer darauf geachtet hat, dass sie den Anforderungen einer universitären Abschlussarbeit entspricht, und bei den Vortragenden im Modul für die Masterarbeit, die durch ihre Präsentationen entscheidende Informationen gegeben haben, wie eine Masterarbeit gelingen kann.

Ein besonderer Dank gilt unseren Begleitern und Organisatoren des MBA, Frau Magdalena Wolf, MSc. und Herrn Univ.Prof.i.R. Dr. Helfried Metzler, die in unglaublich umsichtiger und erfahrener Weise für unsere wissenschaftliche Weiterentwicklung und unser psychisches und leibliches Wohlbefinden gesorgt haben.

Weiters möchte ich allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern unseres MBAJahrganges sehr herzlich für die inspirierenden Gespräche, die horzonterweiternden Diskussionen, die Freundschaft und den Zusammenhalt in der Gruppe danken.

Ein besonderer Dank gilt auch „meinem“ Team der Abteilung PS 3 des LKH Graz II, das meine Abwesenheiten kritiklos hingenommen und den Betrieb aufrechterhalten hat, insbesondere bei Frau Dr.med.univ. Karin Reisinger, die

mich zu einem großen Teil während der Module vertreten hat. Weiters bedanke ich mich sehr herzlich bei unserem Ärztlichen Direktor, Herrn Univ.Prof. DDr., Michael Lehofer und unserem Betriebsdirektor, Herrn Dipl. KH.BW. Bernhard Haas, MBA, für die Genehmigung der Abwesenheiten. Besonders bedanken möchte ich mich bei Herrn Johannes Krobath, der mir die Zahlen für unser Krankenhaus aufbereitet und übermittelt hat.

Nicht zuletzt möchte ich meinem Mann Gerhard Hammer und unseren beiden Töchtern Magdalena und Katharina sehr herzlich danken, die meine Zusatz Tätigkeiten nicht nur hingenommen, sondern auch unterstützt haben und von denen ich - unter anderem als Lektoren dieser Arbeit – wesentliche und hilfreiche Inputs bekommen durfte.

Zusammenfassung

Diese Masterarbeit untersucht die wissenschaftlichen Grundlagen des Transitionsprozesses vom Jugendlichen- ins junge Erwachsenenalter (in dieser Arbeit festgelegt vom vollendeten 16.-25. Lebensjahr) in Bezug auf psychische Störungsbilder und Erkrankungen. Sie soll einen wissenschaftlich fundierten Überblick geben, welche Diagnosen in diesen Altersgruppen häufig sind, welche Voraussetzungen es im Gesundheitssystem braucht, um die Entwicklung psychiatrischer Erkrankungen in diesen Altersgruppen möglichst hinten zu halten und damit den Erhalt gesunder Lebensjahre zu fördern und zu verbessern.

Der Neuigkeitswert dieser Arbeit besteht nun darin, dass es bisher zwar Artikel und Bücher über einzelne Erkrankungen im Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter gibt, dass aber eine Übersicht über die Faktoren, die für eine erfolgreiche Behandlung in der Transition wesentlich sind, nicht existiert.

Um diese Ziele zu erreichen wurde zum einen eine Datenerhebung für die Steiermark im stationären und teilweise auch extramuralen Bereich durchgeführt und dargestellt. Die Literaturrecherche wurde als eine narrative angelegt, da die Studien teilweise sehr unterschiedlich und damit wenig vergleichbar sind und nur so eine umfassende Zusammenfassung der Ist-Situation gemacht werden konnte.

Es konnte herausgefunden werden, dass die Diagnosen Depression, Angststörungen und substanzbezogene Störungen die häufigsten in dieser Altersgruppe sind. Weiters konnte gezeigt werden, dass die spezifizierte Behandlung in eigenen Settings für Adoleszente und junge Erwachsene deutliche Vorteile gegenüber einer Behandlung an einer pädiatrischen oder Kinder- und Jugendpsychiatrischen bzw. einer Erwachsenenpsychiatrischen Abteilung bringt und Chronifizierung besser verhindert werden kann.

Die Bemühungen für eine Etablierung einer solchen Station in der Versorgungspsychiatrie müssen also weitergeführt werden, um auch für die Steiermark entsprechende evidenzbasierte Behandlungssettings anbieten zu können und damit einen wesentlichen Beitrag für die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu erzielen. Und es besteht noch dringender Bedarf an weiteren Untersuchungen, inwieweit auch andere Behandlungssettings wie das Home-Treatment oder intensivere ambulante Betreuung für diese Altersgruppe etabliert werden müssten.

Abstract

This master's thesis examines the scientific basis of the transition process from adolescence to young adulthood (defined in this work as the age of 16 to 25) in relation to mental disorders and illnesses. It is intended to provide a scientifically sound overview of which diagnoses are common in these age groups, and which prerequisites are needed in the health system to prevent the development of psychiatric illnesses in these age groups as much as possible and thus promote and improve the maintenance of healthy years of life.

The novelty of this work is that, although there are currently articles and books about individual illnesses in transition from adolescence to adulthood, there is no overview of the factors that are essential for successful treatment in the transition.

In order to achieve these goals, a data collection for Styria in the inpatient and partly also extramural area was carried out and presented. The literature research was designed as a narrative one, as the studies differ tremendously and are therefore not very comparable. Thus the aim of this thesis was to present a comprehensive summary of the current situation.

It has been found that the diagnoses of depression, anxiety disorders and substance-related disorders are the most common in this age group. It has also been shown that the specified treatment in separate settings for adolescents and young adults has clear advantages over treatment in a pediatric or child and adolescent psychiatric or in an adult psychiatric department, thereby chronicity can be better prevented.

The efforts to establish such a ward in the psychiatric care system must therefore be continued in order to be able to offer appropriate evidence-based treatment settings for adolescents in Styria and thus make a significant contribution to improving health in the population. Further research in this field is needed, especially exploring other treatment settings such as home treatment or more intensive outpatient care, which should be established for this age group.

Inhalt

Deckblatt.....	1
Eidesstattliche Erklärung.....	2
Danksagungen.....	3
Zusammenfassung.....	4
Abstract.....	6
Inhaltsverzeichnis.....	7
Tabellenverzeichnis.....	8
Abbildungsverzeichnis.....	8
EINLEITUNG.....	8
Der Begriff der Adoleszenz.....	9
Häufigkeit psychiatrischer Störungen in der Adoleszenz.....	16
Die Adoleszentenkrise.....	19
Der Begriff der Transition.....	25
HYPOTHESEN.....	28
METHODEN.....	28
ERGEBNISSE der Literaturrecherche	
A Die Ebene der Diagnosen.....	33
ICD 10 Die Borderline Persönlichkeitsstörung.....	36
Störungen des Sozialverhaltens.....	36
ICD 10 ADHS.....	38
ICD 10 Depressive Episode.....	39
ICD 10 Angststörungen.....	39
ICD10 Essstörungen.....	41
B Patient*innenebene.....	43
Leitlinien.....	43
Literaturreview zu spezifischen Stationen für junge Erwachsene in psychiatrischen Krankenhäusern.....	45
Spezifika in der Therapie für junge Erwachsene.....	52
ERGEBNISSE der Datenerhebung	
C Die Systemebene.....	56
DISKUSSION.....	67
Limitierungen.....	72
Fazit.....	73
Literaturverzeichnis.....	74

Tabellenverzeichnis

Tab.1: Aufnahmezahlen nach Alter LKH Graz II, Erw.- und KJ-Psychiatrie

Tab. 2: Belagstage nach Alter

Tab. 3: Durchschnittliche Verweildauer nach Alter

Tab. 4: Zahlen der Tageskliniken

Tab. 5: Ambulanz-Zahlen

Tab. 6: Zahlen der Psychosozialen Dienste Steiermark

Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Zeiteinteilung der Phasen von der späten Kindheit zum frühen Erwachsenenalter

Abb.2: Verteilung der ICD-10-Diagnosen der Patient:innen unseres Krankenhauses in der Altersgruppe 16-25

Abb. 3-11: Verteilung der ICD-10-Diagnosen für jedes Lebensjahr gesondert dargestellt.

Abb. 12: Teufelskreis der Entstehung chronifizierter psychiatrischer Störungen durch unzureichende und nicht abgestimmte Versorgung während der Adoleszenz

Abb 13: Verlorene gesunde Lebensjahre

EINLEITUNG

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Zeitspanne der Adoleszenz im Hinblick auf Besonderheiten, die für eine Behandlung von psychischen Störungen in dieser Lebensphase von Bedeutung sind. Dafür ist das grundlegende Verständnis der Begriffe Adoleszenz und Transition von Bedeutung, weshalb hier näher darauf eingegangen wird.

Der Begriff der Adoleszenz:

„Als Adoleszenz wird die Lebensphase bezeichnet, die den Übergang von der Kindheit zum Erwachsenenalter markiert. In einer Ausgabe des Deutschen Ärzteblatts widmen sich zwei Beiträge den psychischen Störungen in der Adoleszenz, unter besonderer Berücksichtigung der Entwicklungsperspektive.

Die Adoleszenz beginnt mit der Pubertät, die durch die biologischen und physiologischen Veränderungen gekennzeichnet ist. Diese Phase geht einher mit der körperlichen und sexuellen Reifung.

Biologisch gesehen umfasst die Adoleszenz die Gesamtheit der somatischen und psychischen Veränderungen, die sich am augenfälligsten in der körperlichen Entwicklung und der sexuellen Reifung zeigen.

Psychologisch betrachtet schließt sie die Gesamtheit der individuellen Vorgänge ein, die mit dem Erleben, der Auseinandersetzung und der Bewältigung der somatischen Veränderungen sowie den sozialen Reaktionen auf diese verbunden sind.

Aus soziologischer Sicht lässt sich Adoleszenz als Zwischenstadium definieren, in dem die Jugendlichen mit der Pubertät die biologische Geschlechtsreife erreicht haben, ohne jedoch in den Besitz der allgemeinen Rechte und Pflichten gekommen zu sein, die eine verantwortliche Teilnahme an wesentlichen Grundprozessen der Gesellschaft ermöglichen und erzwingen.

In zeitlicher Hinsicht umfasst Adoleszenz die Altersphase vom 12. beziehungsweise 13. bis zum 20. respektive 24. Lebensjahr.

Aus rechtlicher Perspektive bedeutet Adoleszenz eine Zunahme von Teilmündigkeiten, das heißt Strafmündigkeit mit 14 Jahren, Ehemündigkeit auf Antrag mit 16 Jahren, Volljährigkeit mit 18 Jahren, Ende der Anwendbarkeit von Jugendstrafrecht mit 21 Jahren.

Die zeitlichen Grenzen sind bezüglich aller genannten Kriterien sowohl nach unten als nach oben unscharf. Während sich die untere Grenze mit dem Einzug der Menarche beziehungsweise der ersten Ejakulation sowie durch die körperlichen Veränderungen noch einigermaßen präzise bestimmen lässt, ist die obere Grenze äußerst variabel und unterliegt weitaus stärkeren gesellschaftlichen Einflüssen.

Angesichts der erheblichen Variabilität der oberen Grenze der Adoleszenzphase kommt man immer mehr davon ab, feste Altersmarken anzugeben; vielmehr geht man dazu über, die obere Grenze nach sozialen Kriterien zu definieren“ (Remschmidt, 2013)

„Eine nach dem Geschlecht differenzierte Einteilung des Jugendalters schlägt Karsten (1999) vor. Der Autor gibt folgende Zeitmarken für die Entwicklungsphasen des Jugendalters an:

Entwicklungsphase	Mädchen	Jungen
Späte Kindheit	8-10 J.	10-12 J.
Vorpubertät	10-12 J.	12-14 J.
Pubertät	12-14 J.	14-16 J.
Frühe Adoleszenz	14-15 J.	16-17 J.
Mittlere Adoleszenz	15-17 J.	17-19 J.
Späte Adoleszenz	17-19 J.	19-21 J.
Frühes Erwachsenenalter	19-25 J.	21-25 J.

Abbildung 2: Zeiteinteilung der Phasen von der späten Kindheit bis zum frühen Erwachsenenalter

(Cicek, Kapella, Steck, 2005)“

Abb.1

In der Adoleszenz als Zeitphase der Entwicklung vom Kindes- und Jugendalter hin zum reifen Erwachsenen sind unterschiedliche Aufgaben zu erfüllen. Häufig kommt es in der Kindheit oder im Jugendalter zu unterschiedlichen Entwicklungsverzögerungen, die ein Nachreifen erfordern, oft sind auch in der Phase der Adoleszenz die Bedingungen (z.B. durch eine Erkrankung eines Elternteils, durch eine eigene Erkrankung, durch Migration, durch Schwierigkeiten im Erbringen von bestimmten Leistungen etc) nicht optimal, um die notwendigen Entwicklungsschritte dieser Phase absolvieren zu können.

„Nahezu alle Organe und körperlichen Funktionen unterliegen im Verlauf der Adoleszenz erheblichen Wandlungen. Dies bezieht sich auf Körpergröße, Gewicht, Wachstumsgeschwindigkeit, die Veränderungen der körperlichen Proportionen, funktionelle und morphologische Veränderungen der Organsysteme, die vermehrte Ausschüttung nahezu aller Hormone und als Folge dieser Prozesse auf die äußeren Merkmale der sexuellen Reifung.

Die psychologischen Veränderungen erstrecken sich insbesondere auf die Entstehung neuer kognitiver Strukturen (Fähigkeit zum abstrakten Denken), die Entwicklung der Introspektionsfähigkeit, die Entstehung moralischer

Werthaltungen und Normen sowie die Bewältigung der alterstypischen Entwicklungsaufgaben.“ (Remschmidt, 2013)

Die Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz

Dazu finden sich im Lehrbuch „Bausteine der Psychoanalyse“ von Schuster und Springer-Kremser v. 1997 Beschreibungen der psychischen Entwicklungsaufgaben, die im folgenden Teil zitiert werden.

„**Präadoleszenz:** Diese Phase folgt auf die Latenz und wird durch einen deutlichen Anstieg des Triebdrucks eingeleitet. Noch können Jungen und Mädchen kein neues Triebziel oder Lustobjekt ausmachen, weshalb wahllos auf libidinöse Lustformen der Kinderjahre zurückgegriffen wird. Bei den Jungen tritt in der Präadoleszenz erneut eine massive Kastrationsangst auf, die einerseits durch die Identifikation mit der Mutter und andererseits durch die Hinwendung zu Peers gleichen Geschlechts (homosexuelle Phase der Präadoleszenz) abgewehrt werden kann. Die homoerotischen Tendenzen zeigen sich beispielsweise darin, dass Mädchen von präadoleszenten Knaben abgelehnt werden und sich die Jungen in gleichgeschlechtlichen Banden zusammenschließen. Die Behauptung, froh darüber zu sein, dem männlichen Geschlecht anzugehören, findet sich bei Knaben in der Präadoleszenz besonders häufig. Mädchen übertreiben demgegenüber in der präadoleszenten Phase ihre Heterosexualität. Bedingt durch die Enttäuschung der Mutter als kastrierte Frau in der ödipalen Phase identifizieren sich Mädchen in der Präadoleszenz nicht mit dieser, sondern wählen sich ein aktives, phallisches Objekt zur Identifikation (= Amazone). Das präadoleszente Mädchen ist deshalb nicht feminin, sondern zeigt deutlich jungenhaftes Benehmen. Die phallische Qualität der präadoleszenten Heterosexualität erlaubt es dem Mädchen sich für kurze Zeit komplett und allem gewachsen zu fühlen.

Frühadoleszenz: Sowohl bei Knaben als auch bei Mädchen spielen in dieser Phase Freundschaften eine große Rolle, wobei das Objekt der Freundschaft idealisiert wird. Eine typische Form der Idealisierung ist bei Mädchen der sog. „Schwarm“ wobei dies sowohl ein Mann als auch eine Frau sein kann. Der

Schwarm wird passiv geliebt, wobei phantasiert wird, vom Schwarm etwas Zuneigung und Aufmerksamkeit zu bekommen. Das Stadium der schwärmerischen Mädchenliebe ist nach Schuster & Springer Kremser (1994) ein bisexuelles Stadium. Die phallische Einstellung der Präadoleszenz ist noch nicht völlig überwunden, es besteht aber auch noch keine erwachsene Feminität. Vielmehr findet eine mehr oder weniger verschwommene Körperwahrnehmung Ausdruck in verschiedenen Tagträumen und anderen Betätigungen. Auch bei Knaben stehen Freundschaften im Vordergrund. Wobei eine Idealisierung des Freundes möglich ist. Jungen wählen häufig Freunde nach dem narzisstischen Schema aus, d.h. derjenige wird geliebt, der Qualitäten besitzt, die das Ich braucht um sein Ideal zu erreichen. Sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen steht in der Frühadoleszenz die idealisierte Liebe im Vordergrund, die für die Entwicklung des Ich-Ideals von großer Bedeutung ist. Zunächst werden die ödipalen Konflikte wiederbelebt. „Das ödipale Dreieck konstellierte sich von neuem, wobei aber das Individuum nun über ganz andere Kräfte und Fähigkeiten verfügt als damals als Kind. Der ödipale Traum könnte nun Wirklichkeit werden: der Knabe würde die Mutter erobern und den Vater töten, das Mädchen den Vater gewinnen und die Mutter besiegen. Was während der Latenz unbewusst geworden war, scheint erfüllbar zu sein“ (Erdheim 1992:274). Das Inzesttabu erzwingt vom frühadoleszenten Jugendlichen jedoch die Loslösung von den ersten Liebesobjekten (=Eltern) und das unbewusst Werden der erotischen Wünsche an sie. Die Loslösung von den inzestuösen Liebesobjekten und die Wahl extrafamilialer Ideale gibt der Frühadoleszenz ihren spezifischen Charakter. Mit dem Nachlassen der bisexuellen Tendenzen, der Ausbildung eines stabilen Ich-Ideals und damit, dass die idealisierten Objekte wieder auf ein realistisches Maß schrumpfen, endet dieses Entwicklungsstadium.

Eigentliche Adoleszenz: Aufgabe der eigentlichen Adoleszenz ist, dass Jugendliche sich an die neue Situation nichtinzestuöser Objektbeziehungen anpassen. Dabei haben sie das Wiederaufflammen alter Konflikte aus der ödipalen Phase – nämlich den Ödipuskomplex - zu bewältigen. Durch die Zunahme des Sexualtriebs kommt es auch zu einer Zunahme der gesamten Sexualität. Es werden alte infantile Impulse wiederbelebt und damit ebenso

infantile Ängste wach. Diese Konflikte des Adoleszenten werden in unserem Kulturkreis in Form von Konflikten um die Masturbation erfahren. Masturbation wird in der Adoleszenz zum Hauptträger sexuellen Lustgewinns und bereitet den Jugendlichen auf den späteren Geschlechtsverkehr vor. Bei Jugendlichen, die nicht masturbieren gehen die Autoren davon aus, dass die Verdrängung der infantilen Masturbation zu stark war. Auf die wachgerufenen infantilen Ängste können die Jugendlichen unterschiedlich reagieren. Einige entscheiden sich mehr für ihre Triebimpulse, was sich meist in einem Kampf gegen die Eltern äußert. Andere entscheiden sich gegen die Triebe und für die Eltern. Dann bekämpfen sie sowohl ihre Triebimpulse als auch ihren Wunsch, sich gegen die Eltern aufzulehnen. Bei den meisten Jugendlichen in der eigentlichen Adoleszenz ist ein Wechsel zwischen diesen beiden Polen zu beobachten, was zu scheinbar widersprüchlichem Verhalten führt. In oft sehr rascher zeitlicher Abfolge wechseln sich asketische Tendenzen und triebhaftes Ausagieren ab. Die Peergroup hat in dieser Phase eine wichtige psychohygienische Funktion. Das Zusammensein mit Gleichaltrigen mit ähnlicher psychischer Konstellation schützt den Jugendlichen davor sich aufgrund von Unverstandenfühlen in asketische Einsamkeit zurückzuziehen. Vertreter des psychodynamischen Ansatzes sehen die Phase der eigentlichen Adoleszenz als abgeschlossen, wenn Sexualität derart in die Persönlichkeit des Menschen integriert wurde, dass die Fähigkeit zum Orgasmus mit der Fähigkeit zärtliche Beziehungen zu nichtinzestuösen Liebesobjekten aufzubauen, in Einklang gebracht werden kann. Weiters finden Jugendliche am Ende der eigentlichen Adoleszenz erste brauchbare Antworten und innere Sicherheit auf die beunruhigende und oft quälende Frage „Wer bin ich eigentlich?“

Spätadoleszenz: Aufgabe der Spätadoleszenz ist es, die ersten vagen Vorstellungen zur eigenen Identität weiter auszuformulieren und zu einer positiven sowie selbstverständlichen Selbsteinschätzung zu kommen. Die Antwort „Das bin ich!“ gelingt dem jungen Menschen immer besser. Es können zudem widersprüchliche, das psychische Gleichgewicht störende Anteile der Persönlichkeit nebeneinander stehen bleiben; Widersprüche müssen nicht mehr verleugnet oder verdrängt werden, sondern werden in die Persönlichkeit des jungen Menschen integriert. Insofern ist die stabile Ausbildung einer Ich-Identität die zentrale Entwicklungsleistung der Spätadoleszenz.

Postadoleszenz: Die Postadoleszenz stellt den Übergang zum Erwachsenenendasein dar. Der junge Mensch wird zunehmend fester in die Gesellschaft verankert. Aufgabe der Phase ist es, sicheren Halt im Erwachsenenleben zu bekommen und den Adoleszenzprozess zum Ende zu bringen.“ (Schuster, 1997)

Dazu finden sich, angelehnt an das Werk „Adoleszentenpsychiatrie“ von Fegert, Resch et al aus dem Schattauer-Verlag noch weitere Aufgaben, die in dieser Phase zu bewältigen sind:

- „Aufbau von neueren und reiferen Beziehungen zu Gleichaltrigen, egal welchen Geschlechts
- Akzeptanz des eigenen körperlichen Aussehens und effektiver Einsatz des Körpers
- Erlangung emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern
- Aufbau einer sicheren ökonomischen Unabhängigkeit
- Berufswahl und Berufsvorbereitung
- Bereitschaft und Fähigkeit zu sozial verantwortlichem Handeln
- Entwicklung von Toleranz und Konfliktlösungskompetenz
- Abbau von Vorurteilen
- Verständnis für komplexe Zusammenhänge in Politik und Wirtschaft
- Kritische Haltung gegenüber der Gesellschaft, insbesondere in den Bereichen
- Umweltschutz und Friedenssicherung“
(Fegert, 2009)

Krisen und psychische Störungen während der Adoleszenz

Es ist naheliegend, dass gerade in einer so gravierenden Entwicklungsphase mit so ausgeprägten Veränderungen die Häufigkeit von Störungen, die diese Entwicklung beeinträchtigen und zu Krisen führen, aber auch die Ausbildung gravierender psychiatrischer Störungen mitbedingen können, ansteigen wird.

„Dies gilt aber allenfalls für 15–20 % der Adoleszenten, während die übrigen, wenn auch nicht ohne gewisse Beeinträchtigungen, ihren Weg in das Erwachsenenalter konsequent fortsetzen. Im Hinblick auf die Manifestation psychischer Störungen ist die Hirnentwicklung von zentraler Bedeutung. Die wichtigste Erkenntnis ist die, dass sich die verschiedenen Strukturen des Gehirns gestuft und in unterschiedlichen Reifungsgeschwindigkeiten entwickeln. Dadurch

entsteht eine verhaltensrelevante Diskrepanz: Die früher reifenden und stärker ausgeprägten subkortikalen Strukturen – insbesondere das limbische System und das Belohnungssystem – steuern emotionale Reaktionen, die infolge der Reifungsdissoziation in der Adoleszenz noch einer unzureichenden Kontrolle durch den später reifenden präfrontalen Kortex unterliegen.

Dadurch lassen sich verschiedene adoleszenztypische Verhaltensweisen erklären, wie etwa

- das ausgeprägte Risikoverhalten in Bezug auf Alkohol- und Drogenkonsum, im Straßenverkehr sowie bei Sexualkontakten
- die Zunahme emotionaler Störungen und affektiver Erkrankungen
- das leichte Hineingeraten in tätliche Auseinandersetzungen.

Zur Umstrukturierung des Gehirns leisten auch die in ihrer Konzentration ansteigenden gonadalen Steroidhormone einen wesentlichen Beitrag.

Alle diese Veränderungen, die stets auch in Wechselwirkung mit Umweltfaktoren betrachtet werden müssen, tragen dazu bei, dass sich in der Adoleszenz vermehrt bestimmte Störungsmuster etablieren: Bei Mädchen eher introversive Störungen, und Essstörungen, bei Jungen eher extroversive Störungen wie Störungen des Sozialverhaltens, zuweilen auch Kriminalität“. (Remschmidt, 2013)

Diese Störungen werden auch als internalisierende Störungen (zu denen Angststörungen, Depressionen, aber auch Essstörungen zählen) und externalisierende Störungen (beispielsweise Störungen des Sozialverhaltens) bezeichnet.

Die Klärung der gestellten Fragen ist dabei für beide Geschlechter gleichbedeutend, da es - unabhängig von der Häufigkeit der Erkrankungen – für den Einzelnen keinen Unterschied macht, ob er/sie weiblich, männlich oder divers ist. Im Falle des Auftretens einer psychischen Störung ist es jedenfalls von Bedeutung, welche Art der Behandlung am wirksamsten ist und wo diese im unmittelbaren Umfeld zur Verfügung steht.

Häufigkeit psychiatrischer Störungen in der Adoleszenz

Zur Häufigkeit von Adoleszenzkrise und psychiatrischen Erkrankungen im jungen Erwachsenenalter wurden folgende Studien gefunden und ausgewählt, da sie ein umfassendes Bild über unterschiedliche Regionen ergeben:

- 1) In einer **weltweiten Metaanalyse aus 2015**, die im *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* veröffentlicht wurde, fand man eine Häufigkeit von 13,4% der Kinder und Adoleszenten weltweit mit psychischen Störungen.

Eingeschlossen waren 41 Studien in 27 Ländern, es handelt sich dabei also um weltweite Prävalenzdaten. Die Störungen gliederten sich in:

- Angststörungen (6,5%),
- Depressive Störungen (2,6%)
- ADHS 3,4%
- „Disruptive Disorder“ 5,7% (eine im englischsprachigen Raum übliche Bezeichnung für Störungen, die mit gereizter Stimmung und Verhaltensstörungen einhergehen)

Dabei spielten geographische Unterschiede keine wesentliche Rolle, allerdings zeigten die Störungen große Heterogenität. Es zeigte sich insgesamt, dass psychische Störungsbilder eine signifikante Zahl von Kindern und Jugendlichen weltweit betreffen und essentielle Auswirkungen auf unser Gesundheitssystem heute und in der Zukunft haben. (Polanczyk et al., 2015)

- 2) In einer **Studie in Mexiko**, publiziert im *Journal of European Child & Adolescent Psychiatry* 2016, wird beschrieben, dass die Hälfte der Psychiatrischen Erkrankungen ihren Beginn bis zum jungen Erwachsenenalter hat.

In dieser longitudinalen Kohortenstudie wurden 1071 Proband:innen einem diagnostischen Interview unterzogen. Dabei zeigte sich, dass bei 37,9% bereits eine psychiatrische Störung begonnen hatte, 28,4% suchten deshalb entsprechende Gesundheitsangebote auf.

Am häufigsten lag der Grund dafür in einer substanzbezogenen Störung, danach folgten affektive und Verhaltensstörungen, Angststörungen und Essstörungen. Eine große Rolle spielten Alter, Geschlecht, Schulabbruch und Probleme in früherer Kindheit. (Benjet 2016)

- 3) Eine weitere **Studie** zu diesem Thema findet sich im Journal of Psychological Medicine und wurde **in den Niederlanden** durchgeführt.

Darin zeigte sich, dass in der späten Adoleszenz 22% der Jugendlichen schwere Episoden und 23% leichtere Episoden durchlebten bei einer Erkrankungsrate von insgesamt 5-10% der Adoleszenten Population. Dabei waren 1584 Proband:innen im Alter von 11 bis 19 Jahren eingeschlossen. (Ormel, 2014)

- 4) Eine ältere **Studie von 1996**, die sich mit der Prävalenz, Komorbidität und klinischer Signifikanz von psychischen Störungen im Alter von 11 bis 21 Jahren beschäftigte fand heraus, dass die Erkrankungshäufigkeit longitudinal mit dem Alter zunahm. So gab es in der

- späten Kindheit eine Prävalenz von 18%, von der
- mittleren (22%) bis zur
- späten Adoleszenz (41%) und dem jungen Erwachsenenalter (40%)

eine deutliche Zunahme der Erkrankungshäufigkeiten. Fast die Hälfte der 21jährigen hatte Komorbiditäten und diese hingen mit der Schwere der Beeinträchtigung zusammen. Es wurde daraus geschlossen, dass Behandlungsressourcen gezielt für junge Erwachsene ausgebaut werden sollten. Primärprävention und Ursachenforschung sollten auf Kinder und Adoleszente gerichtet sein. (Newman, 1996)

- 5) Eine noch ältere, aber durchaus noch gültige **Epidemiologische Analyse** beschäftigt sich mit erwachsenen Geschlechterrollen und psychischer Störung; publiziert wurde sie im American Journal of Sociology.

Es zeigte sich, dass Frauen eine deutlich höhere Prävalenz von psychischen Erkrankungen aufwiesen als Männer. Ausgewertet wurden: Der erstmalige

Kontakt zu einer psychiatrischen Klinik, psychiatrische Behandlung in Allgemeinkrankenhäusern, ambulante psychiatrische Behandlungen sowie psychiatrische Interventionen über den Hausarzt. (Gove, 1973)

Nachdem die zitierten Studien in den Zeiträumen vor der COVID-Pandemie publiziert wurden, die Pandemie aber gerade auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen große Auswirkungen hatte folgt hier noch eine aktuelle Studie über die Auswirkungen der COVID-Maßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

- 6) „COVID-19 wurde im März 2020 zur Pandemie erklärt, woraufhin viele Länder weltweit Lockdowns ausriefen. Ziel dieser Studie war es, die vorhandene Literatur zu den Auswirkungen der als Reaktion auf die COVID19-Pandemie eingeführten Lockdown-Maßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu überprüfen. In diesem PRISMA-konformen systematischen Review (PROSPERO: CRD42021225604) wurden Embase, Ovid, Global Health, PsycINFO, Web of Science und Preprint-Datenbanken durchsucht. Studien, die über ein breites Spektrum von Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, einschließlich Risiko- und Schutzfaktoren, berichteten und bei Kindern und Jugendlichen (im Alter ≤ 19 Jahre) durchgeführt wurden, die dem COVID-19-Lockdown ausgesetzt waren, wurden eingeschlossen. Die Datenextraktion und Qualitätsbewertung wurden von unabhängigen Forschern durchgeführt und die Ergebnisse nach Kernthemen zusammengefasst. 61 Artikel mit 54.999 Kindern und Jugendlichen wurden aufgenommen (Durchschnittsalter = 11,3 Jahre, 49,7 % weiblich). Angstsymptome und Depressionssymptome waren in den eingeschlossenen Studien häufig und lagen bei 1,8–49,5 % bzw. 2,2–63,8 %. Reizbarkeit (Bereich = 16,7–73,2 %) und Wut (Bereich = 30,0–51,3 %) wurden von Kindern und Jugendlichen ebenfalls häufig angegeben. Besondere Bedürfnisse und das Vorhandensein psychischer Störungen vor dem Lockdown sowie übermäßige Medienpräsenz waren erhebliche Risikofaktoren für Angstzustände. Die Eltern-Kind-Kommunikation schützte vor Angstzuständen und Depressionen.“ (Panchal, 2023)

7.) In einem deutschen Artikel über Transitionspsychiatrie wird darüber berichtet, dass es zwischen dem 16. und 25. Lebensjahr bei Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen eine altersspezifisch besonders hohe Rate von Therapieabbrüchen gibt, die im ungünstigen Fall mit einer raschen und wiederkehrenden Entwicklung psychischer Krisen und der Gefahr der Chronifizierung einhergeht.

Die Transitionspsychiatrie als Schnittstelle zwischen adoleszenzentrierter und erwachsenenorientierter Psychiatrie zielt daher darauf, den Übergang von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit frühen, schweren und chronischen psychischen Erkrankungen und langfristigem Behandlungsbedarf aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen in das erwachsenenpsychiatrische Versorgungssystem zu verbessern, vermeidbare Chronifizierungen bei psychischen Störungen junger Menschen zu verhindern und daraus resultierende Beeinträchtigungen soweit wie möglich zu reduzieren.

Mit dem Ziel, die Entwicklung einer interdisziplinären Transitionspsychiatrie zu fördern, haben die Deutschen Gesellschaften für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP) und Erwachsenenpsychiatrie (DGPPN) eine fachübergreifende Task-Force gegründet.

In unterschiedlichen Beiträgen der Task-Force Transitionspsychiatrie wurden diagnosespezifisch Lücken in der Versorgung identifiziert und störungsspezifisch inhaltliche therapeutische und strukturelle Empfehlungen für das Versorgungssystem, inklusive Ansätze zum Transitionsmanagement, abgeleitet (s. Banaschewski, 2020).

Die Adoleszentenkrise

Definiert werden soll hier nun auch die Adoleszentenkrise, da diese, unabhängig von der Grunderkrankung, zu einer massiven Verschlechterung des Allgemeinbefindens bis hin zu stationären Aufnahmen führen kann.

„Eine psychische Krise ist in der Klinischen Psychologie und Psychiatrie wie im gesamten psychosozialen Bereich ein durch ein überraschendes Ereignis oder akutes Geschehen hervorgerufener schmerzhafter seelischer Zustand oder Konflikt zwischen mehreren beteiligten Personen, der dann entsteht, wenn sich eine Person oder eine Gruppe auf dem Weg zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder der Alltagsbewältigung Hindernissen gegenüber sieht und diese nicht mit den üblichen Problemlösungsstrategien bewältigt werden kann.

Eine Krise in diesem Sinne äußert sich als plötzliche oder fortschreitende Verengung der Wahrnehmung, der Wertesysteme sowie der Handlungs- und Problemlösungsfähigkeiten. Die Krise stellt bisherige Erfahrungen, Werte, Ziele und Normen infrage und hat oft für die Person einen bedrohlichen Charakter. Sie ist zeitlich begrenzt.“ (Fegert, 2009)

Der Begriff der Adoleszentenkrise wurde in den vergangenen Jahrzehnten immer weniger gebräuchlich; in der älteren Literatur war er sehr häufig und unspezifisch verwendet worden. Um das Jugendalter mit seinen teilweise krisenhaften Umstrukturierungen jedoch nicht zu pathologisieren erscheint dieser Begriff notwendig. Dies auch vor allem deshalb, weil es zu den entstehenden krisenhaften Prozessen keine diagnostische Klassifikation gibt, in die diese eingeordnet werden könnten - eine ICD-10 oder DSM-IV-Diagnose der Krise in der Adoleszenz existiert nicht. (s. Fegert, 2009)

Synonym für den Begriff der Adoleszentenkrise werden auch die Begriffe „Reifungskrise“, „adoleszente Identitätskrise“ oder auch „normative Krise“ verwendet. Sie entsteht durch die Umstände, dass ein Jugendlicher in dieser Phase neue Strategien und Fähigkeiten entwickeln muss, weil das bisherige innere und äußere Gleichgewicht verloren geht in der Phase der biopsychosozialen Umstrukturierung. (Fegert, 2009)

Im Sinne der o.a. Definition einer psychischen Krise ist es naheliegend, die auftretenden Veränderungen und ggf. auch Auffälligkeiten im Verhalten und im Befinden der Jugendlichen unter diesem Aspekt zu betrachten.

Dazu zählen schulische Probleme, Probleme in der Familie, mit Freunden; dies kann durchaus bis zu relevanten psychischen Störungen gehen mit Auftreten depressiver Symptome, suizidaler Gedanken, Ängste und Zwänge treten gehäuft

auf. Auch können beim Probieren unterschiedlicher Substanzen wie Alkohol, Cannabis, Amphetamine halluzinatorische Phänomene und Wahngedanken auftreten, die einer Behandlung bedürfen. (s. Fegert, 2009)

Die Grenze zwischen der Krise und der tatsächlichen psychischen Störung bzw. Erkrankung ist hier fließend und wird nicht einheitlich definiert. Hier scheinen Parallelen zur Anpassungsstörung zu bestehen, die eine psychiatrische Störung darstellt und als eine zeitlich limitierte Reaktion auf – allerdings äußere – Probleme definiert wird. Die in den Klassifikationssystemen angegebene zeitliche Begrenzung für z.B. eine ängstliche und depressive Reaktion wird mit maximal sechs Monaten festgelegt. (s. Fegert, 2009)

Die Abgrenzung zwischen einer Adoleszentenkrise und einer tatsächlichen psychischen Erkrankung erscheint vor allem deshalb so wichtig und notwendig, weil die Prognose eine völlig andere ist und durch eine vorzeitige (ggf. falsche) Diagnose einer manifesten psychiatrischen Störung die Weichen in Richtung einer chronischen Erkrankung mit den oben bereits genannten Einschränkungen gestellt würden. Damit würde man junge Menschen und ihre Verhaltensweisen und Sorgen zu früh und zu häufig pathologisieren.

Diese Gefahr besteht insbesondere dann, wenn Jugendliche und junge Erwachsene in der Krise in psychiatrischen Versorgungskrankenhäusern vorgestellt werden, welche Gefahr laufen die Symptomatik der jungen Erwachsenen für eine schwerergradige psychiatrische Erkrankungen zu halten und als diese zu behandeln. Dies kann dann zum (routinemäßigen) frühzeitigen Gebrauch psychiatrischer Medikation führen, die dann wiederum ihrerseits zur Chronifizierung beitragen kann, wenn sie unkritisch weiterverordnet wird. Es ist dabei evident, dass die Gabe eines Antipsychotikums (auch wenn dies nur für eine Krise gedacht war) dazu führen kann, dass es zu Veränderungen an den entsprechenden Dopamin-Rezeptoren kommt, die beim Absetzen des Medikaments dazu führen können, dass als Folge psychotische Symptome durch einen Rebound-Effekt (wenn auch nur vorübergehend) auftreten. (Kankana, 2023)

Damit würde dann die Notwendigkeit bestehen, das Antipsychotikum weiter zu verordnen und junge Patient*innen damit in die Situation bringen, dass sich kaum

Psychiater*innen dazu durchringen könnten, dieses Medikament wieder abzusetzen.

Zu diesem Punkt wurde in der Zeitschrift „Nervenarzt“ 2021 folgender Artikel publiziert, der die Thematik sehr gut beschreibt und das oben Beschriebene darlegt:

„Schwere Störungen der Emotionsregulation (so z. B. im Rahmen psychischer Erkrankungen wie Borderline-Störungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, komplexer posttraumatischer Belastungsstörung) nehmen ihren Beginn häufig in der Kindheit und Jugend und beeinflussen die psychosoziale Entwicklung der Betroffenen oft bis in das Erwachsenenalter. Fachgerechte Behandlung erfordert daher häufig längerfristige Planung, möglichst aus einer Hand. Die Struktur des gegenwärtigen psychiatrischen Versorgungssystems jedoch erschwert bzw. behindert diesen Prozess, fördert hohe Hospitalisierungsraten und Chronifizierung.

Warum sollte es nun spezielle „Adoleszenten-Behandlungseinheiten“ geben?

Die Lebensphase der Adoleszenz kennzeichnet den Übergang zwischen Kindheit und Erwachsenenalter, es bestehen unterschiedliche Definitionen des zeitlichen Rahmens, über den sie sich erstreckt. Zumeist wird als Altersbereich ein Zeitraum zwischen dem 12. und dem 21. bzw. 24. Lebensjahr angegeben mit unscharfen Begrenzungen sowohl nach unten als auch nach oben. Während der Begriff „Pubertät“ vor allem die biologischen Veränderungen umfasst, die sich in dieser Phase abspielen, werden unter „Adoleszenz“ eher die psychosozialen Veränderungen und Entwicklungsaufgaben zusammengefasst, die der*die Jugendliche/junge Erwachsene während dieses Zeitraumes zu bewältigen hat. Die Prävalenz schwerwiegender psychischer Störungen (so z. B. psychotische Störungen, affektive Störungen wie Depression oder bipolare Störungen, aber auch Borderline-Persönlichkeitsstörungen) steigt von der Kindheit bis in die Adoleszenz an, psychische Auffälligkeiten bzw. Erkrankungen in der Kindheit bedingen dabei ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen bzw. eine geringere Lebensqualität im Erwachsenenalter.

Werden die genannten psychischen Erkrankungen bzw. ihre Vorläufer rechtzeitig erkannt und einer evidenzbasierten störungsspezifischen Therapie zugeführt,

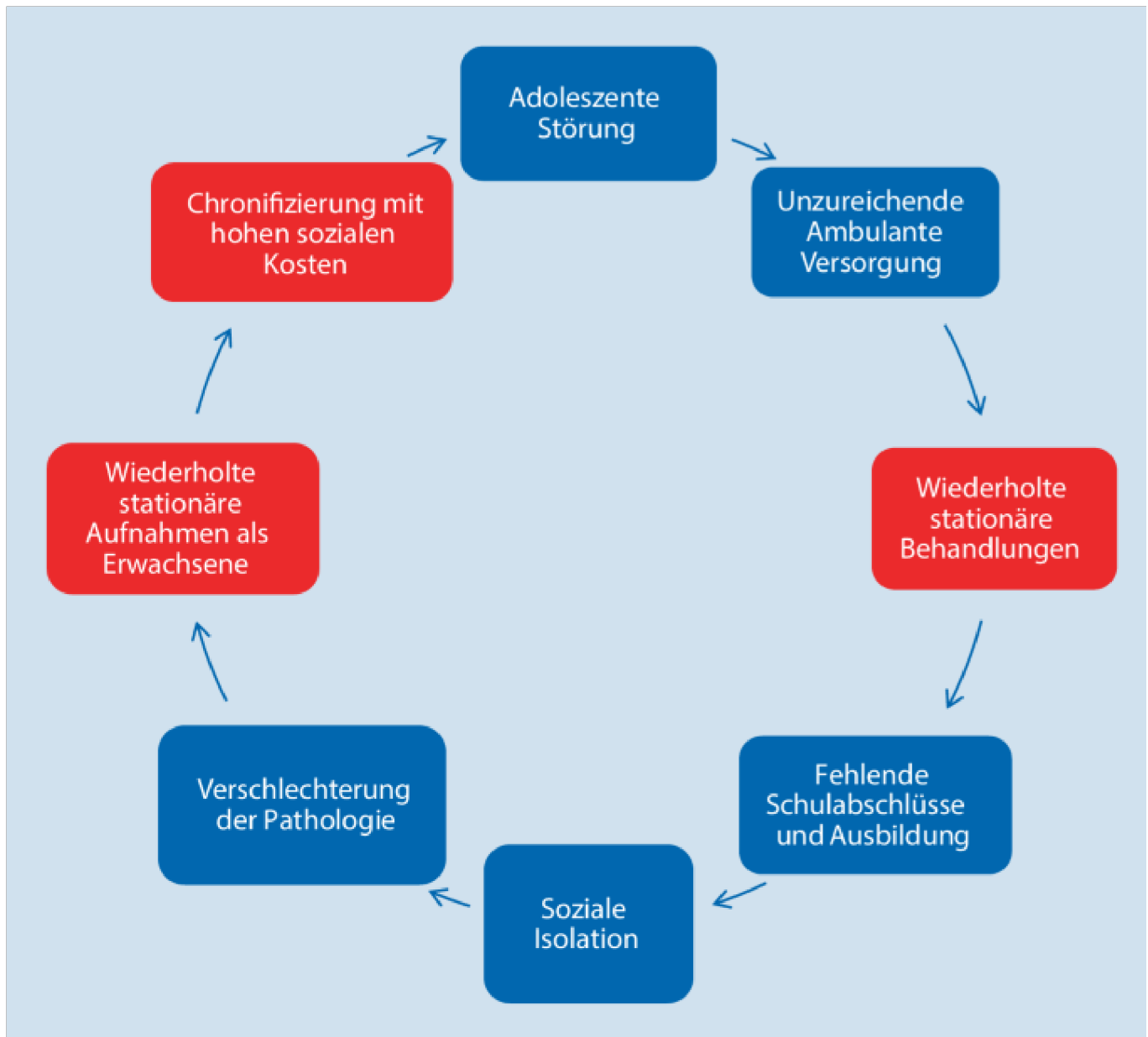
kann in vielen Fällen die Chronifizierung der Störung vermieden und der gesamte Verlauf deutlich positiv beeinflusst werden. Kommt es während der vulnerablen Phase der Adoleszenz mit Erreichen der Volljährigkeit jedoch zu Unterbrechungen der Behandlung und Unterstützung während der „Transition“ von den eher behütenden und umsorgenden Systemen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe auf der einen Seite hin zur eher auf Eigenständigkeit und Eigenverantwortung des Patienten fokussierenden Allgemeinpsychiatrie und Sozialhilfe auf der anderen Seite, kann sich dies ungünstig auf die psychosoziale Entwicklung der Betroffenen auswirken (s. auch Tab. 12). Denn gerade während der späten Phase der Adoleszenz im Alter zwischen 16 und 25 Jahren stellen sich den Jugendlichen zahlreiche Entwicklungsaufgaben, wie z. B. Ablösung vom Elternhaus, Erlangen eines Schulabschlusses, Weichenstellung für Ausbildung und Beruf sowie die Entwicklung „erwachsener“ Partnerschaften.

Schwere psychische Erkrankungen während dieser Lebensphase und die damit verbundenen Folgen wie z. B. längerfristige Hospitalisierung, verminderte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft v. a. in den Bereichen Schule und Integration in die

Peer-Group können in diesem Zusammenhang zu deutlichen Entwicklungsrückständen führen. Diese behindern die jungen Erwachsenen dann auch längerfristig an der Teilhabe in vielen Bereichen, obwohl sich die eigentliche Kernsymptomatik der Störung verbessert hat.

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken und eine kontinuierliche Begleitung adoleszenter Patient*innen unter Berücksichtigung individueller reifungsspezifischer Unterschiede über die gesamte genannte Altersspanne hinweg gewährleisten zu können, bedarf es deshalb einer engen Kooperation und Abstimmung zwischen den Fachdisziplinen.

Abb. 12: Teufelskreis der Entstehung chronifizierter psychiatrischer Störungen durch unzureichende und nicht abgestimmte Versorgung während der Adoleszenz



Die Verbesserung der Zusammenarbeit der Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Entwicklung spezifischer, speziell auf die Bedürfnisse und Besonderheiten der genannten Zielgruppe psychisch kranker Patient*innen im Übergang zwischen Jugend- und

jungem Erwachsenenalter (Altersspanne 16–25 Jahre) zugeschnittener Therapieangebote, ist das Anliegen der „Transitionspsychiatrie“. Die Task-Force „Transition“ der Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) veröffentlichte in diesem Zusammenhang 2016 ein Positionspapier, in dessen Rahmen Lücken in der bisherigen Versorgung adoleszenter Patient*innen identifiziert und Vorschläge zur sektorenübergreifenden Verbesserung der Behandlungsangebote für diese Zielgruppe entwickelt werden konnten. Ein besonderer Schwerpunkt wurde hierbei auch in der Behandlung durch interdisziplinär zusammengesetzte Teams gesehen, um dem reifungsbedingt höheren Unterstützungsbedarf der Patient*innen und ihrer Angehörigen einerseits weiterhin Rechnung zu tragen, andererseits aber Eigenverantwortlichkeit zu fördern und spezifische Frühbehandlungs- und Präventionsangebote in Bezug auf sich typischerweise im jungen Erwachsenenalter manifestierende Erkrankungen wie z. B. Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen einzusetzen.“ (Hohmann, 2021)

Umgekehrt sollte es aber natürlich auch nicht passieren, dass relevante Störungen übersehen werden und den jungen Menschen nicht die Hilfe zu Teil wird, die sie benötigen. (s. Fegert, 2009)

Der Begriff der Transition:

Transition (von lat. transitio = Übergang) ist der zielgerichtete, geplante Übergang von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit chronischen Beeinträchtigungen von Kind-zentrierten zu Erwachsenen-orientierten Gesundheitsversorgungssystemen, mit dem Ziel, eine koordinierte, ununterbrochene Gesundheitsversorgung zu gewährleisten

In der WHO-Klassifikationen werden Menschen zwischen 18-24 Jahren als junge Erwachsene definiert.

(AWMF, 2021)

In den USA geht die Zeitspanne der Transition von der Spätadoleszenz (15-16 Jahre) bis zum jungen Erwachsenenalter (24-26 Jahre).

(American Psychiatric Association, 2019)

Die Altersgrenzen für den Transitionsprozess werden also nicht einheitlich definiert, unter anderem auch deswegen, weil es von unterschiedlichen Faktoren abhängt, ab wann der Übergang vom Kindes- zum Erwachsenenalter vollzogen werden kann.

Einheitlich dargestellt wird jedoch die Relevanz, die ein gelungener Transitionsprozess für die Betroffenen hat:

Ein gelungener Transitionsprozess kann vermehrte Therapieabbrüche in der Übergangsphase verhindern, vermeidet dadurch die Verschlechterung der Symptomatik, kann die zu erwartende symptomfreie Lebenszeit erhalten bzw. verlängern, Langzeitschäden hintanhaltend und vermeidet dadurch viel Leid für Patient*innen und erhöhte Kosten für das Gesundheitssystem.

In dieser Arbeit habe ich die Phase der Transition vom Jugendalter zum Erwachsenenalter definiert als Phase zwischen dem vollendeten 16. und 25. Lebensjahr.

Dies ist die gängigste Einteilung und für psychiatrische Erkrankungen, die sich gerade in dieser vulnerablen Phase entscheidend zum Positiven oder Negativen verändern können, auch sehr sinnvoll. Sie spielt eine wesentliche Rolle bei allen chronischen Erkrankungen, die im Kindes- und Jugendalter beginnen und betrifft damit alle Patient*innen in dieser Altersgruppe.

Insbesondere für Patient*innen, die unter psychischen Problemen oder auch schon psychiatrischen Erkrankungen leiden wird diese Phase durch den Umstand noch schwieriger, dass es eine Änderung des Behandlungssettings von der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Erwachsenenpsychiatrie zu absolvieren gilt, die große Anforderungen an die Flexibilität der Betroffenen stellt.

Es kann dabei aber auch zu Störungen und zur Erstmanifestation psychiatrischer Erkrankungen wie Prodromalstadien einer Schizophrenie oder Bipolaren Störung, aber auch durch noch nicht ausreichend erfolgte Persönlichkeitsentwicklung zu einer emotionalen Instabilität mit ausgeprägter Störung der Emotionsregulation

kommen. Typisch für dieses Alter ist auch das Auftreten von Angst- oder Zwangsstörungen, weiters können Essstörungen, die häufig bereits im Kindes- oder Jugendalter begonnen haben, hier zu einer erschwerten Übergangsphase führen.

In Österreich gibt es seit einigen Jahren den Versuch, die Behandlung der jungen Erwachsenen in der stationären psychiatrischen Versorgung von jener der älteren Erwachsenen zu trennen. Dies hat verschiedene Begründungen:

- Einerseits kann es für Jugendliche sehr abschreckend und traumatisierend sein, wenn chronifizierte, sehr aggressive, aber auch verwirrte Patient*innen in unmittelbarer Nähe behandelt werden
- Dadurch kann es zu Ängsten vor eigener Chronifizierung kommen, was eine zusätzliche Belastung darstellt, die durch eine eigene definierte Einheit zu vermeiden wäre.
- Für die Entwicklung Jugendlicher und junger Erwachsener spielt die Peer-Group eine entscheidende Rolle. Dies kann auch im stationären Behandlungssetting genutzt werden bzw. große Benefits bringen.
- Zudem gibt es in dieser Altersgruppe noch jugendtypische Diagnosen, über die die Behandler*innen gut Bescheid wissen müssen um sie nicht zu übersehen und in welchen auch spezifische Behandlungsmethoden angebracht sind.
- Eine vorzeitige Belastung durch „Lebenszeitdiagnosen“ ist möglichst zu vermeiden, da damit der Weg in eine Chronifizierung rasch gebahnt ist.
- Spezifisch für diese Altersgruppe ausgebildetes Personal - sowohl in der Pflege, in der medizinischen Betreuung als auch unter den Therapeut*innen - ist deswegen sehr wichtig, um auf die spezifischen Bedürfnisse der jungen Erwachsenen entsprechend eingehen zu können.

Daraus ergeben sich folgende Hypothesen, die in dieser Arbeit wissenschaftlich überprüft werden sollen:

HYPOTHESEN

1. Die Borderline-Störung und psychotische Erkrankungen sind relevanter als andere Diagnosen im Alter der Transition.
2. Spezifischere altersangepasste Diagnostikmöglichkeiten sowie das Implementieren von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Therapiemethoden in dem Transitionsalter verbessern das Behandlungsergebnis.
3. Durch spezifischere Diagnostik- und Behandlungsangebote wird die Chronifizierungsrate reduziert und damit die Anzahl der Patient*innen, die in weiterer Folge nicht in den Arbeitsprozess eingegliedert werden kann, verringert sich. Ausgaben für vorzeitige Berufsunfähigkeit werden geringer.
4. Die Lebensqualität steigt, Morbidität und Mortalität (z.B. durch Suizide) werden reduziert.

METHODEN

Anhand folgender Methoden wurden die Hypothesen überprüft:

1 Literatursuche und -verwertung

Es erfolgte eine ausführliche Literaturrecherche. Hier gibt es zum einen die Möglichkeit der **Systematischen Literaturrecherche** in medizinischen Datenbanken wie PubMed oder Cochrane. Diese Form wurde in dieser Arbeit nicht favorisiert, da sich damit nur einzelne Aspekte darstellen lassen, nicht aber eine umfassende Übersicht über das sehr komplexe Thema zu erreichen ist. Zudem gibt es zu den sehr konkreten spezifischen Fragestellungen nur wenige und größtenteils nicht vergleichbare Studien mit unterschiedlichen Zielsetzungen.

Zum anderen besteht die Möglichkeit der **Narrativen Literaturrecherche**, bei der auch systematisch nach Studien gesucht wird; diese werden aber so ausgewählt, dass eine umfassende Übersicht über das vorhandene Wissen zu diesem Thema gegeben werden kann. Hierbei werden relevante

Studienergebnisse, Theorien und Konzepte zusammengefasst und interpretiert sowie auch qualitative Forschungsergebnisse und Expert:innenmeinungen einbezogen, um ein breiteres Verständnis des Themas zu ermöglichen. Diese Form der Literaturrecherche wurde gewählt und so dieser Arbeit zugrunde gelegt.

Dafür wurden folgende **Quellen** verwendet:

1. Standardwerke wie das Buch „Adoleszentenpsychiatrie“ von Fegert et al. sowie ein Lehrbuch zur „Entwicklungspsychologie“ von Schuster et al.

2. Medizinische Datenbanken wie bereits vorher bei der Systematischen Literaturrecherche beschrieben sowie über Consensus, eine offene Datenbank mit freiem Zugang zu Studien.

Ausgewählt wurden die Arbeiten nach folgenden Kriterien:

1. Passend zur Fragestellung mit hoher Aussagekraft
2. Publiziert in renommierten Journals
3. Möglichst aktuelle Arbeiten
4. Hohe Teilnehmerzahl

Begonnen wurde mit der intensiven Literatursuche Anfang Mai 2024 mit Google Scholar und den Begriffen *Adoleszenz*, *Definition*, wodurch ein Paper zur Entwicklungstheorie in der Adoleszenz und die Publikation von Remschmidt aus dem Deutschen Ärzteblatt gefunden wurden. Weiters wurde auf Google Scholar zu den Schlagworten *psychische Störungen*, *Adoleszenz* und *Geschlechterverteilung* gesucht.

Bei der Suche nach Unterschieden zwischen der *Häufigkeit von Störungen Adoleszenter im Vergleich zu Erwachsenen* wurde in Consensus mit ebendiesen Schlagworten gesucht. Ausgewählt wurden die im Kapitel „Häufigkeit von Adoleszentenkrisen/psychischen Störungen“ zitierten fünf Studien, da sie ein umfassendes Bild der Thematik ergeben und aus unterschiedlichen geografischen Gebieten stammen.

Zur Frage der *wichtigsten und häufigsten Störungsbilder* wurde ebenfalls in Consensus gesucht und eine Norwegische Studie sowie eine US-Amerikanische Kohortenstudie mit großen n`s ausgewählt.

In PubMed waren unter dem deutschen Schlagwort *Adoleszentenkrise* nur zwei Studien zu finden (Krisen und Rohrschach-Diagnostik, Adoleszentenkrise mit abdominellen Schmerzen und Rückzug), die als nicht zu dem Thema passend angesehen wurde.

Unter den englischen Begriffen *Crisis in adolescents and young adults* wurden sechs Einträge gefunden, die aber eine Verbindung zu Krisen mit klimatischen Bedingungen herstellen; nur eine war passend: Thompson LK, Sugg MM, Runkle JR. Adolescents in crisis: A geographic exploration of help-seeking behavior using data from Crisis Text Line.

In der Cochrane-Library gab es unter demselben Schlagwort drei unzutreffende Ergebnisse, die nicht verwendet werden konnten (Resilienz und Kommunikation in Familien mit krebserkranktem Elternteil; Suizidprävention über Websites – positive und negative Effekte; Studie über Sichelzellanämie).

Zu den Schlagworten *spezifische klinische Abteilungen/Stationen für junge Erwachsene* wurden in Consensus 20 Arbeiten gefunden, von denen die aussagekräftigsten und neuesten ausgewählt wurden.

Zuletzt wurde in allen verwendeten Datenbanken speziell nach Studien zur *psychischen Situation junger Erwachsener nach der COVID-Pandemie* – ebenfalls in Consensus – gesucht. Von den Ergebnissen wurde nur jene Studie ausgewählt, die einen Zusammenhang mit meiner Fragestellung hatte. Alle anderen waren unter anderen Aspekten durchgeführt worden.

Nachdem beim letzten Essstörungskongress in Wien im März 2024 eine sehr aktuelle Arbeit von Fr. Univ.Prof. Dr. Herpertz-Dahlmann zur *Transition bei Essstörungspatient*innen* präsentiert wurde, wurde nach dieser gezielt in PubMed gesucht und die Ergebnisse zitiert. Weiters wurde zuletzt im Juni 2024 auf Consensus gezielt nach Arbeiten aus jüngerer Vergangenheit in Deutschland

gesucht und drei davon ausgewählt, die sich vor allem mit der Versorgungssituation beschäftigen.

3. Ebenfalls mit einbezogen wurden die **Internationalen Leitlinien** zum Thema Adoleszentenkrise bzw. Transition wie die S3-Leitlinie (deutschsprachig) und NICE-Guidelines (englischsprachig)

4. Weiters wurden Daten der **Statistik Austria** mit einbezogen, einem Informationssystem des Bundes, das österreichweite Daten über die wirtschaftlichen, demographischen, sozialen, ökologischen und kulturellen Gegebenheiten in Österreich den Bundesorganen sowie der Wissenschaft, der Wirtschaft und der Öffentlichkeit zur Verfügung stellt.

2 Eigene Daten:

Der zweite Teil der Arbeit bestand in der **Erhebung eigener Daten**. Diese umfassen die Patientenbewegungen jugendlicher Patient*innen für einen Zeitraum von drei Jahren (2021-2023) der gesamten Steiermark, zeigen die stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgungssituation und wurden von der Verwaltung des LKH Graz II in Form von Excel-Tabellen zur Verfügung gestellt und zum Teil in Form von Kreisdiagrammen anschaulich gestaltet. Zusätzlich wurden ambulante von den Psychosozialen Zentren in der Steiermark für denselben Zeitraum über den steirischen Gesundheitsfonds erhoben und ebenfalls in Form einer Excel-Tabelle in der Arbeit dargestellt.

Darstellung der Ergebnisse:

Um die Ergebnisse zu beschreiben wurden folgende Ebenen verwendet, wobei die ersten beiden den Teil darstellen, der mittels Literaturrecherche erarbeitet wurde. Die Systemebene bezieht sich auf die Darstellung der erhobenen Daten für die Steiermark:

- A) Die Ebene der Diagnosen
- B) Die Patient*innenebene

C) Die Systemebene

A) Die Ebene der Diagnosen:

Die Ebene der Diagnosen beschreibt das Vorkommen der einzelnen Diagnosegruppen. In der klinischen Praxis der Abteilung PS 3 des LKH Graz II Süd (Erwachsenenpsychiatrie) werden folgende Diagnosen als sehr relevant wahrgenommen:

- Borderline-Persönlichkeitsstörung und
- Psychotische Erkrankungen.

Mittels Literaturrecherche wurde überprüft inwieweit auch weltweit diese Diagnosen in der Altersgruppe der Adoleszenten und jungen Erwachsenen am häufigsten vorkommen und wie diese – im Verhältnis zu anderen Diagnosen - verteilt sind. Weiters wurden die diagnostischen Kriterien der häufigsten Diagnosen in der Adoleszenz dargestellt.

B) Die Patient*innenebene:

Auf dieser Ebene gibt diese Masterarbeit Aufschluss über die Wirksamkeit der unterschiedlichen Behandlungssettings in der Phase der Adoleszenz sowie über die notwendigen und wirksamen Therapiemaßnahmen in Abhängigkeit von Diagnose, Entwicklungsstand und verfügbaren Möglichkeiten.

In Bezug auf die Zielsetzung wurde darüber recherchiert, inwieweit eine spezifische Versorgung für Spät-Adoleszente und Junge Erwachsene tatsächlich die Lebensqualität verbessern, Invalidisierung verhindern und die Eingliederung in den primären Arbeitsmarkt möglich machen kann.

C)Die Systemebene:

Auf dieser Ebene wurden Daten zu folgenden Fragen erhoben:

- Wie viele Patient*innen dieser Altersgruppe werden derzeit tatsächlich an den allgemeinpsychiatrischen Abteilungen des LKH Graz II/Süd/wie viele

an der Suchtabteilung/ wie viele an der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt?

- Wie lange ist die durchschnittliche Verweildauer?
- Wie sind die Diagnosen in den einzelnen Altersgruppen verteilt?
- Wie sieht die Versorgungslandschaft in der Steiermark derzeit bezogen auf die beschriebene Patientengruppe tatsächlich aus?
- Welchen Beitrag kann das LKH Graz II/Süd mit seinem Versorgungsauftrag für die gesamte Steiermark dazu leisten?
- Welche tagesklinischen und ambulanten Ressourcen gibt es derzeit?

Letztendlich wurde auch auf die Frage eingegangen, ob und inwieweit das Etablieren einer adoleszentenspezifischen Einheit für die Steiermark sinnvoll und notwendig ist.

ERGEBNISSE

Die Ergebnisse wurden wie bei den Methoden beschrieben in zwei Teile gegliedert: Es folgen zuerst die Ergebnisse der Literaturrecherche auf der Ebene der Diagnosen, anschließend auf der Patient*innenebene und abschließend wurden die erhobenen Daten auf der Systemebene beschrieben.

Ergebnisse der Literaturrecherche

A Die Ebene der Diagnosen

Zur Frage nach den wesentlichsten und häufigsten Erkrankungen in der Phase der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter wurden folgende Studien ausgewählt, da sie die Fragestellung am ehesten trafen:

1) In einer zweizeitigen Norwegischen Studie, veröffentlicht 2018, mit Zwillingen im Alter von 19-29 Jahren, die 1623 Personen inkludiert hatte und in welcher mittels eines DSM-IV gestützten diagnostischen Interviews die Diagnosen gestellt wurden, zeigten sich folgende Häufigkeiten psychiatrischer Störungen:

1. Die Häufigkeit (12-Monats Prävalenz) aller psychischen Störungen lag bei Männern bei 9,6%, bei Frauen bei 32,4% in der ersten Phase. Diese teilten sich auf in:
 - Angststörungen bei 9,6% der Männer und 26,7% der Frauen
 - Angststörungen ohne spezifische Phobien bei 2,5% der Männer und 6,9% der Frauen
 - Major Depression bei 4,4% der Männer und 7,2% der Frauen -
Schädlicher Gebrauch von Alkohol bei 8,7% der Männer und 4,4% der Frauen.
2. Die Prävalenz jeder dieser Störungen stieg von den 20ern hin zu den 30ern und 40ern, in erster Linie durch eine Zunahme des Schädlichen Gebrauchs von Alkohol und durch eine Steigerung der spezifischen Phobien.
3. Angststörungen in den 20ern erhöhten die Häufigkeit von Angststörungen und Major Depression zehn Jahre später; Major Depression in den 20ern prädisponierten auch für Major Depression später.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass diejenigen, die in den 20ern bereits an einer psychischen Störung litten ein deutlich höheres Risiko haben, auch zehn Jahre später an einer Störung zu leiden, was erhebliche Auswirkungen auf die Berufsausbildung, den familiären Status und die Möglichkeit der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben hat. (Gustavson, 2018)

2) Eine englische Studie zu Veränderungen der Diagnosen von der Kindheit über die Adoleszenz bis hin zum jungen Erwachsenenalter (9-32 Jahre) schloss 3722 Personen ein und belegte die Annahme, dass eine psychische Störung in der Kindheit oder Adoleszenz ein signifikanter Risikofaktor für psychische Probleme im späteren Leben ist:

Es wurden dafür die diagnostischen Übergänge anhand von Daten aus drei prospektiven Längsschnittstudien geschätzt und gängige psychiatrische Störungen in der Kindheit, Jugend und im frühen Erwachsenenalter mit strukturierten psychiatrischen Interviews und Fragebögen bewertet.

Das Ergebnis war, dass das Auftreten einer Störung in einer frühen Lebensphase mit einer mindestens dreifach höheren Wahrscheinlichkeit verbunden war, auch in einer späteren Phase an einer Störung zu leiden. Dabei wurden die stärksten Hinweise für eine Kontinuität bei Verhaltensstörungen wie ADHS beobachtet, etwas geringer bei Depressionen und Angstzuständen. Substanzkonsum ging häufig den Verhaltensstörungen voraus.

Die Ergebnisse legen nahe, dass eine Behandlung in jüngeren Jahren das Risiko für Störungen in der späteren Entwicklung verringern kann. (Copeland, 2013)

3) In einer Prospektiven Kohortenstudie, die 2011 in den USA durchgeführt wurde und die 1420 Adoleszente und junge Erwachsene (9 bis 21 Jahre) einschloss zeigte sich, dass im jungen Erwachsenenalter 82,5% der untersuchten Proband:innen DSM-IV-Kriterien für eine psychische Störung erfüllten und somit psychische Erkrankungen eine universelle Erfahrung bedeuten während in anderen Phasen des Erwachsenwerdens dieses Phänomen nicht zu beobachten war.

Junge Männer zeigten höhere Raten an substanzinduzierten Störungen und Störungen des Sozialverhaltens während junge Frauen eher die Kriterien für eine spezifische psychische Erkrankung oder eine „andere nicht näher klassifizierte Störung“ erfüllten. (Copeland, 2011)

4) In einer weiteren US-Amerikanischen Studie von 2018 wurde das Inanspruchnahmeverhalten von Online-unterstützten Hilfsangeboten junger Erwachsener in der Krise untersucht. Dabei zeigte sich, dass nahezu 3 von 4 psychischen Störungen im Alter von 24 Jahren auftraten. In dieser Altersgruppe birgt diese Art der Unterstützung sehr großes Potential, um allen Hilfe zukommen zu lassen. Wodurch das Inanspruchnahmeverhalten beeinflusst wird ist noch nicht vollständig geklärt. Es wurde die Crisis Text Line (CTL) angewandt; um nach Depression, Angst und suizidalen Gedanken zu suchen. Dabei zeigte sich in ländlichen Gebieten ein deutlich geringeres Inanspruchnahmeverhalten, was mit leicht erhöhter Suizidalität korrelierte (Thompson, 2018)

Die **häufigsten Erkrankungen im jungen Erwachsenenalter** sollen hier nun dargestellt und definiert werden:

ICD 10 Die Borderline Persönlichkeitsstörung

„**ICD 10, F60.3:** Die Emotional instabile Persönlichkeitsstörung ist eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung. Es besteht eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und eine Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren. Ferner besteht eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen, insbesondere wenn impulsive Handlungen durchkreuzt oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen können unterschieden werden: Ein impulsiver Typus, vorwiegend gekennzeichnet durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle; und ein Borderline- Typus, zusätzlich gekennzeichnet durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, durch ein chronisches Gefühl von Leere, durch intensive, aber unbeständige Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen.“ (Krollner, 2023)

Störungen des Sozialverhaltens

Die Störungen des Sozialverhaltens sind eine der häufigsten Diagnosen des Jugendalters, werden aber nach dem vollendeten 18. Lebensjahr nicht mehr vergeben, wobei diese gerade im jungen Erwachsenenalter noch vorliegen können. Stattdessen wird das auffällige Verhalten der jungen Erwachsenen oft schnell in Richtung dissoziale oder antisoziale Persönlichkeitsstörung interpretiert. Eine Störung des Sozialverhaltens ist per se aber in aller Regel selbst limitierend und verschwindet – sofern sie nicht in eine der genannten

Persönlichkeitsstörungen übergeht – mit dem Erwachsenwerden im Rahmen der Transitionsphase. Die Grenzen zum noch gesunden Verhalten verschwimmen dabei zum Teil, was erklärt, warum die Kriterien in den gängigen Klassifikationssystemen unterschiedlich festgelegt wurden.

ICD 10, F91: „Störungen des Sozialverhaltens sind durch ein sich wiederholendes und anhaltendes Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens charakterisiert. Dieses Verhalten übersteigt mit seinen gröberen Verletzungen die altersentsprechenden sozialen Erwartungen. Es ist also schwerwiegender als gewöhnlicher kindischer Unfug oder jugendliche Aufmüpfigkeit. Das anhaltende Verhaltensmuster muss mindestens sechs Monate oder länger bestanden haben. Störungen des Sozialverhaltens können auch bei anderen psychiatrischen Krankheiten auftreten, in diesen Fällen ist die zu Grunde liegende Diagnose zu verwenden.“

Beispiele für Verhaltensweisen, welche diese Diagnose begründen, umfassen ein extremes Maß an Streiten oder Tyrannisieren, Grausamkeit gegenüber anderen Personen oder Tieren, erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum, Feuerlegen, Stehlen, häufiges Lügen, Schulschwänzen oder Weglaufen von zu Hause, ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche und Ungehorsam. Jedes dieser Beispiele ist bei erheblicher Ausprägung ausreichend für die Diagnose, nicht aber nur isolierte dissoziale Handlungen.“ (Krollner, 2023)

Im neuen Klassifizierungstool **ICD 11** werden diese Störungen differenzierter betrachtet und wie folgt vergeben:

ICD 11, 6C9* „Disruptives Verhalten und dissoziale Störungen“ In dieser Kategorie findet sich die „Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten“ (6C90), kodierbar mit bzw. ohne chronische Reizbarkeit oder Wut. Weiterhin findet sich die „Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten“ (6C91), kodierbar mit Beginn in der Kindheit oder mit Beginn in der Jugend. (Henrik Walter 1, 2024)

Nachdem diese Störungen des Kindes- und Jugendalters in den westlichen Ländern einschließlich den USA sehr häufig (Prävalenz von 50% vor der CoronaPandemie, 30% danach) vorkommen wird hier für diese Diagnose auch die in englischsprachigen Ländern übliche Klassifikation nach DSM V erwähnt.

Die Störungen des Sozialverhaltens (engl. Conduct Disorder) werden im DSM V als wiederholtes und anhaltendes Verhaltensmuster, bei dem die Grundrechte anderer oder wichtige altersgerechte gesellschaftliche Normen oder Regeln verletzt werden, definiert und in die Bereiche:

- Aggression gegen Mensch und/oder Tier
- Zerstören von Eigentum - Betrug oder Diebstahl
- Schwere Regelverstöße

unterteilt. (Rockville, 2016)

ICD10 ADHS

„ICD 10, F90.- Hyperkinetische Störungen:

Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen, und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität.

Verschiedene andere Auffälligkeiten können zusätzlich vorliegen. Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und werden oft bestraft, weil sie eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich Regeln verletzen. Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer Distanzstörung und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt. Bei anderen Kindern sind sie unbeliebt und können isoliert sein. Beeinträchtigung kognitiver Funktionen ist häufig, spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung kommen überproportional oft vor. Sekundäre Komplikationen sind dissoziales Verhalten und niedriges Selbstwertgefühl.“ (Krollner, 2023)

„ICD 10, F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung:

Aufmerksamkeitsdefizit bei:

- hyperaktivem Syndrom
- Hyperaktivitätsstörung

- Störung mit Hyperaktivität“

(Krollner, 2023)

„ICD 10, F98.8 Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität“ (Krollner, 2023)

Zusätzlich in den Vordergrund getreten sind – gerade in den letzten Jahren – in dem Alter die internalisierenden Störungsbilder:

ICD 10 Depressive Episode

„ICD 10, F32.- Depressive Episode:

Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von sogenannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.“ (Krollner, 2023)

ICD 10 Angststörungen

„ICD 10, F40.- Phobische Störungen

Eine Gruppe von Störungen, bei der Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, eigentlich ungefährliche Situationen hervorgerufen wird. In

der Folge werden diese Situationen typischerweise vermieden oder mit Furcht ertragen. Die Befürchtungen des Patienten können sich auf Einzelsymptome wie Herzklopfen oder Schwächegefühl beziehen, häufig gemeinsam mit sekundären Ängsten vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl, wahnsinnig zu werden. Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt meist schon Erwartungsangst. Phobische Angst tritt häufig gleichzeitig mit Depression auf. Ob zwei Diagnosen, phobische Störung und depressive Episode, erforderlich sind, richtet sich nach dem zeitlichen Verlauf beider Zustandsbilder und nach therapeutischen Erwägungen zum Zeitpunkt der Konsultation. (Krollner, 2023)

ICD 10, F41.0 Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]

Das wesentliche Kennzeichen sind wiederkehrende schwere Angstattacken (Panik), die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind. Wie bei anderen Angsterkrankungen zählen zu den wesentlichen Symptomen plötzlich auftretendes

Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle, Schwindel und Entfremdungsgefühle (Depersonalisation oder Derealisation). Oft entsteht sekundär auch die Furcht zu sterben, vor Kontrollverlust oder die Angst, wahnsinnig zu werden. Die Panikstörung soll nicht als Hauptdiagnose verwendet werden, wenn der Betroffene bei Beginn der Panikattacken an einer depressiven Störung leidet. Unter diesen Umständen sind die Panikattacken wahrscheinlich sekundäre Folge der Depression. (Krollner, 2023)

ICD 10, F41.1 Generalisierte Angststörung

Die Angst ist generalisiert und anhaltend. Sie ist nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen beschränkt, oder auch nur besonders betont in solchen Situationen, sie ist vielmehr "frei flottierend". Die wesentlichen Symptome sind variabel, Beschwerden wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden gehören zu diesem Bild. Häufig wird die Befürchtung geäußert, der Patient selbst oder ein Angehöriger könnten demnächst erkranken oder einen Unfall haben.“ (Krollner, 2023)

ICD10 Essstörungen

ICD 10, F50.0 Anorexia nervosa:

„Die Anorexia ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust charakterisiert. Am häufigsten ist die Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen; heranwachsende Jungen und junge Männer, Kinder vor der Pubertät und Frauen bis zur Menopause können ebenfalls betroffen sein. Die Krankheit ist mit einer spezifischen Psychopathologie verbunden, wobei die Angst vor einem dicken Körper und einer schlaffen Körperform als eine tiefverwurzelte überwertige Idee besteht und die Betroffenen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst festlegen. Es liegt meist Unterernährung unterschiedlichen Schweregrades vor, die sekundär zu endokrinen und metabolischen Veränderungen und zu körperlichen Funktionsstörungen führt. Zu den Symptomen gehören eingeschränkte Nahrungsauswahl, übertriebene körperliche Aktivitäten, selbstinduziertes Erbrechen und Abführen und der Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika.“
(Krollner 2023)

„ICD 10, F50.00 Anorexia nervosa, restriktiver Typ

Anorexia nervosa, ohne Maßnahmen zur Gewichtsreduktion

ICD 10, F50.01

„Anorexia nervosa, aktiver Typ

Anorexia nervosa, bulimischer Typ

Anorexia nervosa, mit Maßnahmen zur Gewichtsreduktion“ (Krollner, 2023)

In der **ICD 11**-Klassifikation fällt das Kriterium der Amenorrhoe weg und die Gewichtskriterien wurden neu festgelegt. (s. Meule, 2022)

ICD 10, F50.1 Atypische Anorexia nervosa

Hier werden die Kriterien der Diagnose nur anteilig aber nicht komplett erfüllt. (s. Krollner 2023). Diese Störung wird im ICD 11 nicht mehr als atypische Anorexie, sondern als ARFID (Avoident/Restrictive Food Intake Disorder) bezeichnet und folgendermaßen beschrieben:

- „Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme
- Aufnahme einer unzureichenden Menge oder Vielfalt von Nahrungsmitteln zur Deckung eines angemessenen Energie- oder Nährstoffbedarfs, was zu einem signifikanten Gewichtsverlust oder klinisch bedeutsamen Ernährungsdefiziten führt
oder
signifikante Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (z. B. aufgrund der Vermeidung oder des Stresses im Zusammenhang mit der Teilnahme an sozialen Erfahrungen, die mit Essen verbunden sind)
- Die Störung ist nicht durch die Beschäftigung mit dem Körpergewicht oder der Körperform motiviert, auf die Nichtverfügbarkeit von Nahrungsmitteln zurückzuführen, Ausdruck einer anderen Erkrankung (z. B. Nahrungsmittelallergien, Schilddrüsenüberfunktion), oder auf die Wirkung einer Substanz oder eines Medikaments auf das zentrale Nervensystem einschließlich Entzugserscheinungen zurückzuführen.“
(Meule, 2022)

ICD 10, F50.2 Bulimia nervosa

Ein Syndrom, das durch wiederholte Anfälle von Heißhunger und eine übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichts charakterisiert ist. Dies führt zu einem Verhaltensmuster von Essanfällen und Erbrechen oder Gebrauch von Abführmitteln. Viele psychische Merkmale dieser Störung ähneln denen der Anorexia nervosa, so die übertriebene Sorge um Körperform und Gewicht. Wiederholtes Erbrechen kann zu Elektrolytstörungen und körperlichen Komplikationen führen. Häufig lässt sich in der Anamnese eine frühere Episode

einer Anorexia nervosa mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren nachweisen.“ (Krollner, 2023)

B Patient*innenebene

Auf dieser Ebene soll betrachtet werden, welche Art der Behandlung für Patient*innen in der späten Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter optimal wäre, um rasch eine möglichst vollständige Remission zu erreichen.

Dazu gibt es zum einen **Strukturierte Leitlinien** der Fachgesellschaften, zum anderen finden sich in der Literatur **Studien**, die vor allem **diagnosespezifisch** nach den besten Behandlungsmethoden forschen.

Dies hängt natürlich entscheidend von der Art der Erkrankung ab, deshalb ist die Suche nach effizienter Behandlung nur in Zusammenhang mit der Diagnose sinnvoll. Entscheidend ist hier, im klinischen Alltag zwischen Adoleszentenkrise und tatsächlicher psychischer Störung unterscheiden zu können.

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt darin, die effektivsten Behandlungssettings und Therapiemaßnahmen im Alter der Spätadoleszenz und im jungen Erwachsenenalter anhand der derzeitigen Studienlage herauszufinden und darzustellen. Dazu gibt es allerdings vergleichsweise wenige Arbeiten. Und auch in den Leitlinien wird nur in geringem Maß Bezug auf diese Altersgruppe genommen. Einige dieser spezifischen Informationen werden im Folgenden angeführt.

Leitlinien

Medizinische Leitlinien haben die Aufgabe, Ärzt*innen bei ihrer Entscheidung über die Behandlung ihrer Patient*innen zu unterstützen. In Europa sind die S3Leitlinien als Behandlungsempfehlungen heranzuziehen, wenn nach dem neuesten Stand der Wissenschaft in der Therapie psychiatrischer Störungen korrekt vorgegangen werden sollte.

Nach einem Stufenschema der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) unterscheidet man folgende Leitlinientypen:

S1-Leitlinie: Gibt Empfehlungen auf Basis eines informellen Konsens

S2k: Empfehlungen auf Basis eines strukturierten Konsens

S2e: Empfehlungen auf Basis einer systematischen Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege

S3: Empfehlungen auf der Basis von Evidenz und strukturiertem Konsens

(siehe Literaturverzeichnis S3-Leitlinie zu ADHS, 2017. S3-Leitlinie zu den Angststörungen, 2021)

So wurden zu allen relevanten Diagnosen Leitlinien erstellt, die Handlungsempfehlungen bezüglich der Diagnostik und Therapie der entsprechenden Erkrankungen beinhalten. Für Österreich gibt es zudem strukturierte Konsensus-Papiere, die von den Expertinnen und Experten zu den jeweiligen Themen erstellt wurden und die sich weitgehend mit den S3-Leitlinien decken.

Für den Englischsprachigen Raum in Europa existiert die **NICE-Leitlinie**; in dieser ist für junge Erwachsene in Bezug auf die Zwangsstörung und Körperdysmorphie Störung ein eigenes Kapitel zu finden, ansonsten werden keine speziellen Empfehlungen zu dieser Altersgruppe abgegeben. (Excellence, 2024)

Für den amerikanischen Raum existieren Guidelines der American Psychiatric Association, die allerdings in den letzten fünf Jahren nicht aktualisiert wurden.

Es wurden aber von der **Agency for Health Care and Quality** aktuelle Guidelines herausgegeben, in denen einige spezielle sich auch auf Erkrankungen im jungen Erwachsenenalter beziehen wie beispielsweise eine Überprüfung der Wirksamkeit und der Nebenwirkungen von Antipsychotika der ersten (FGAs) und zweiten (SGAs) Generation in Form eines Literaturreviews.

Es bedarf jedenfalls noch intensiverer Forschung, um die Auswirkungen der unterschiedlichen Antipsychotika über eine lange Zeit zu beobachten und die Effekte zu vergleichen (Quality, 2018).

Literaturreview zu spezifischen Stationen für junge Erwachsene in psychiatrischen Krankenhäusern

Auf die Suche, ob und wo es spezifische Stationen für Adoleszente und junge Erwachsene gibt und – wenn nicht – wo junge Erwachsene zur Behandlung psychischer Störungen dann untergebracht werden („*specific ward for adolescents and young adults*“) wurden rund 20 Studien bzw. Metaanalysen gefunden. Davon wurden vier ausgewählt, die auch aufzeigen, was die Vor- und Nachteile von nichtspezifischen Einheiten sind und welche Folgen die Behandlung auf erwachsenenpsychiatrischen und pädiatrischen Stationen mit sich bringen kann.

Eine größere Zahl an Studien gibt es dazu für chronische somatische Erkrankungen, die in dieser Arbeit aber nicht Thema sind.

1.) Ein umfassendes „Scoping Review“ aus dem Jahr 2016 (UK), das im „Journal of Mental Health“ publiziert wurde, untersuchte das Ausmaß und die Art von Aufnahmen junger Patient*innen im Alter von 16-25 Jahren mit psychischen Störungen an erwachsenenpsychiatrischen Stationen.

Es zeigte sich, dass die Aufnahmen ähnlich abliefen wie bei Erwachsenen; die Aufnahmegründe ließen sich nicht durchgehend identifizieren und die Dauer der Aufenthalte war an den Erwachsenenstationen nicht bekannt.

Das Personal beklagte Mängel an Ressourcen; junge Menschen konnten von der Transition profitieren, wenn der Übergang sensibel gestaltet wurde und sie nicht von der Entscheidungsfindung bezüglich der Behandlung ausgeschlossen wurden. Andererseits bedeutete die Involvierung in Entscheidungen einen Anstieg von Stress und Überforderung, wenn dies nicht sensibel gestaltet wurde.

Als Vorteile wurden evt. positive „Role-Models“ in älteren Patient*innen gesehen, an denen sich die jungen Erwachsenen orientieren konnten (Murcott, 2016).

2.) In einem Paper zur Aufnahmemodalität jugendlicher Patient*innen in England und Wales aus dem Jahr 2004, das im BMJ veröffentlicht wurde, wird eine sehr hohe (etwa ein Drittel) Aufnahmequote Jugendlicher oder junger Erwachsener in

allgemeinen pädiatrischen Stationen oder Abteilungen für Erwachsenenpsychiatrie beschrieben:

Für Jugendliche und Adoleszente psychiatrische Patient*innen wurden eigene Stationen etabliert, weil diese Gruppe andere Gegebenheiten im Vergleich zu erwachsenen psychiatrischen Patient*innen benötigt. Es sind unterschiedliche Fähigkeiten des Personals erforderlich und es ist schwierig, in erwachsenenpsychiatrischen Stationen die Sicherheit der jungen Patient*innen zu gewährleisten. Die Aufnahme jugendlicher psychiatrischer Patient*innen in pädiatrischen Stationen birgt ebenfalls Probleme in Bezug auf die Sicherheit, da das Personal für den Umgang mit psychisch erkrankten und verhaltensauffälligen Jugendlichen nicht ausreichend geschult ist.

In diese Untersuchung wurden alle Erwachsenenpsychiatrischen und Pädiatrischen Stationen einbezogen.

Die Hauptgründe für die Aufnahme junger Patient*innen an Erwachsenenpsychiatrien waren, dass keine entsprechenden Stationen für Jugendliche zur Verfügung standen bzw. diese voll waren oder die Patient*innen aus anderen Gründen nicht aufnahmen.

Insgesamt mehr als ein Drittel der Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurde an erwachsenenpsychiatrischen oder pädiatrischen Stationen aufgenommen. Vor allem in den Erwachsenenpsychiatrien war aber die Ausprägung der Störung hoch, Übergriffe standen an der Tagesordnung und die jungen Patient*innen fühlten sich unsicher.

An Pädiatrischen Stationen zeigte sich, dass das Personal für Patient*innen mit ausgeprägten Verhaltensstörungen nicht ausreichend geschult war, um damit sicher umgehen zu können; es fehlten spezialisierte Behandler*innen auf diesem Gebiet.

Letztendlich zeigte sich im National Health Service ein ausgeprägter Mangel an psychiatrischen stationären Kapazitäten für Jugendliche und junge Erwachsene in England und Wales. Aggravierend kam hinzu, dass die vorhandenen stationären Einheiten geographisch ungleich verteilt waren, und dass spezialisierte Therapieeinheiten keine Notfall-Aufnahmen akuter Patient*innen anboten.

Dieser Zustand stellte eine unbefriedigende Versorgungslage stationär behandelungsbedürftiger Jugendlicher und junger Erwachsener dar, so dass nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten wie Hometreatment gesucht wurde, um eine altersangemessenere Versorgung darzustellen.

Es wurde zudem postuliert, dass – sollte die Aufnahme junger Patient*innen an erwachsenenpsychiatrischen oder pädiatrischen Stationen beibehalten werden – dafür gesorgt werden müsse, dass die Bedingungen dort für diese vulnerable Gruppe besser gestaltet und die notwendigen Ressourcen bereitgestellt würden. Ansonsten sei der weitere Ausbau spezialisierter Einheiten voranzubringen bzw. auch der extramurale Bereich deutlich auszubauen (Worrall, 2004).

3.) In einer systematischen Literatursuche englischer Autoren in den meistgenutzten Datenbanken (PubMed, Cochrane, Embase,...) wurden unterschiedliche Aspekte des Übergangs von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Stationen hin zu erwachsenenpsychiatrischer Behandlung analysiert.

Dabei zeigte sich, dass es an hochqualitativer Evidenz von Transitionsmodellen mangelt. Ein Ergebnis war jedenfalls, dass die notfallmäßige Versorgung junger Erwachsener und ihre Bedürfnisse für die psychische Gesundheit stärker in den Fokus gerückt werden sollten. Dafür müssen niederschwellig zugängliche, unmittelbar verfügbare, akzeptable sowie altersgerechte Angebote entwickelt werden (Paul, 2015).

4.) In einem Kanadischen Literraturreview, das mithilfe elektronischer Literatursuche 1897 Artikel prüfte und 12 davon in das Review aufnahm wurden die Unterschiede zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Stationen und Erwachsenenpsychiatrischen Stationen herausgearbeitet.

Das Ergebnis zeigte, dass das bessere Verstehen der philosophischen Unterschiede zwischen kinder- und jugendpsychiatrischen Einheiten (gekennzeichnet durch einen entwicklungsorientierten Zugang, Involvieren der Familien und sehr fürsorglichen Umgang) und erwachsenenpsychiatrischen Abteilungen (Fokus auf die Symptomatik/Diagnose und Schwerpunkt auf die Autonomie und Selbstverantwortung der Patienten) in die Planung von Versorgungseinheiten für Junge Erwachsene einfließen sollte (Mulvale, 2019).

5.) In einem Artikel in der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland von 2022, der von der Etablierung von Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung berichtete, welche 2022 in ganz Deutschland etabliert wurden, wurde über die aktuelle Situation für Adoleszente und den Bedarf an Forschung Folgendes beschrieben:

„Zentrale Aufgabe dieser zu etablierenden Zentren sollte sein, Erkrankungen mit hoher Inzidenz und Prävalenz zu beforschen, Diagnostik- und Therapieoptionen zu etablieren, um so die Versorgung zu verbessern.

Psychische Störungen sind nach Studien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Europäischen Union (EU) die gesundheitsökonomisch gravierendsten Erkrankungen (European Commission, 2013, 2015; Wittchen et al., 2011). Sie betreffen aufgrund ihres zumeist frühen Beginns in hohem Maße Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Klinisch-epidemiologische Studien belegen seit über 20 Jahren, dass in Deutschland mehr als 18 % aller Kinder und Jugendlichen unter psychischen Störungen leiden, darunter emotionale und Verhaltensstörungen wie die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Störungen des Sozialverhaltens, Angsterkrankungen, Depressionen und Suchterkrankungen. Etwa 10 % aller Jungen und bis zu 20 % aller Mädchen in Deutschland berichten von Suizidgedanken, durchleben suizidale Krisen oder begehen einen Suizidversuch (Beesdo-Baum et al., 2015).

Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter

Eine entwicklungspsychopathologische Besonderheit psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter ist eine besonders hohe Variabilität der Symptomatik über die Entwicklungsspanne hinweg; dennoch zählen gerade früh auftretende psychische Symptome zu den stärksten Prädiktoren für psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter, aber auch für anhaltende Teilhabedefizite und soziale Beeinträchtigung. Mehr als ein Drittel aller Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen haben bereits im Alter von 13 Jahren die ersten Kriterien für eine psychische Störung erfüllt, bis zum 17. Lebensjahr sind es bereits 48 % (Solmi et al., 2021). Frühe emotionale und Verhaltensschwierigkeiten sind wesentliche

Prädiktoren für ein breites Spektrum von Funktionseinschränkungen im Erwachsenenalter, u. a. schlechte somatische Gesundheit, ungünstige gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, niedriger sozioökonomischer Status, unzureichende Bildung und drohende Arbeitslosigkeit (Goodman, Joyce & Smith, 2011). Zahlreiche Krankheitsbilder gehen auch mit einer reduzierten Lebenserwartung (Jokela, Ferrie & Kivimaki, 2009) einher. Es besteht dabei eine Wechselwirkung zwischen ungünstigen pränatalen und frühkindlichen Entwicklungsbedingungen und psychischen Störungen, die langfristige Auswirkungen auf die differenzielle Hirnentwicklung und assoziierte Krankheitsbilder ausübt (Kraaijevanger et al., 2020)

Insbesondere im Kindes- und Jugendalter auftretende psychische Erkrankungen sind mit einem hohen Risiko für eine spätere Chronifizierung behaftet. Gleichzeitig begünstigen sie die Entwicklung weiterer psychischer sowie somatischer Erkrankungen und sind mit erheblichen langfristigen negativen Auswirkungen auf die individuelle soziale, schulische und berufliche Entwicklung assoziiert, z. B. durch fehlende Therapieadhärenz aufgrund psychischer Erkrankung (Whiteford, Ferrari, Degenhardt, Feigin & Vos, 2015). Kinder in anderen europäischen Ländern haben im Vergleich zu Deutschland z. T. bessere Entwicklungschancen, wie eine aktuelle Studie von WHO und UNICEF belegt (Clark et al., 2020). Die lebenslange Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe resultiert dabei insbesondere aus dauerhaften gesundheitlichen Einschränkungen.

Um Prävention, Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zu verbessern und innovative, effektivere Versorgungsansätze zu implementieren, sind noch wesentliche Forschungsaufgaben zu adressieren. Die Einordnung früh auftretender Symptome ist für die Erkennung und spezifische Behandlung von Krankheitstrajektorien von entscheidender Bedeutung. Die Früherkennung psychischer Störungen wird jedoch erheblich dadurch erschwert, dass die spezifischen Faktoren, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen führen, in weiten Teilen noch nicht aufgeklärt sind. Ausreichende Evidenzen bestehen weder für die kritischen Entwicklungsfenster, in denen Risiko- und Resilienzfaktoren wirksam sind, noch für die Mechanismen, die sowohl eine gesunde Entwicklung als auch

die Entstehung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen maßgeblich und nachhaltig beeinflussen.“ (Banaschewski, 2022)

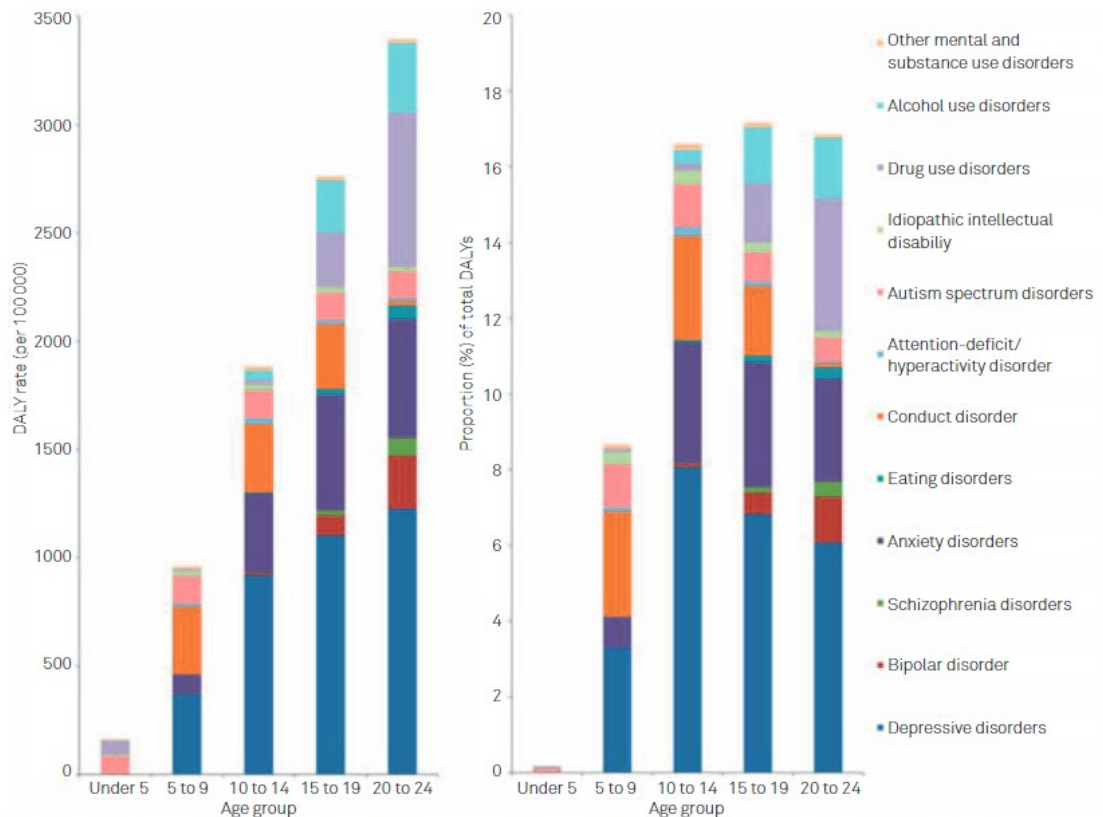


Abbildung 1. Verlorene gesunde Lebensjahre (disability-adjusted life years [DALYs]): Raten (pro 100000) und Anteil (%) für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen verschiedener Altersgruppen in 2010 (Erskine et al., 2015).

(Tobias Banaschewski, 2022)

Abb. 13

6.) In der KiGGS-Studie (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) des Robert-Koch-Instituts wurden Daten zu verschiedenen Aspekten der Gesundheit, des Gesundheitsverhaltens und der Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren gesammelt. So wurden unter anderen folgende Daten veröffentlicht:

Zur Prävalenz psychischer Störungen wurde festgestellt, dass etwa 20% der Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren Symptome einer psychischen Störung aufweisen. Dazu gehören emotionale Störungen, Verhaltensauffälligkeiten und Hyperaktivitätsstörungen.

Emotionale Störungen sind bei Mädchen häufiger als bei Jungen. Dazu zählen Depressionen und Angststörungen.

Verhaltensauffälligkeiten und Hyperaktivitätsstörungen treten häufiger bei Jungen auf. Dazu gehören Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Störungen des Sozialverhaltens.

Jugendliche aus Familien mit niedrigerem sozioökonomischem Status haben ein höheres Risiko, psychische Störungen zu entwickeln. Dies hängt oft mit belastenden Lebensbedingungen und geringeren Ressourcen zur Bewältigung von Stress zusammen. Bezogen auf die Familiensituation zeigte sich, dass Jugendliche, die in Alleinerziehenden-Haushalten oder in Pflegefamilien leben, häufiger psychische Auffälligkeiten.

Weiters weisen Jugendliche mit Migrationshintergrund in einigen Bereichen höhere Raten psychischer Störungen auf, was teilweise auf Integrations- und Anpassungsprobleme zurückgeführt werden kann.

Die Studie betont die Bedeutung der frühzeitigen Erkennung und Behandlung psychischer Störungen bei Jugendlichen. Schulen, Eltern und Gesundheitsdienste spielen dabei eine wichtige Rolle. Es gibt Bedarf an leicht zugänglichen Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Jugendliche. Dazu zählen Schulpsychologen, Beratungsstellen und Online-Hilfen.

Auch Programme zur Förderung der Resilienz und zur Stressbewältigung sind wichtig, um die psychische Gesundheit von Jugendlichen zu stärken.

(Robert-Koch-Institut (RKI), 2018).

7.) Für Österreich wurde von der Statistik Austria im Rahmen der ATHIS-Gesundheitsbefragung 2019 die Gesundheit von Kindern- und Jugendlichen (0-17

Jahre) erhoben. Dabei gab der befragte Elternteil Auskunft zu folgenden Gesundheitsthemen: • allgemeine Gesundheitswahrnehmung • Inanspruchnahme von Impfungen • Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder • gesundheitliches Wohlbefinden (körperliches und psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Freunde, Schule). Es zeigte sich dabei, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einem mittelmäßigen oder schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand bei 3,2% lag. In keiner Altersgruppe zeigte sich ein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen Mädchen und Buben. (Statistik Austria, 2019)

Spezifika in der Therapie für junge Erwachsene

In der Literatur sind zu den einzelnen Erkrankungen unzählige Studien über Therapiemaßnahmen psychischer Erkrankungen zu finden. Herausgearbeitet werden sollen hier die Spezifika, die für die Behandlung Adoleszenter und junger Erwachsene wichtig sind und dazu führen, dass die jungen Patient*innen sich rasch und möglichst vollständig von einer psychischen Krise oder Erkrankung erholen.

Dazu wurden auf die Fragestellung, welche **spezifischen Faktoren in der Behandlung junger Erwachsener** notwendig sind, um psychische Störungen effektiv zu behandeln, folgende Studien und Metaanalysen gefunden:

1.) In einer breit angelegten Australisch-Neuseeländischen randomisiert-kontrollierten Studie fand man heraus, dass wenig intensive psychologische und bewegungstherapeutische Interventionen dazu führen können, dass Symptome von Angst- und depressiven Erkrankungen effektiv reduziert werden konnten.

Die Prävalenz von psychischen Erkrankungen ist am höchsten im jugendlichen und jungen Erwachsenenalter. Vor allem Angststörungen, Depressionen und Substanzmissbrauch haben ihren Gipfel im Alter von 18-24 Jahren.

Das Ziel dieser Studie war, herauszufinden, inwieweit weniger intensive Therapien als CBT – wie das Problemlösetraining (eine Standardinterventionstechnik der Verhaltenstherapie) und Bewegungstherapie akzeptabel und effektiv in der Symptomreduktion von Angst und Depression von jungen Menschen sind und mögliche Attribute herauszufinden, die jene Patient*innen kennzeichnen, die darauf ansprechen. Dafür wurden junge Patient*innen im Alter von 15-25 Jahren mit unterschwelligem sowie leichten bis mittelgradigen depressiven und Angststörungen mit oder ohne problematischen Substanzkonsum eingeschlossen.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die Interventionen die Progression und das Wiederauftreten von Symptomen reduzieren konnten. Weitere Untersuchungen sind aber notwendig (Parker, 2011).

2.) Eine amerikanische Studie (Chicago/Harvard), die 15 bis 25-jährige Patient*innen mit leichter bis mittelgradiger Depression und Angststörung einschloss, fand Evidenz dafür, dass eine stufenweise Behandlung bestehend aus Unterstützung, Hilfestellung bei Problemlösung, CBT (Cognitive-Behavioral-Treatment)-Case-Management und antidepressiver Medikation das Funktionsniveau verbessern und das Auftreten von psychotischen Episoden bei Hochrisikopatienten verzögern konnte. (Nelson, 2018)

3.) In einer groß angelegten Metaanalyse aus Harvard, die 34 Studien (Suche in Medline und PSYCInfo) einschloss, wurden Prädiktoren ermittelt, die für den Behandlungserfolg von psychischen Störungen bei jungen Erwachsenen ausschlaggebend sein können.

Diese inkludierten die Diagnose, den primären Schweregrad der Symptome, bestehende familiäre Dysfunktion sowie Folgebehandlungen. Dies sollte eine Grundlage für Kliniker darstellen, um die dem Behandlungserfolg entgegenwirkenden Faktoren rascher zu identifizieren und die Routinebehandlung entsprechend zu verändern.

Die Ergebnisse zeigten, dass noch viel an Grundlagenarbeit erforderlich ist, um den Behandlungsverlauf mit Hilfe von prädiktiven Faktoren besser erklären und beeinflussen zu können (Philips et al, 2000)

4.) In einem Comprehensive Review von 2000, das im Journal „The Medical Clinics of North America“ von A. Reeve publiziert wurde, fand man heraus, dass Hausärzte und Primärversorgungseinheiten eine wesentliche Rolle im frühen Erkennen von psychischen Störungen wie Angst und Depression von Jugendlichen und jungen Erwachsenen spielen. Diese Störungen lassen sich gut und nebenwirkungsarm behandeln und man kann so Chronifizierung und langfristige Probleme für die jungen Menschen verhindern:

Das Erkennen depressiver Störungen und Angststörungen bei Jugendlichen verringert Morbidität, Mortalität und das lebenslange Risiko für psychiatrische

Erkrankungen und auch Fehlanpassungsverhalten. Für diese Erkrankungen stehen wirksame Behandlungen zur Verfügung, die nur minimale schwere Nebenwirkungen haben.

Da Heranwachsende dazu neigen, ihre psychischen Belastungen nicht ausreichend zu kommunizieren obliegt es dem Kliniker, diese Störungen in der Primärversorgung aufzuspüren.

Ärzt*innen in Primärversorgungseinrichtungen sollten daran erinnert werden, dass es für das Erkennen psychischer Störungen besondere Sensibilität und Aufmerksamkeit braucht. Im Falle einer erkannten psychischen Störung sollte die Kontaktaufnahme mit einer psychiatrischen Kolleg*in erfolgen und die umfassende Behandlung eingeleitet werden, da ansonsten die Symptomatik chronifizieren kann und lebenslange Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit hat.

Primärversorgungseinheiten und Hausärzt*innen sind entscheidend, um Jugendliche dazu zu bewegen, sich in Behandlung zu begeben (Reeve, 2000).

5.) Ein amerikanisches Literaturreview aus dem Jahr 2002 von J.R. Weisz kommt zur Erkenntnis, dass Behandlungen für die psychische Gesundheit von Jugendlichen zwar bereits respektable Erfolge erzielen, es aber maßgeschneiderte Therapiemaßnahmen erfordert, die die biologische, psychologische und soziale Dimension in der Entwicklung der Jugendlichen berücksichtigt, um ein optimales Outcome zu erzielen.

Die meisten empirisch gestützten Interventionen bei psychischen Problemen von Jugendlichen sind entweder Anpassungen der Behandlungen für Erwachsene nach unten oder Anpassungen der Behandlungen für Kinder nach oben.

Obwohl diese Behandlungen bei Teenagern respektable Wirkungen zeigen, zeigt eine Überprüfung der Ergebnisse erhebliche Lücken sowohl bei der Abdeckung einzelner spezifisch in diesem Alter auftretenden Zustände und Probleme (z.B. Essstörungen, Suizidalität) als auch bei der Berücksichtigung der biologischen, psychologischen und sozialen Dimensionen der jugendlichen Entwicklung. Die

Autoren kritisieren das Fachgebiet, schlagen einen biopsychosozialen Rahmen für die Erklärung von Funktionsstörungen und Interventionen vor und diskutieren, wie die Entwicklungsliteratur Interventionen und Forschung beeinflussen kann und was nicht zu verändern ist.

Ein langfristiges Ziel sind auf die Entwicklung zugeschnittene Behandlungen, die bei Teenagern wirksam sind, und ein besseres Verständnis darüber, wann, wie und warum die Behandlungen wirken (Weisz, 2002).

6.) Eine sehr rezente Studie der eigenen Daten über den Transitionsprozess, die allerdings ausschließlich das Thema Essstörungen betrifft, wurde in Deutschland von Herpertz-Dahlmann und Kolleg*innen durchgeführt (2024):

Sie zeigte auf, dass bei jungen Erwachsenen mit Anorexia nervosa (AN) der Prozess des Übergangs von einem psychiatrischen Dienst für Kinder und Jugendliche (CAMHS – Child and Adolescent Mental Health Service) zu einem psychiatrischen Dienst für Erwachsene (AMHS – Adult Mental Health Service) als kritisch zu sehen ist. Viele Patient*innen haben Angst zwischen den beiden Versorgungsstrukturen durchzufallen.

Es wurden zweiunddreißig Patientinnen [Durchschnittsalter 20,3 (1,2) Jahre] mit einem halbstrukturierten persönlichen oder telefonischen Interview befragt, in dem ihre demografischen und klinischen Daten, die Frage, ob sie den Übergang abgeschlossen hatten, sowie ihre Wünsche und Erfahrungen in Bezug auf den Übergangsprozess erfragt und ausgewertet wurden.

Es wurde aufgezeigt, dass nur etwa ein Drittel der Teilnehmer*innen die Umstellung bereits durchlaufen hatte. Fast 60 % der ehemaligen Patient*innen wurden immer noch von einem CAMHS betreut, 12,5 % hatten die Behandlung abgebrochen. Etwa 60 % wurden ausschließlich oder zusätzlich von ihrer Hausärzt*in betreut. Mehr als 50 % der Teilnehmer*innen lebten noch bei ihren Eltern. Ungefähr 90 % der Teilnehmer*innen, die in einer CAMHS blieben, äußerten Bedenken hinsichtlich des Übergangs, vor allem hinsichtlich des Verlusts ihrer vertrauten Therapeut*in und der Übernahme persönlicher Verantwortung.

Die Studie kam zu dem Schluss, dass Patient*innen mit AN (Anorexia Nervosa) den Übergang von einem CAMHS zu einem AMHS eher herauszögern, da sie diesen als einschüchternd und überwältigend empfinden. Patient*innen sollten besser auf den Übergang vorbereitet werden, der an die „Entwicklungsbereitschaft“ und nicht an das chronologische Alter geknüpft sein sollte. Da viele Patient*innen noch bei ihrer Herkunftsfamilie leben, sollten Eltern und Hausärzt*innen eng in den Übergangsprozess eingebunden werden. (Gilsbach, 2024)

Ergebnisse der Datenerhebung

C Die Systemebene

Auf der Systemebene wurden nun noch Daten des LKH Graz II/Standort Süd für die Versorgungsintensität für junge Erwachsene in der Steiermark erhoben. Da die psychiatrischen Abteilungen am LKH Graz II/Süd einen Versorgungsauftrag für die gesamte Steiermark haben sind diese Zahlen als repräsentativ für das Bundesland zu sehen.

Die psychiatrische Versorgungslandschaft in der Steiermark wird durch stationäre sowie ambulante Angebote geprägt.

A) Für den stationären Bereich finden sich:

1. Univ.Klinik für Psychiatrie am LKH Graz I (Ost) (Erwachsene)
2. Psychiatrische Abteilung der Elisabethinen in Graz-Eggenberg (Erwachsene)
3. Psychiatrische Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie und Zentrum für Suchtmedizin (Erwachsene) sowie Abteilung für Kinder- und

Jugendpsychiatrie (Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre) am LKH Graz II/
Standort Süd

Im **ambulantem** Bereich gibt es:

1. Psychosoziale Dienste unterschiedlicher Trägerorganisationen wie *GFSG*, *Rettet das Kind*, *Hilfswerk*, *PSN*, *PSZV*, mit psychotherapeutischen und sozialarbeiterischen Angeboten sowie teilweise auch anwesenden Fachärzt*innen, wobei die verschriebenen Medikamente bisher nicht rezeptiert werden konnten, da der Ambulanzstatus gefehlt hat. Die Patient:innen mussten deshalb nach der Konsultation des Facharztes noch zum Hausarzt gehen, um sich Rezepte zu holen. Dies wird in nächster Zeit geändert.
Meist gibt es bei den Psychosozialen Diensten auch Gruppenangebote für Patient:innen und Angehörige, Schulungen, sowie Mobile sozialpsychiatrische Betreuung für zu Hause.
2. Fachärzt*innen mit und ohne Kassenvertrag (meist Wahlärzt*innen), wobei es für Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie für den Zeitraum von 2021-2023 nur drei Kassenstellen für die Steiermark gab, die inzwischen auf 5 erhöht wurden.
3. Ambulatorien des LKH Graz II (Erwachsene und Kinder) sowie dislozierte Ambulanzen in Leoben und Hartberg (Kinder und Jugendliche) und im LKH Bruck an der Mur sowie in Hartberg (Erwachsene).
4. Für das Kindes- und Jugendalter existieren auch Beratungsstellen wie das Institut für Jugend und Familie
5. Niedergelassene Psycholog*innen
6. Ambulanz an der MedUniGraz für Kinder und Jugendliche

Weiters gibt es **Tageskliniken** an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie an den Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie 1 und 3 am LKH Graz II, Standort Süd, weiters Tageskliniken der Kinder- und

Jugendpsychiatrischen Abteilung an den dislozierten Standorten Hartberg und Leoben.

Aber auch andere, teilweise private Organisationen bieten unterschiedliche Formen der Unterstützung an.

In den folgenden Tabellen werden die Zahlen der **stationären Patient*innen** welche am LKH Süd in den Jahren 2021-2023 aufgenommen wurden verdeutlicht. Im Alter von 16-18 Jahren befinden sich die Patient*innen in unserem Krankenhaus an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, ab vollendetem 18. Lebensjahr an einer der drei Allgemeinpsychiatrischen Abteilungen (nach Regionen aufgeteilt) bzw. auch am Zentrum für Suchtmedizin, wenn die Suchtproblematik im Vordergrund steht.

Die Aufnahmezahlen nach Alter für die Jahre 2021-2023:

Alter	2021	2022	2023
16	236	241	191
17	220	151	207
18	167	164	156
19	169	185	155
20	127	154	146
21	113	124	127
22	122	117	132
23	140	150	136
24	158	137	127
25	171	186	150
Gesamtergebnis	1.591	1.578	1.491

Tab.1

Die Belagstage nach Alter für die Jahre 2021-2023:

Alter	KJP	PS1	PS2	PS3	PS4	ZSM
16	4 415	5	3			1
17	3 244	6	61	5	146	10
18	138	1 823	1 016	1 227	717	493
19	13	2 059	1 207	1 141	288	282
20	0	1 988	1 290	1 215	1 247	385
21		1 916	784	1 661	845	517
22		1 115	1 021	1 301	981	565
23		1 232	1 449	1 800	1 018	685
24		1 536	1 013	1 331	978	850
25		1 902	1 429	2 106	159	1 100
Gesamt	7 810	13 582	9 273	11 787	6 379	4 888

Tab. 2

Hier ist auch die Zahl der Belagstage auf PS 4 (Forensische Abteilung) interessant, da man hier sehen kann, dass eine nicht unerhebliche Zahl bereits in dieser Altersgruppe im Maßnahmenvollzug behandelt werden muss.

Anzuschauen ist dabei auch die durchschnittliche Verweildauer in Tagen nach Alter:

(Hier gilt es bei der Interpretation der Zahlen zu beachten, dass es sich bei den Aufnahmen der 16- und 17-Jährigen vorwiegend um kurzzeitige Krisenaufenthalte gehandelt hat, da in dem beschriebenen Zeitraum aufgrund des Umbaus der Kinder- und Jugendpsychiatrie keine Regelbetten zur Verfügung standen. Im Regelbetrieb beträgt ein Therapieaufenthalt sechs bis acht Wochen, eine Krisenbehandlung zwischen einem und fünf Tagen.)

Alter	Fälle	Summe Belagstage	Verweildauer
16	660	4.424	6,7
17	574	3.472	6,0
18	481	5.414	11,3
19	504	4.990	9,9
20	422	6.125	14,5
21	361	5.723	15,9
22	366	4.983	13,6
23	423	6.184	14,6
24	413	5.708	13,8
25	507	6.703	13,2

Tab. 3

Es folgen nun die Zahlen der Tageskliniken (ATB = Ambulante Tagesbehandlung) im LKH Graz II/Süd und den dislozierten Tageskliniken Hochsteiermark und Hartberg. Dabei ist einerseits anzumerken, dass in der Corona-Phase die Tageskliniken ganz und etwas später noch teilweise geschlossen waren und andererseits – für die ATB der KJP nur die Zahlen der 16- und 17-Jährigen angeführt sind und erst seit Oktober 2023 für diese Altersgruppe eine reguläre Ambulante Tagesbehandlung etabliert wurde:

Anzahl Frequenzen Jahr			
KH / Abteilung	2021	2022	2023
LKH G-2			
KJPATB	1	2	9
PS1ATB		14	23
PS3ATB	8	27	27
LKH HAR			
KJPATB		3	11
LKH HST			
KJPATB	6	8	6
Gesamtergebnis	15	54	76

Tab. 4

Im Anschluss daran ist noch eine Aufstellung der Ambulanzen des LKH Graz II/Süd abgebildet, die teilweise disloziert in verschiedenen Städten der Steiermark lokalisiert sind:

- A) Ambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Leoben, Hartberg und Graz Süd
 B) Ambulanzen der Erwachsenenpsychiatrien in Bruck an der Mur und Hartberg.

Anzahl Frequenzen KH / Abteilung	Jahr		
	2021	2022	2023
LKH G-2	1.339	1.517	1.635
KJP	351	325	368
Erw.psy.	676	879	967
For.	6	3	5
ZSM	306	310	295
LKH HAR	37	171	249
KJP		103	178
Erw.psy	37	68	71
LKH HST	207	208	190
KJP	83	73	73
Erw.psy.	124	135	117
Gesamtergebnis	1.583	1.896	2.074

Tab. 5

Es konnten weiters Daten aufgeschlüsselt nach **Alter** und **ICD-10-Diagnosen** erhoben werden, die im Folgenden mittels Kreisdiagrammen – gesamt und aufgeschlüsselt nach den einzelnen Altersgruppen - dargestellt werden.

Davor ist es aber sinnvoll, zur Erklärung die Diagnosegruppen im ICD-10 und die jeweiligen zugehörigen Diagnosen aufzulisten:

ICD-10-Diagnosegruppen

F0: Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen: Demenz, Delir, Organisches amnestisches Syndrom, organische Persönlichkeits- und verhaltensstörungen

F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa und Hypnotika, Kokain, andere Stimulanzien, Halluzinogene, Tabak, Lösungsmittel, multiplen Substanzgebrauch

F2: Schizophrenie, schizotype, schizoaffektive und wahnhaftige Störungen

F3: Affektive Störungen: Manische und depressive Episoden, Bipolare Störungen, Zykllothymie, Dysthymie

F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen: Phobische und andere Angststörungen, Zwangsstörung, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, dissoziative, somatoforme und andere neurotische Störungen

F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren: Essstörungen wie Anorexie und Bulimie, sexuelle Funktionsstörungen nichtorganischer Genese, psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, schädlicher Gebrauch nicht abhängigkeiterzeugender Substanzen

F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen: Spezifische Persönlichkeitsstörungen wie Borderline, Narzisstische Persönlichkeitsstörung, kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen, andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung, abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle, Störung der Geschlechtsidentität, Störungen der Sexualpräferenz, psychische und Entwicklungsstörungen in Verbindung mit der sexuellen Orientierung

F7: Intelligenzminderung

F8: Entwicklungsstörungen: Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache, schulischer Fertigkeiten, motorischer Funktionen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen (Autismus)

F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend: Hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, emotionale Störungen des Kindesalters, Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit, Tic-Störungen

(nach GM 2023)

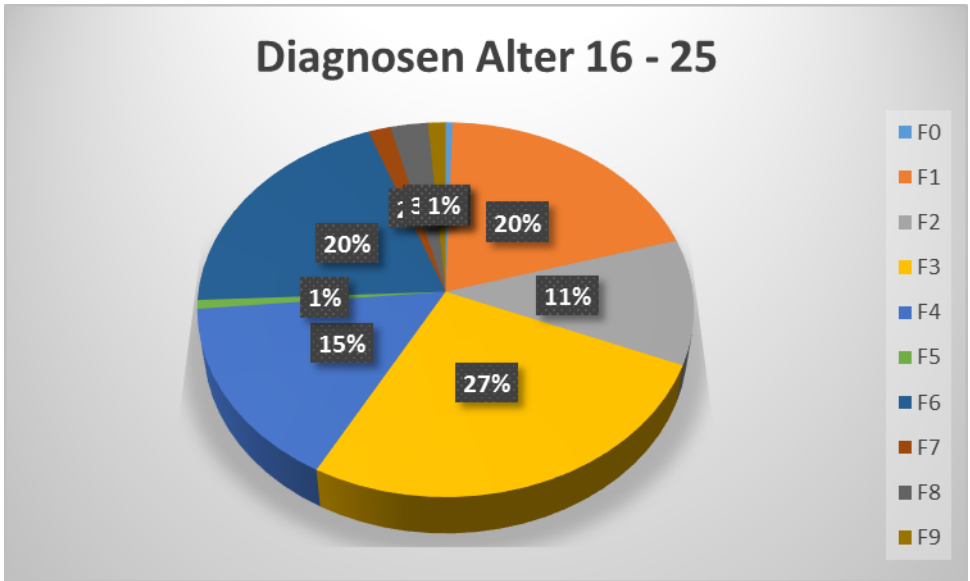
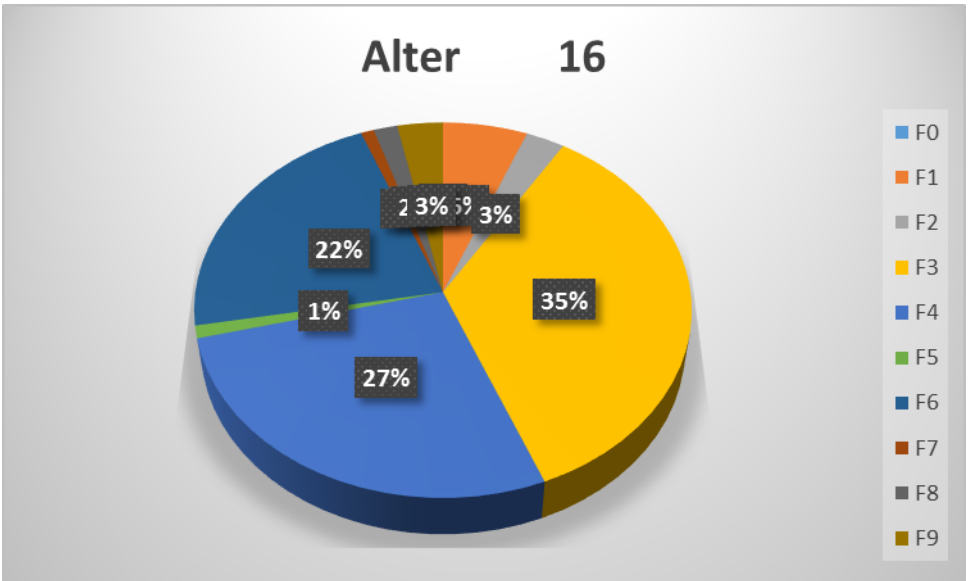
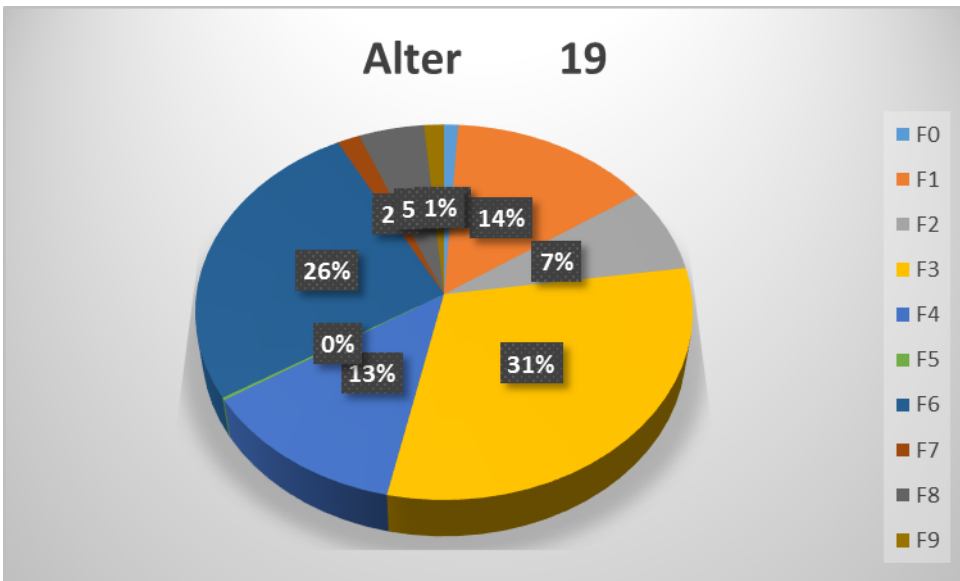
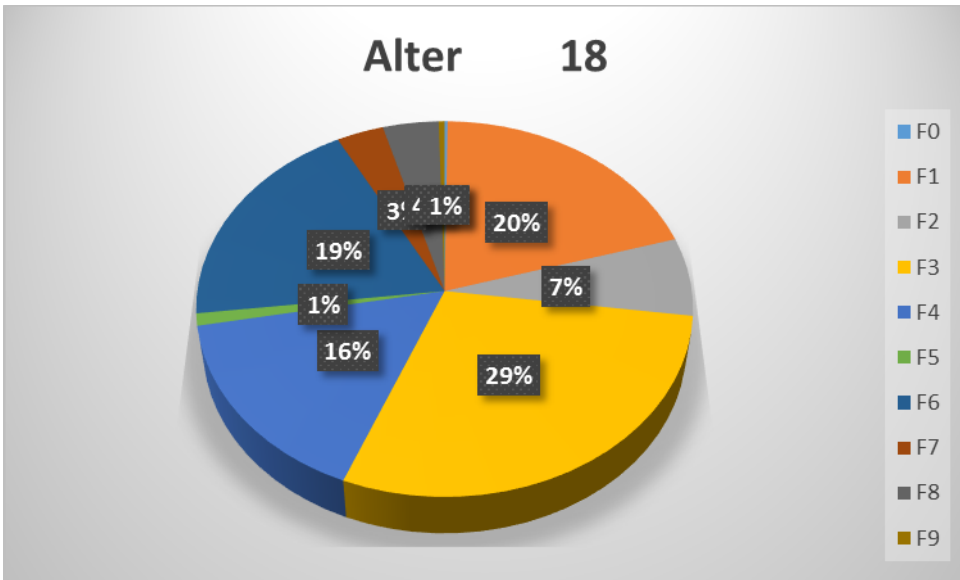
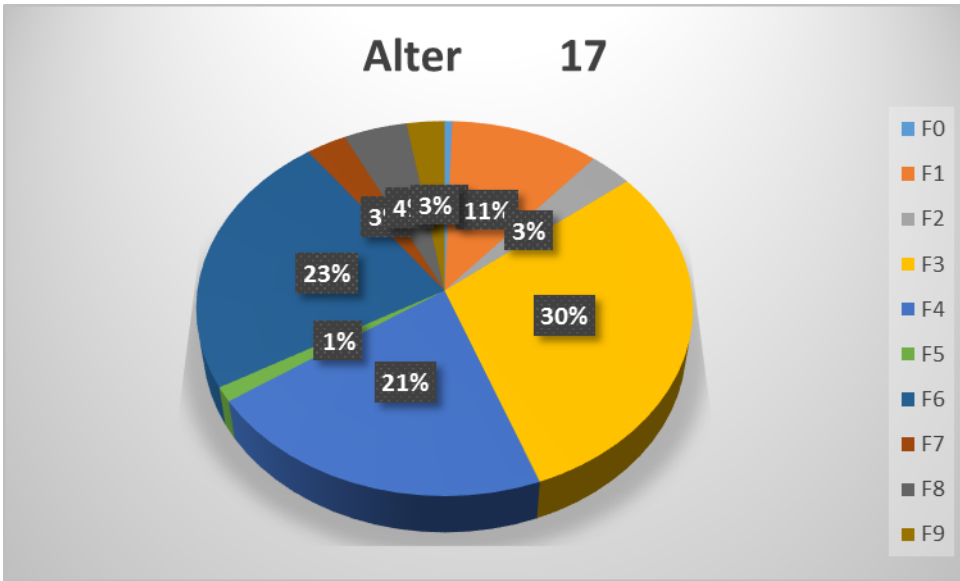
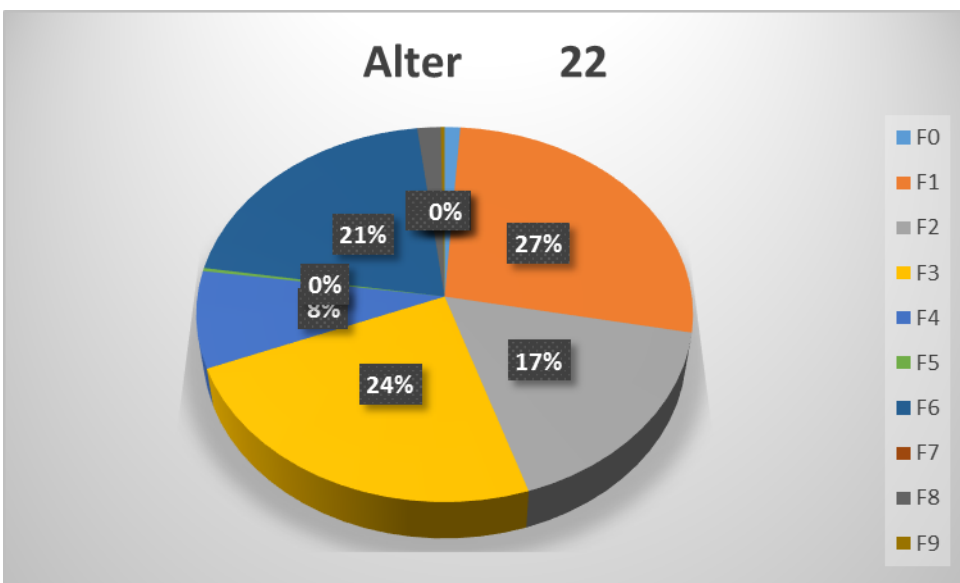
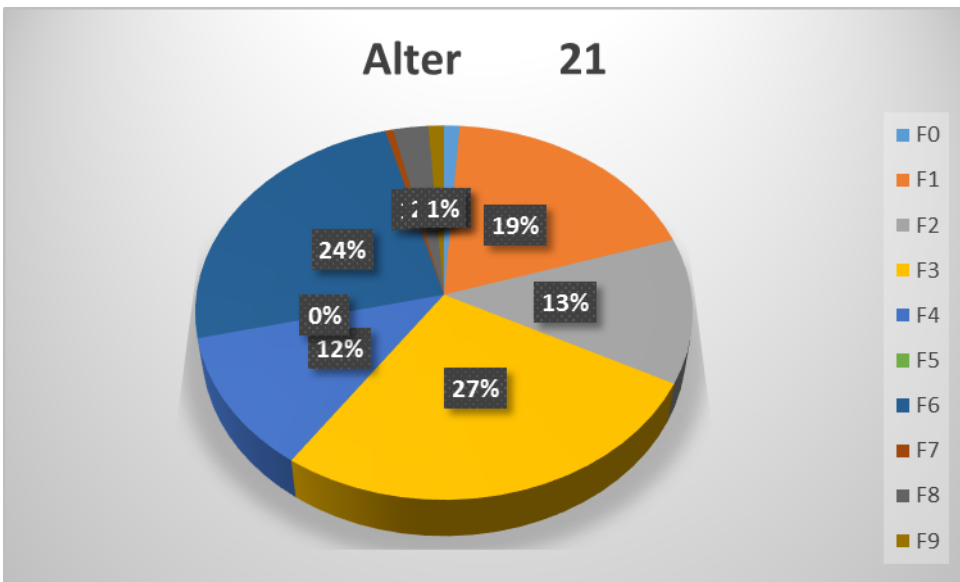
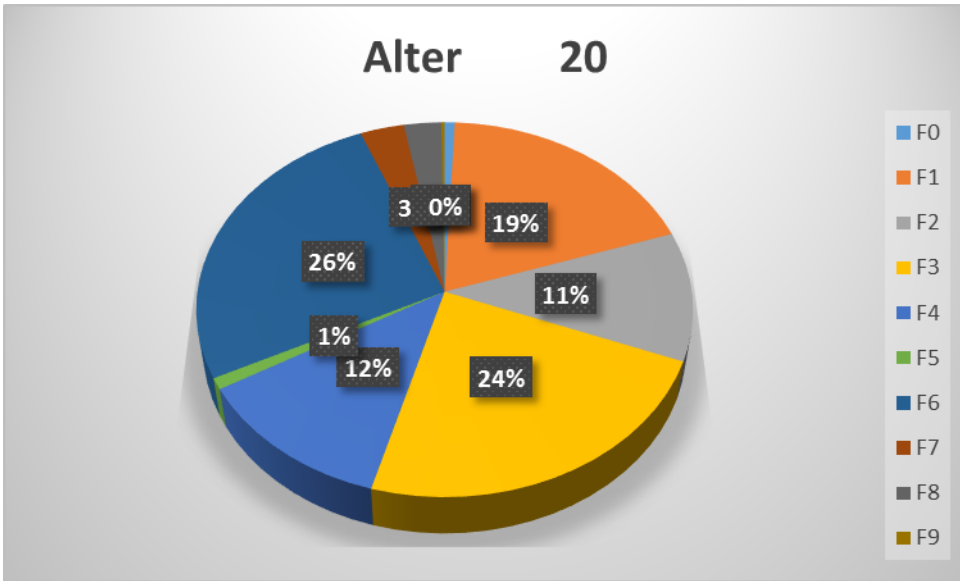


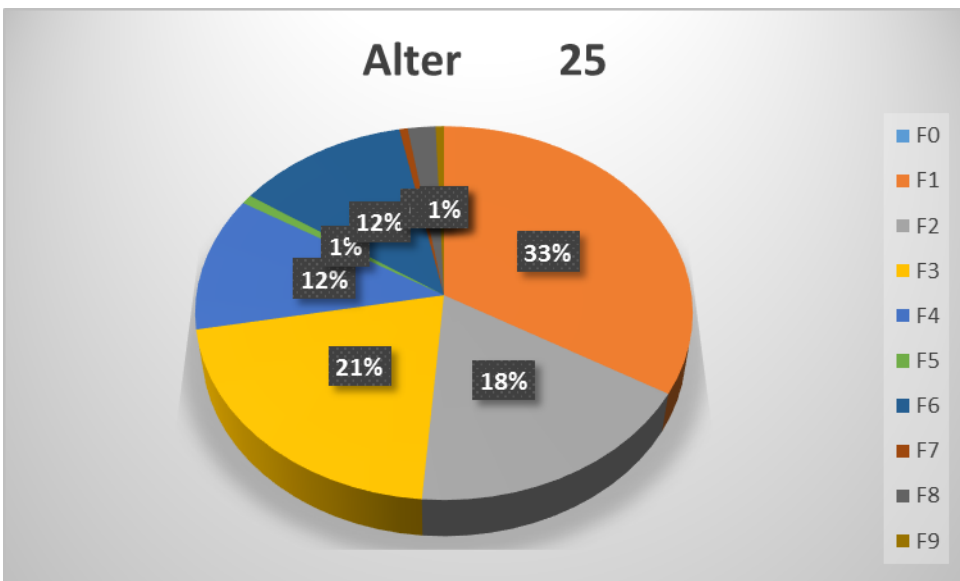
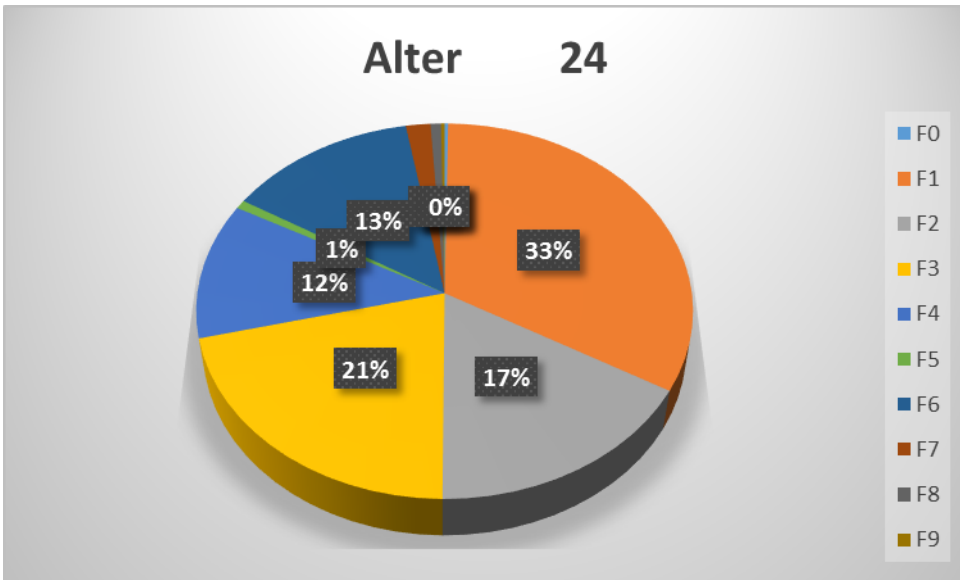
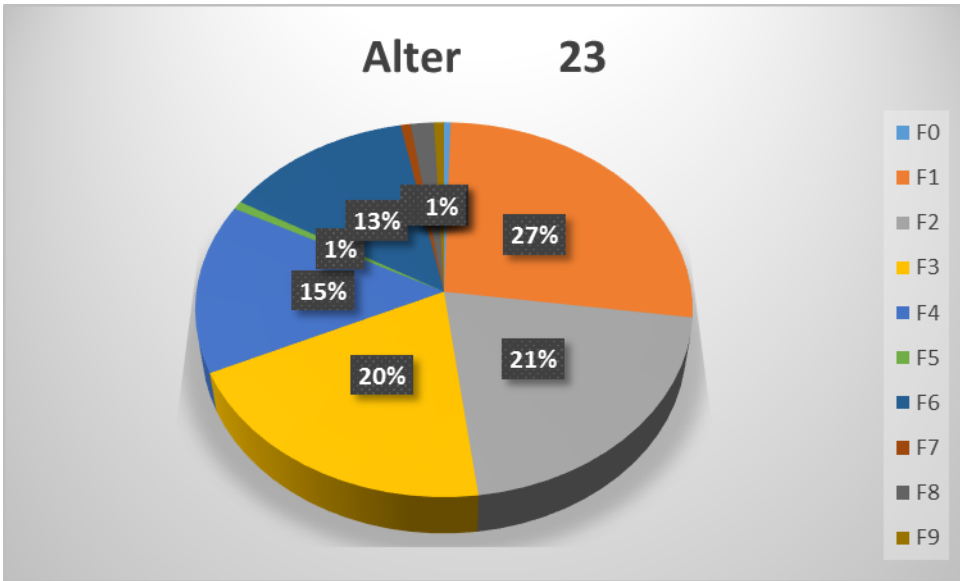
Abb.2

Aufgeschlüsselt nach den einzelnen Altersgruppen lassen sich die Diagnoseverteilungen folgendermaßen darstellen (Abb. 3-11):









Die über den **Steirischen Gesundheitsfonds** erhobenen Daten zu den Psychosozialen Diensten und vom niedergelassenen Bereich sind im Folgenden aufgeführt:

Transitionspsychiatrie

Patient*innen/Klient*innen im Alter von 16 bis 25 Jahren

DATUM	Träger	Klientenanzahl	männlich	weiblich	divers
Jahrgänge 1998 bis 2007	PSZV GmbH	102	35	66	1
Jahrgänge 1998 bis 2007	GFSG	829	230	506	10
Jahrgänge 1998 bis 2007	Hilfswerk GmbH	334	120	209	
Jahrgänge 1998 bis 2007	Rettet das Kind	757	225	517	15
Jahrgänge 1998 bis 2007	PSN	575	397	175	3
Gesamt		2597	1007	1473	29

Diagnosen

Code	Anzahl PSZV	Anzahl GFSG	Anzahl HW	Anzahl RdK	Anzahl PSN
OD	1	58	150	9	96
ND	57	150		98	59
F3	10	189	45	177	94
F4	30	458	45	259	138
F5	2	18	3	2	4
F6	1	39	1	25	12
F7	1	1		0	0
Gesamt	102	913	244	570	403

Tab. 6

Damit ergibt sich insgesamt ein umfassendes Bild über die derzeitige Versorgungsleistung in der Steiermark für die Altersgruppe zwischen 16 und 25 Jahren.

DISKUSSION

Mittels der Ergebnisse der durchgeführten narrativen Literaturrecherche können nun die formulierten Hypothesen diskutiert werden:

1. Die Borderline-Störung und psychotische Erkrankungen sind relevanter als andere Diagnosen im Alter der Transition.

Bezogen auf diese Frage zeigte sich, dass sowohl in den zitierten Studien als auch bei den eigenen Daten die Häufigkeit dieser beiden Erkrankungsgruppen nicht so deutlich war wie angenommen.

Dies zeigte sich beispielsweise in der weltweiten Metaanalyse von 2015, in welcher Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens den Hauptteil der Diagnosen ausmachten, gefolgt von ADHS und Depressiven Störungen. (Polanczyk et al, 2015)

Auch in der Mexikanischen Studie waren affektive und Verhaltensstörungen an oberer Stelle, die Spitze bildeten hier aber substanzbezogene Störungen. (Benjet, 2016)

In jener Studie, die über die Auswirkungen der Lockdowns im Rahmen der COVID-Pandemie betrachtete zeigten sich ebenfalls Angst- und Depressionssymptome als sehr häufig, gefolgt von Reizbarkeit und Wut. (Panchal U., 2023)

Auch in den für die Steiermark erhobenen Daten im stationären Bereich wurden insbesondere bei den sehr jungen Patient*innen (16 und 17 Jahre) affektive und Angststörungen am häufigsten diagnostiziert. Je älter die Patient*innen sind umso häufiger werden substanzbezogene Störungen, Persönlichkeitsstörungen und psychotische Erkrankungen. Dabei gilt es zu beachten, dass bis vor ein bis zwei Jahren Persönlichkeitsstörungen im Kinder- und Jugendbereich nur sehr zurückhaltend diagnostiziert wurden.

Im ambulanten Bereich finden sich auch hier affektive Erkrankungen und Angststörungen als die häufigsten Diagnosen.

Diese erste Hypothese muss also verworfen werden, was folgende Gründe haben kann:

a. Verzerrungen der subjektiven Wahrnehmung sind wohl dadurch möglich, dass depressive und Angsterkrankungen zwar zu den häufigsten Diagnosen bei jungen Erwachsenen zählen, diese aber sehr oft extramural behandelt werden und aus diesem Grund nicht in der stationären Versorgung aufscheinen.

b. Die Adoleszenzkrise kann sich sehr unterschiedlich äußern – oft sind hier Symptome mehrerer Diagnosen zu finden, was eine eindeutige Diagnose nach gängigen Klassifikationen verunmöglicht. Wenn diese in der Krise doch gestellt wird birgt sie die große Gefahr einer lebenslang krankmachenden Beurteilung.

2. Spezifischere altersangepasste Diagnostik Diagnostikmöglichkeiten sowie das Implementieren von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Therapiemethoden in dem Transitionsalter verbessern das Behandlungsergebnis

In Bezug auf diese Hypothese zeigte sich in mehreren Literaturergebnissen ein ähnliches Bild: Durch die Aufnahme an Erwachsenenstationen, an denen die Aufnahmen und Behandlungen für Jugendliche bzw. junge Erwachsene ähnlich wie die der Erwachsenen abliefen, wurde ein Mangel an Ressourcen beklagt. Junge Menschen konnten nur dann von der Transition profitieren, wenn der Übergang sensibel gestaltet wurde und sie nicht von der Entscheidungsfindung ausgeschlossen wurden. (Murcott, 2016)

Vor allem an erwachsenenpsychiatrischen Stationen zeigte sich, dass die aufgenommenen erwachsenen Patient*innen hohe Ausprägungen ihrer Störungen hatten, Übergriffe an der Tagesordnung standen und sich die jungen Patient*innen unsicher fühlten. An pädiatrischen Stationen war das Personal nicht ausreichend geschult, um mit Verhaltensstörungen umgehen zu können. (Worral, 2004)

Der Fokus an Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilungen liegt auf einem sehr fürsorglichen Umgang, entwicklungsorientiertem Behandlungszugang und das Einbeziehen der Familie während in erwachsenenpsychiatrischen Abteilungen der Fokus auf Symptomatik und Diagnose gerichtet ist und der Schwerpunkt in Autonomie und Selbstverantwortung liegt. (Mulvale, 2019)

In den Arbeiten zu Spezifika in der Therapie für junge Erwachsene gab es mehrere Anhaltspunkte dafür, dass frühzeitige Interventionen, auch wenn diese wenig intensiv waren, zu einer Verbesserung und Symptomreduktion beitragen und die Progression und das Wiederauftreten von Symptomen reduzieren konnten (Parker, 2011; Nelson, 2018)

Auch die Wichtigkeit von Hausärzt*innen und Primärversorgungseinheiten für die Früherkennung von psychischen Störungen wie Angst und Depression wurde hervorgehoben (Reeve, 2000).

Diese Hypothese kann demzufolge bestätigt werden kann.

3. Durch spezifischere Diagnostik- und Behandlungsangebote wird die Chronifizierungsrate reduziert. und damit die Anzahl der Patient*innen, die in weiterer Folge nicht in den Arbeitsprozess eingegliedert werden kann, verringert sich. Ausgaben für vorzeitige Berufsunfähigkeit werden geringer.

Dazu zeigte sich insbesondere, dass es im Falle der Adoleszentenkrise fließende Übergänge hin zur tatsächlichen psychiatrischen Störung gibt (s. Fegert et al, 2009) und dass, wenn diese Symptome nicht frühzeitig und spezifisch therapiert werden, die Gefahr der Chronifizierung größer ist. Durch unzureichende ambulante Versorgung kommt es zu wiederholten stationären Behandlungen und dadurch fehlenden Schulabschlüssen und Ausbildung.

Gerade hier wäre im stationären Bereich gut und spezifisch ausgebildetes Personal auf Adoleszentenstationen in der Lage, den Kreislauf zu unterbrechen, indem es für sehr gezielte Diagnostik und Behandlung sorgen und die Patient*innen rasch wieder in ihren familiären Kontext entlassen kann.

Ansonsten kommt es durch die wiederholten Aufenthalte zur sozialen Isolation und Verschlechterung der Pathologie und zu wiederholten stationären Aufnahmen im Erwachsenenalter. Die Chronifizierung schreitet weiter voran und verursacht neben einer starken Einschränkung der Lebensqualität und erhöhter Morbidität, auch hohe soziale Kosten. (s. auch Tab. 12, Hohmann, 2021).

Auch diese Hypothese kann demnach bestätigt werden. Es ist essentiell passende Behandlungsangebote vorzuhalten um Chronifizierung und langfristige Folgen zu verhindern.

4.Morbidität und Mortalität (Suizide) können verringert und die Lebensqualität erhöht werden durch spezifische Behandlung an Adoleszentenstationen.

Lt. der Arbeit durch Banaschewski von 2022 sinkt die Anzahl gesunder Lebensjahre drastisch durch psychiatrische Störungen in der Adoleszenz, wobei dieser Effekt mit zunehmendem Alter größer wird und hier insbesondere affektive und substanzbezogene Störungen dafür verantwortlich sind. Im jüngeren Alter betrifft dies auch die Störungen des Sozialverhaltens.(Banaschewski, 2022)

Frühe emotionale und Verhaltensschwierigkeiten stellen wesentliche Prädiktoren für ein breites Spektrum von Funktionseinschränkungen im Erwachsenenalter dar, unter anderem schlechte somatische Gesundheit, ungünstige gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, niedriger sozioökonomischer Status, unzureichende Bildung und drohende Arbeitslosigkeit. Zahlreiche Krankheitsbilder gehen auch mit einer reduzierten Lebenserwartung einher. Dabei besteht eine Wechselwirkung zwischen ungünstigen pränatalen und frühkindlichen Entwicklungsbedingungen und psychischen Störungen, die langfristige Auswirkungen auf die differenzielle Hirnentwicklung und assoziierte Krankheitsbilder ausübt. (Banaschewski, 2022).

In mehreren Arbeiten wurde der notwendige weitere Forschungsbedarf erkannt, um Prävention, Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen zu verbessern. Ausreichende Evidenzen bestehen weder für die kritischen Entwicklungsfenster, in denen Risiko- und Resilienzfaktoren wirksam sind noch für die Mechanismen, die sowohl eine gesunde Entwicklung als auch die Entstehung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen nachhaltig beeinflussen (Banaschewski, 2022)

Nicht zuletzt wird die Lebensqualität der betroffenen Patient*innen durch die genannten Faktoren deutlich beeinträchtigt.

Auch diese Hypothese kann hiermit bestätigt werden mit der Einschränkung, dass zur einer Senkung der Suizidalität nicht ausreichend Belege gefunden werden konnten.

Limitierungen

Die Literatursuche gestaltete sich schwierig, was mehrere Gründe zu haben scheint:

1. Adoleszente und junge Erwachsene werden weltweit in unterschiedlichen Settings behandelt. Auch innerhalb von Österreich existieren in beinahe allen Landeshauptstädten unterschiedliche Varianten von Behandlungssettings, spezifische Einheiten sind erst im Aufbau begriffen.
2. Durch diese starken Unterschiede sind die Ergebnisse von Untersuchungen kaum vergleichbar, was die Aussagekraft der Arbeit vermindert.
3. Ein systematisches Review war nicht möglich, da es nicht hinreichend Studien mit vergleichbaren Daten gab, welche evaluiert werden konnten. Deswegen wurde die Form des Narrativen Literaturreviews gewählt. Dieses beinhaltet immer auch einen subjektiven Aspekt und der Anspruch auf Vollständigkeit kann nicht erhoben werden. Dennoch finden sich große Übereinstimmungen mit den eigenen Daten, so dass von validen Aussagen ausgegangen werden kann.
4. In dieser Arbeit sollten nicht Studien zu den besten Therapiemaßnahmen untersucht werden, sondern tatsächlich eine Übersicht über die besten Versorgungsmöglichkeiten für psychisch kranke junge Menschen gegeben werden. Damit waren in der Literatur nur wenige und teilweise nur ältere Arbeiten zu finden, die aber wegen der hohen Aussagekraft trotzdem in diese Arbeit aufgenommen wurden.

Es handelt sich bei den in dieser Arbeit angegebenen Steiermark-weiten stationären Daten durchwegs um die Zahlen des LKH Graz II, Standort Süd, das als einziges psychiatrisches Krankenhaus der Steiermark einen Versorgungsauftrag (für die gesamte Steiermark) innehat. Die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Graz und die Psychiatrische Abteilung des Krankenhauses der Elisabethinen sind aufgrund des nicht gegebenen Versorgungsauftrages hier nicht abgebildet ebenso wie Daten aus

Sanatorien. Weiters wurden die Daten der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulanz am Univ.Klinikum Graz nicht inkludiert; diese wurde erst im Februar 2023 etabliert – dadurch wäre die Vergleichbarkeit sehr eingeschränkt.

Fazit

In der Literatur lassen sich eindeutig die Vorteile von Transitionsstationen abbilden. Für die Steiermark ergibt sich damit, dass die Entwicklung einer adoleszentspezifischen stationären Einheit in Zusammenarbeit zwischen einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und einer Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie für die Versorgung psychisch beeinträchtigter Adoleszenter und junger Erwachsener indiziert ist, um eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Steigerung der Anzahl gesunder Lebensjahre zu fördern. Morbidität und Chronifizierung psychischer Störungen könnten vermutlich so reduziert werden. Hier wäre Bedarf für eine begleitende Studie.

Auch der Ausbau extramuraler Strukturen und die Schulung aller Primärversorger ist essentiell, um schon im Vorfeld durch Prävention und Früherkennung die Ausbildung psychischer Störungen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen hintanzuhalten und damit einen wesentlichen Beitrag zur Verringerung der Morbidität, Mortalität, zur Verbesserung der Lebensqualität und Steigerung gesunder Lebensjahre beitragen zu können.

Hier bedarf es weiterer Studien um noch konkretere Handlungsempfehlungen ableiten zu können und die psychiatrische Versorgung Adoleszenter und junger Erwachsener laufend verbessern zu können.

Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association, 2019. *APA Official Actions Position Statement on Transitional Aged Youth*. [Online]

Available at: <https://www.psychiatry.org/File%20Library/About-APA/Organization-DocumentsPolicies/Position-Transitional-Aged-Youth.pdf> [Accessed 19 06 2024].

Banaschewski T., Driessen M., 2020. Transitionspsychiatrie; Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Vol. 48, No. 6, <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000737>

Banaschewski T., Döpfner M, Fegert J.M., Flechtner H-H., Freitag C.M. et al,2022. Psychische Gesundheit und Krankheit bei Kindern und Jugendlichen: Herausforderungen für die beiden neuen Deutschen Forschungszentren DZKJ und DZPG. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 50/2, 03, pp. 85-167.

Benjet C, Borges G, Méndez E, Albor Y, Casanova L, 2016. Eight-year incidence of psychiatric disorders and service use from adolescence to early adulthood: longitudinal follow-up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 01 02.

Cizek, B., Kapella, O. & Steck, M., 2005. *Entwicklungstheorie II Adoleszenz*. [Online] Available at: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/57916/ssoar-2005cizek_et_al-Entwicklungstheorie_II_Adoleszenz.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar2005-cizek_et_al-Entwicklungstheorie_II_Adoleszenz.pdf [Accessed 01 05 2024].

Copeland W., Adair C., Smetanin P., Stiff D., Briante C. et al, 2013. Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 54 7, 01 07, pp. 791-799.

Copeland W, Shanahan L, Costello EJ, Angold A., 2011 Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort analysis from the Great smoky Mountain Study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 01 03, pp. 252-61.

Di Rezze B., Nguyen T., Mulvale G., Barr N.G., Longo C.J., Randall G.E. et al, 2016. A scoping review of evaluated interventions addressing developmental transitions for youth with mental health disorders. *Child: Care, health and development*, 03, pp. 176-187.

Excellence, National Institute for Health and Care, 2024. *NICE-Guidelines*. UK, s.n.

Fegert J.M., Streeck-Fischer A, Freyberger H.J., 2009;

Adoleszentenpsychiatrie. Stuttgart: Schattauer.

Gilsbach S, Borzikowsky C, Herpertz-Dahlmann B., 2024. Lost in between-the transition process from a child and adolescent eating disorder service to adult mental health services in the German health care system.. *Eur Eat Disord Rev*. 2024 May;32(3), 10 05, pp. 547-556.

Gove, T., 1973. Adult Sex Roles and Mental Illness. *American Journal of Sociology*, 78, 01 01, pp. 812-835.

Gustavson K, Knudsen AK, Nesvåg R, Knudsen GP, Vollset SE, 2018. Prevalence and stability of mental disorders among young adults: findings from a longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 18, 12 03.

Häffner L., Erbas B, 2022. *Informationspapier Essstörungen*. [Online] Available at: https://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/Papiere/BAS_UG_Informationspapier_Esst%C3%B6rungen_M%C3%A4rz_2022.pdf [Accessed 21 06 2024].

Henrik W, Husemann R., Hölzel L.P., 2024. Psychische Störungen in der ICD 11. *Nervenheilkunde* 43, pp. 167-176.

Hohmann, S., Enning, F., Trasselli, C. Sondergeld A., Hesper M. et al, 2021. Behandlung von Störungen der Emotionsregulation im Adoleszenten-zentrum am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit. *Nervenarzt* 92, 17 06, pp. 670678.

Kankana N.A., Meyer J.H., Rusjan P.M., Mizrahi R., 2023. (MAO-B): A Target for Rational Drug Development in Schizophrenia Using PET Imaging as an Example. *Drug Development in Psychiatry*, 17 03, pp. 335-362.

Krollner B., 2023. *CD-10-GM*. [Online] Available at: <https://www.icd-code.de/suche/icd/code/F60..html?sp=SBorderline+Pers%C3%B6nlichkeitsst%C3%B6rung> [Accessed 08 05 2024].

Meule A., 2022. *Klassifizierung und Diagnostik von Essstörungen nach der ICD 11*. [Online] Available at: https://www.researchgate.net/publication/368328061_Klassifizierung_und_Diagnostik_von_Esstörungen_nach_der_ICD-11 [Accessed 21 06 2024].

Mulvale G., Nguyen T., Miatello A., Embrett M., Wakefield P., & Randall G., 2019. Lost in transition or translation? Care philosophies and transitions between child and youth and adult mental health services: a systematic review.. *Journal of Mental Health* 28, 04 07, pp. 379-388.

Murcott, W., 2016. A scoping review of care received by young people aged 16-25 when admitted to adult mental health hospital wards <https://doi.org/10.1108/JPMH-05-2016-0025>. *Journal of Public Mental Health* 15, 19 12, pp. 216-228.

Newman D.L., Moffitt T.E., Caspi A., Magdol L., Silva P.A. et al 1996. Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults. *Journal of consulting and clinical psychology*. 64 3, 01 06, pp. 552-62.

Nelson B., 2018. Staged treatment in early psychosis: A sequential multiple assignment randomized trial for ultra high risk of psychosis patients; *Journal: Early interventions in Psychiatry* 12, 16, pp. 292-306

Ormel J., Raven D., Oort F., Hartman C., Reijneveld S. et al, 2014. Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-m. *Psychological Medicine*, 45, 345-360.

Panchal U., Salazar de Pablo G., Franco M., Moreno C., Parellada M. et al, 2023. The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. .. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 07, pp. 1151-1177.

Parker, A., Hetrick, S., Jorm, A., Yung, A., McGorry, P. et al, 2011. The effectiveness of simple psychological and exercise interventions for high prevalence mental health problems in young people: a factorial randomised controlled trial. *Trials* 12, 13 03, p. 76.

Paul M., Street C., Wheeler N., Singh S., 2015. Transition to adult services for young people with mental health needs: A systematic review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20, pp. 436-457.

Phillips S.D., Hargis M.B., Kramer T.L., Lensing S.Y., Taylor J.L. et al, Toward a level playing field: predictive factors for the outcomes of mental health treatment for adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000 Dec;39(12):1485-95.

Polanczyk G.V., Salum G.A., Sugaya L.S., Caye A., Rohde L.A., 2015. A metaanalysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents.. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 56 (3), pp. 345-365.

Quality, 2018. *Comparative Effectiveness Review Number 184*. America, AHRQ.

Reeve, A., 1999. Recognizing and treating anxiety and depression in adolescents. Normal and abnormal responses... *The medical clinics of America* 84 4, 01 07, pp. 891-905 .

Remschmidt H., 2013. *Deutsches Ärzteblatt*. [Online]
Available at: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/141051/Adoleszenz-seelische-Gesundheit-undpsychische-Krankheit>
[Accessed 01 05 2024].

Robert-Koch-Institut (RKI), 2018. *Robert-Koch-Institut, Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - KiGGS Welle 2*. [Online]
Available at: www.kiggs-studie.de [Accessed 27 06 2024].

Rockville, MD., 2016. *NIH: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance [Internet]. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2016 Jun. Table 17, DSM-IV to DSM-5*. [Online]
Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/table/ch3.t13/>
[Accessed 24 05 2024].

Schuster P., Springer-Kremser M., 1997. *Bausteine der Psychoanalyse*. 4. ed. Wien: Facultas.

Statistik Austria, 2019. *Österreichische Gesundheitsbefragung 2019*. [Online]
Available:
https://www.statistik.at/fileadmin/publications/OesterreichischeGesundheitsbefragung2019_Hauptergebnisse.pdf [Accessed 27 06 2024].

Thompson L.K., Sugg M.M., Runkle J.R., 2018. Adolescents in crisis: A geographic exploration of help-seeking behavior using data from Crisis Text Line.. *Social Science and Medicine*, 26 08, pp. 69-79.

Transitionsmedizin, G. f., 2021. *AWMF, S3-Leitlinie Transitionsmedizin*. [Online]
Available at: https://register.awmf.org/assets/guidelines/186-001l_S3_Transition_Paediatric_Erwachsenenmedizin_2021-04.pdf [Accessed 19 06 2024].

Weisz J.R., Hawley K.M., 2002, Development factors in the treatment on adolescents, , 21-43, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70/1, pp 21-43

Wittchen N. L., 1998. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine* 28, pp. 109-126.

Worrall A., O'Herlihy A., Banerjee S., Jaffa T., Lelliott P., 2004. Inappropriate admission of young people with mental disorder to adult psychiatric wards and paediatric wards: cross sectional study of six months' activity. *BMJ*, 08 04.