



Eckpunktepapier von DGKJP und DGPPN/ Key Issues Paper by the DGKJP and DGPPN

Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie/ Transition from adolescence to adulthood: The challenges to establish "transition psychiatry"

(english version below)

Autoren/Authors: Jörg M. Fegert, Iris Hauth, Tobias Banaschewski, Harald J. Freyberger

Der Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter stellt für jeden Menschen eine große Entwicklungsaufgabe dar, welche oftmals gelingt, manchmal aber scheitert oder zu scheitern droht – dies betrifft insbesondere auch Menschen mit psychischen Erkrankungen. DGKJP und DGPPN weisen nun in einem umfassenden Eckpunktepapier auf diese Herausforderungen hin und bieten Lösungsansätze, um den geplanten Übergang (Transition) von einer adoleszenten-zentrierten hin zu einer erwachsenenorientierten psychiatrischen Versorgung optimal zu gestalten und die Heranwachsenden bei der Lösung damit verbundener Schwierigkeiten zu unterstützen.

Die wichtigsten Forderungen von DGKJP und DGPPN auf einen Blick:

- In der Krankenversorgung sind fächerübergreifende ambulante, teilstationäre, stationäre und komplementäre Angebote zu schaffen, die den Besonderheiten des Übergangs vom Jugendalter in das Erwachsenenalter Rechnung tragen und den zusätzlichen Bedarf an therapeutischen Angeboten, die auf entwicklungsspezifische Problematiken abzielen, berücksichtigen.
- Diese Ansätze sind auf das komplementäre Versorgungssystem zu übertragen bzw. hier sind eigene Ansätze zur Leistungserbringung zu entwickeln und zu fördern.
- In der **Aus-, Fort- und Weiterbildung sind transitionspsychiatrische Programme** zu etablieren, die den **beteiligten Berufsgruppen eine spezifische, bisher fehlende Expertise** zur Verfügung stellen.
- Bei der Überarbeitung der Musterweiterbildungsordnungen beider Fächer sollte die Transitionsphase stärker berücksichtigt werden. Innovative, interdisziplinäre, fächer-übergreifende Weiterbildungsangebote und Rotationsmodelle sollten gefördert werden.
- **Forschungsbedarf** besteht insbesondere in der neurobiologischen Grundlagenforschung, der Versorgungsforschung und der Interventionsforschung. Bisher fehlen systematische Forschungsförderungsprogramme, die Transitionsvorgänge fokussieren.
- **Politischer Handlungsbedarf** besteht in den Feldern „**Versorgungsstrukturen**“ (SGB V), „**sektorenübergreifende Versorgungsmodelle**“ (SGB V), „**komplementäre Versorgungsangebote**“ (SGB VIII und SGB XII) und „**spezifische Forschungsförderung**“ (DFG, BMBF, Stiftungen).

Hintergrund

Der Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter stellt für jeden Menschen eine große Entwicklungsaufgabe dar, welche oftmals gelingt, manchmal aber scheitert oder zu scheitern droht. Die Adoleszenz und das junge Erwachsenenalter sind eine besonders vulnerable Phase für die Entwicklung und Chronifizierung von psychischen Störungen, in der eine bestmögliche Versorgung gewährleistet werden sollte. Der notwendige Übergang von einer adoleszenten-zentrierten hin zu einer erwachsenenorientierten Versorgung stellt unter entwicklungsbezogenen Aspekten eine zusätzliche Herausforderung dar, in der die spezifischen Bedürfnisse der psychisch erkrankten Heranwachsenden zwischen 16 und 24 Jahren mit unterschiedlichen Reifungsprozessen und Entwicklungsbedingungen berücksichtigt werden müssen. Das psychiatrische Hilfesystem steht vor der Herausforderung, diesen Übergang optimal zu gestalten und die Heranwachsenden bei der Lösung damit verbundener Schwierigkeiten zu unterstützen. Gegenwärtig bestehen allerdings noch vielerorts erhebliche Schnittstellenprobleme zwischen den

unterschiedlichen Versorgungssegmenten des Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalters, die mit höheren Therapieabbruchraten, Behandlungsdiskontinuitäten und weiteren den Verlauf und die Prognose beeinträchtigenden Faktoren assoziiert sind.

Während sich die Übergänge zwischen Entwicklungsphasen jedoch individuell stark unterscheiden, werden formal in Bezug auf den Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter scharfe Grenzen oder Übergangsphasen definiert. Mit dem 18. Geburtstag erreichen junge Menschen die Volljährigkeit. Fragen der Selbstbestimmung und der Einwilligung in die Behandlung ändern sich fundamental in der Nacht zum 18. Geburtstag. Dennoch kennt auch der Gesetzgeber in verschiedenen Kontexten Kriterien für eine individuelle Reifung. So kann eine Einwilligungsfähigkeit schon bei Adoleszenten von 14 oder 15 Jahren bestehen, wenn diese die Tragweite entsprechender Entscheidungen voll erfassen können. Im Strafrecht wird eine spezifische Kategorie der Heranwachsenden gebildet (18–21 Jahre), die bei Vorliegen bestimmter Unreife Kriterien die Anwendung des Jugendstrafrechts auf junge Erwachsene ermöglicht (Gleichstellung eines Heranwachsenden mit einem Jugendlichen nach § 105 Abs. 1 Nr. 1 JGG). Im Sozialrecht der Jugendhilfe (SGB VIII) sind Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfen für seelisch Behinderte bzw. von seelischer Behinderung bedrohten jungen Menschen bis zum 21., in Ausnahmefällen sogar bis zum 27. Lebensjahr möglich (§ 41 SGB VIII). Bei erheblichen Reifungsdefiziten kann ab dem 18. Lebensjahr eine gesetzliche Betreuung eingerichtet werden, die häufig weiter den Eltern übertragen wird (§§ 1896ff BGB).

Durch die Reform der Eingliederungshilfe und die bevorstehende Teilhabegesetzgebung im Erwachsenenbereich (Zuständigkeit BMAS) und Kinder- und Jugendbereich (Zuständigkeit BMFSFJ) muss diese für die komplementäre Versorgung vieler junger Menschen mit psychischen Problemen relevante Altersgrenze neu definiert und in den entsprechenden Leistungsbereichen neu ausgestaltet werden.

Reifungsprozesse verlaufen selten linear. Vielmehr sind gerade bei jungen Menschen mit psychischen Störungen teilweise Entwicklungseinbrüche oder besonders stark betonte Selbständigkeits-bestrebungen festzustellen. Entwicklungspsychologisch zeigen internationale Datenerhebungen (vgl. Seiffge-Krenke 2015) eine zunehmende Verlängerung der Übergangsphase zwischen Jugendlichen- und Erwachsenenalter. In Südeuropa hat die wirtschaftliche Situation erheblich dazu beigetragen, dass junge Menschen oft bis zum 30. Lebensjahr bei ihren Eltern leben. Doch auch die in Deutschland findet die häufig spöttisch als „Hotel Mama“ bezeichnete Lebensform zunehmend Verbreitung. Junge Menschen leben in einer Phase des Übergangs in den Beruf oder Studium zwar oft schon in wechselnden Partnerschaften, ziehen dafür aber nicht mehr unbedingt von Zuhause aus.

Das psychiatrische Hilfesystem ist auf die Besonderheiten im Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter und die Probleme im Zusammenhang mit der Verlängerung der Adoleszenz bis in das dritte Lebensjahrzehnt (bzw. „Emerging Adulthood“ als eigenständige Entwicklungsphase), die sich seit den späten 1990er Jahren aufgrund soziologischer und kultureller Veränderungen in nahezu allen westlichen Industrienationen etabliert hat und mit zeitlichen Verschiebungen in objektiven soziologischen und psychologischen Markern des Erwachsenwerdens assoziiert ist (vgl. Seiffge-Krenke 2015), bislang noch zu wenig eingestellt.

Nach ersten Anfängen in der Zeit zwischen den beiden Weltkriegen, hat sich zwar – seit der Psychiatrie-Enquete in Deutschland (1975) flächendeckend – eine gegenüber der Erwachsenenpsychiatrie eigenständige Kinder- und Jugendpsychiatrie mit eigener Facharztqualifikation (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) etabliert. In der personellen Ausstattung der Kliniken wird über die Psychiatriepersonalverordnung der Tatsache Rechnung getragen, dass junge Menschen, neben der Krankenbehandlung, immer auch der Erziehung bedürfen. Im sogenannten „Pflege- und Erziehungsdienst“ werden gemischte Teams aus Krankenpflegepersonal, Heil-erziehungspfleger, Erziehern sowie Sozialpädagogen vorgehalten. Klinikbeschulung und damit die Sicherstellung von Zugängen zu Bildung entsprechend der UN-Kinderrechtskonvention gehört in der stationären und teilstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung zur Regel. Dieser attestierte erhöhte Personalbedarf endet aber abrupt mit Erreichung des 18. Lebensjahres, wenn die Personalverordnung der Erwachsenenpsychiatrie zur Anwendung kommt, auch wenn mit Entwicklungsaufgaben in Zusammenhang stehende psychische Probleme weiterhin einen spezifischen und erhöhten Personalbedarf erfordern.

Die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung ist fast ausnahmslos eine Behandlung der gesamten Familie. Eltern und ggf. auch Geschwister werden stark in Behandlungsansätze und Angebote eingebunden. Die Sorgeberechtigten, in der Regel die Eltern, sind wichtige Entscheidungsträger in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung und können notfalls mit gerichtlicher Genehmigung durch das Familiengericht (§ 1631 b BGB) auch selbst eine geschlossene Unterbringung ihrer Kinder veranlassen. Die jugendlichen Patienten werden als Teil eines Familiensystems gesehen und behandelt. Der Entwicklungsaspekt und bestimmte Entwicklungsaufgaben und Bildungsziele spielen eine zentrale Rolle in der Behandlung.

Demgegenüber ist in der Erwachsenenpsychiatrie der Fokus stark auf die individualisierte Diagnostik und Therapie gerichtet und muss die Autonomie der Erwachsenen gegenüber ihren Herkunftsfamilien berücksichtigen. Entwicklungspsychologische Fragen treten dort gegenüber der Behandlung und Bewältigung der konkreten Erkrankungen zurück, störungsorientierten psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Interventionsmethoden und der begleitenden psychopharmakologischen Therapie kommen hingegen eine höhere Bedeutung zu. Das zu behandelnde Altersspektrum reicht von jungen Erwachsenen bis in das hohe Lebensalter und hat mit einer notwendigen Spezialisierung einerseits die erkrankungsspezifischen Besonderheiten (Stichwort: spezielle Abteilungen für Störungsgruppen) und andererseits spezielle altersbezogene Prozesse (Stichwort: Alters- oder Gerontopsychiatrie) zu berücksichtigen.

Die Vernetzung dieser beiden Bereiche des psychiatrischen Hilfesystems sollte verbessert werden, um den besonderen Problemen im Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter und der neu entstandenen Entwicklungsphase „Emerging Adulthood“ Rechnung zu tragen. Bislang sind Altersübergänge sozialrechtlich unterschiedlich geregelt. In der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ist wie in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eine Altersgrenze von 21 Jahren etabliert, so dass im ambulanten Feld eine notwendige Übergangsphase weitgehend gewährleistet ist. Allerdings endet die ambulante Versorgung durch Institutsambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit 18 Jahren und darf nur in besonderen Versorgungsformen (IV-Verträge, Modellprojekte nach § 64b SGB V) oder auf Einzelantrag hin fortgeführt werden. Auch hier sollten entsprechende Transitionsangebote geschaffen werden.

Eckpunkte der DGPPN und der DGKJP zur Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters

Beide Fachgesellschaften verstehen unter Transition, in Anlehnung an internationale Definitionen im Gesundheitsbereich (vgl. Mayr et al. 2015), die gezielte Begleitung des Transitionsprozesses im Sinne einer Koordination der Anbieter und Sicherung der Versorgungskontinuität auf dem Weg von der jugendlichenzentrierten hin zur erwachsenenorientierten Versorgung. Diese Übergänge werden derzeit europaweit diskutiert und beforscht (vgl. EU-Milestones Projekt Förder-Kennzeichen HEALTH-F3-2013-602442).

Transitionsmedizin für Menschen mit psychischen Erkrankungen stärken

Die Transitionsmedizin gestaltet insbesondere bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen die Übergänge aus einer oft sehr fürsorglich ausgestalteten kindermedizinischen Versorgung in die stärker vom Patienten selbst bestimmte Versorgung im Erwachsenenalter (vgl. Fegert et al. 2015).

Gerade früh auftretende chronische Erkrankungen wie z. B. der frühkindliche Autismus führen zu einer engen Bindung der Eltern der beeinträchtigten Kinder an das kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungssystem. Deshalb wird der Übergang in die Erwachsenenpsychiatrie, die sich bislang weniger fokussiert mit kindheitsspezifischen Krankheitsbildern auseinander gesetzt hat, häufig solange wie möglich vermieden.

Umgekehrt war es im Wesentlichen die Erwachsenenpsychiatrie, welche die im Kindes- und Jugendalter beginnenden psychotischen Erkrankungen in ihrem Langzeitverlauf betrachtet und so eine breite Debatte in beiden Fächern über die notwendige Früherkennung und Frühbehandlung z. B. der schizophrenen Störungen angestoßen hat (Bechdorf et al. 2012). Zu lange wurden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Ersterkrankungen als Adoleszenzkrisen bagatellisiert, und damit die Chance für eine Prävention und frühe Intervention nicht hinreichend genutzt. In der Konsequenz sind in Deutschland erste fächerübergreifende Früherkennungs- bzw. Frühbehandlungszentren in diesen Bereichen (z. B. Resch & Herpertz 2015) entstanden.

Forschung zur Entwicklungsneurobiologie intensivieren

Die Transitionsphase ist auch durch erhebliche neurobiologische Veränderungen gekennzeichnet. In der Adoleszenz kommt es zu einem Umbau, verbunden mit dem Untergang überflüssiger synaptischer Verbindungen aus der früheren kindlichen Entwicklung und damit zur komplexen Reifung neuronaler Strukturen. Zentrale Elemente der Psychopathologie und des Verhaltens wie z. B. Risikoverhalten (risk taking behavior) werden dadurch wesentlich beeinflusst (vgl. Crone et al. 2016). Beide wissenschaftlichen Fachgesellschaften unterstreichen die Notwendigkeit gemeinsamer und interdisziplinärer Forschung zur neurobiologischen Entwicklung in der Phase der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter.

Alters- und reifungsspezifische Besonderheiten in der Therapie berücksichtigen

Verschiedene, im Erwachsenenalter wesentliche und schwere psychische Erkrankungen wie Sucht-erkrankungen, psychotische Störungen oder selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität zeigen Altersgipfel in der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter und sind, im Gegensatz zur Psychopathologie des Kindesalters, durch ihren Beginn in der Adoleszenz charakterisiert (Kaess & Herpertz 2015). Allerdings zeigen verschiedene Längsschnitt-Studien wie z. B. die neuseeländische Dunedin-Längsschnitt-Studie, dass die Hälfte aller psychischen Störungen der 25-jährigen Erwachsenen in die Pubertät, ja sogar ins Kindesalter zurückreicht, d. h. vor dem Alter von 15 Jahren beginnt (Kim-Cohen et al. 2003).

Aus diesen typischen Verläufen ergeben sich entsprechende Kooperationsthemen, bei denen aber die jeweils alters- und reifungsspezifischen Bedürfnisse bei der Ausgestaltung von therapeutischen Angeboten mit bedacht werden müssen.

Transitionspsychiatrie in Weiterbildung und Versorgung fördern

Verläufe entwicklungsbedingter Störungsbilder der Kindheit wie z. B. Autismus und Teilleistungsstörungen sind in den letzten Jahren stärker in Bezug auf ihre Auswirkungen in der Adoleszenzphase und im Übergang zum Erwachsenenalter thematisiert worden. Es besteht hier verstärkter Bedarf an Forschung und einer Verbesserung der psychosozialen Versorgung. In der Weiterbildung zu beiden Fachärzten gilt es, Kompetenzen für die Behandlung sowie die Verständigung bei der Behandlung im Transitionsalter stärker aufzubauen. E-Learning und neue Unterrichtsmethoden, welche auch fächerübergreifende Ausbildungsmodule ermöglichen, sind fächerübergreifend zu konzeptualisieren.

In der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung müssen koordinierte Übergangs- und Behandlungspfade entwickelt werden, welche ein flexibles Casemanagement voraussetzen. Neue sektorenübergreifende Versorgungsmodelle sind gerade in diesem Bereich zu entwickeln.

Transitionspsychiatrische Erkenntnisse in Forensik beachten

Auch in Bezug auf Delinquenz und multiple soziale Schwierigkeiten stellen das Jugendalter und das junge Erwachsenenalter ein Hochrisikoalter dar. Forensisch-psychiatrische Angebote und die entsprechende Gutachtenpraxis haben dies zu berücksichtigen. Beachtet werden muss, dass relativ viele kinder- und jugendpsychiatrische Patienten mit so genannten „Störungen des Sozialverhaltens“ in Heimeinrichtungen der Jugendhilfe betreut werden und im jungen Erwachsenenalter zunächst selten von sich aus erwachsenenpsychiatrische Angebote wahrnehmen. Es gilt spezifischere Angebote für so genannte „Care Leaver“ zu entwickeln, da diese Jugendlichen häufig in ihrer Vorgeschichte auch eine massive Traumabelastung aufweisen.

Bildungsabschlüsse fördern, Berufseinstieg erleichtern und Teilhabe ermöglichen

Gerade unter den jungen Menschen mit psychischen Störungen gibt es einen wesentlichen Anteil, der beim Einstieg ins Berufsleben im Übergang zur Erwachsenenwelt scheitert oder erhebliche Probleme aufweist (vgl. Kölich et al. 2011). Für diese Gruppe sind spezialisierte Krankenversorgungsangebote (SGB V) und komplementäre Angebote der Arbeitsagenturen oder eine altersspezifische Ausgestaltung der Eingliederungshilfe dringend erforderlich.

Abstimmung komplementärer Versorgungssysteme verbessern

Komplementäre Versorgungssysteme, z. B. in der Eingliederungshilfe, müssen aufeinander abgestimmt werden, um Übergänge und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben systematischer als bisher zu unterstützen. Bei der bevorstehenden Teilhabereform müssen die zuständigen Ressorts (BMFSFJ für das Kindes- und Jugendalter und BMAS für das Erwachsenenalter) Konzepte und Übergänge koordinieren, ohne dabei die spezifischen Notwendigkeiten in den jeweiligen Altersgruppen zu vernachlässigen. Flexible Übergangsmöglichkeiten und Unterstützungsformen für heranwachsende Menschen müssen unbedingt erhalten bleiben.

Neue kooperative Angebote entwickeln

Während in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen und kinder- und jugendlichen-psychotherapeutischen Behandlung Übergänge und die Weiterbehandlung bis zum 21. Lebensjahr möglich sind, gilt für die teilstationäre und stationäre Behandlung eine klare Altersgrenze gegenüber der Erwachsenenpsychiatrie, die sich auch in der Psychiatrieplanung der Länder niederschlägt.

Entwicklungspsychopathologisch sinnvoll wären hier spezifische, den Übergang unterstützende, reifungsadäquate teilstationäre und stationäre Angebote, wie sie interdisziplinär teilweise schon modellhaft entwickelt wurden. Zentral ist, dass solche Angebote der Krankenbehandlung in der Transitionsphase vom Jugend- ins Erwachsenenalter schwankenden, ja teilweise oszillierenden Reifungsverläufen Rechnung tragen und Kernelemente jugendpsychiatrischer Behandlungskompetenz und Settings mit Kernelementen erwachsenenpsychiatrischer Behandlungskompetenz in einem für junge Menschen geeigneten Rahmen mit der entsprechenden personellen Ausstattung vereinen sollten. Elternarbeit, Psychoedukation der betroffenen jungen Menschen und ihrer Angehörigen (Partner und Eltern), die Einbeziehung entwicklungspezifischer Fragen in psycho- und soziotherapeutische Angebote, die Einbeziehung von Peergroups, die Unterstützung der Eingliederung in den Beruf oder die Unterstützung von Ausbildungszielen sind zentrale Charakteristika solcher integrierter Angebote, die einer spezifischen Ausgestaltung bedürfen.

Fazit

Die Transitionspsychiatrie steht vor großen Herausforderungen und einem hohen Entwicklungsbedarf, der sich in den folgenden Bereichen darstellt:

1. In der Krankenversorgung sind fächerübergreifende ambulante, teilstationäre, stationäre und komplementäre Angebote zu schaffen, die den Besonderheiten des Übergangs von der Adoleszenz in das Erwachsenenalter Rechnung tragen und den zusätzlichen Bedarf an therapeutischen Angeboten, die auf entwicklungspezifische Problematiken abzielen, berücksichtigen.
2. Diese Ansätze sind auf das komplementäre Versorgungssystem zu übertragen bzw. sind hier eigene Einrichtungsansätze zu entwickeln und zu fördern.
3. In der Aus-, Fort- und Weiterbildung sind transitionspsychiatrische Programme zu etablieren, die den beteiligten Berufsgruppen eine spezifische, bisher fehlende Expertise zur Verfügung stellen.
4. Bei der Überarbeitung der Musterweiterbildungsordnungen beider Fächer sollte die Transitionsphase stärker berücksichtigt werden. Innovative, interdisziplinäre, fächerübergreifende Weiterbildungsangebote und Rotationsmodelle sollten gefördert werden.
5. Forschungsbedarf besteht insbesondere in der neurobiologischen Grundlagenforschung, der Versorgungsforschung und der Interventionsforschung. Bisher fehlen systematische Forschungsförderungsprogramme, die Transitionsvorgänge fokussieren.
6. Politischer Handlungsbedarf besteht in den Feldern "Versorgungsstrukturen" (SGB V), „sektorenübergreifende Versorgungsmodelle“ (SGB V), „komplementäre Versorgungsangebote“ (SGB VIII und SGB XII), „spezifische Forschungsförderung“ (DFG, BMBF, Stiftungen).

23.06.2016

Transition from adolescence to adulthood: The challenges to establish "transition psychiatry"

The transition from adolescence to adulthood is a major developmental challenge for everyone. While it is often successful, it sometimes fails or threatens to fail – particularly in young people with mental illness. In a comprehensive key issues paper, the DGKJP and DGPPN (the German scientific associations of child and adolescent psychiatry and psychotherapy, and adult psychiatry and psychotherapy) now draw attention to these challenges and offer solutions to optimise the process of a planned transition from adolescent-centred to adult-oriented mental health care and thus to support adolescents in solving related problems.

The main demands of the DGKJP and DGPPN at a glance:

- Interdisciplinary outpatient, day-patient, inpatient and complementary services are to be created in patient care that take into account the specific features of the transition from adolescence to adulthood and consider the additional need for therapeutic services aimed at development-specific problems.
- These approaches are to be transferred to the complementary care system, or separate approaches to the provision of services are to be developed and promoted for this system.
- Programmes on transition psychiatry are to be established in medical education, especially training, and continuing medical education in order to provide the professional groups involved with specific, previously missing expertise.
- The transition phase should be given greater consideration in the revision of the professional training regulations for both child and adolescent psychiatry and general adult psychiatry. Innovative, interdisciplinary, cross-specialization continuing education opportunities and rotations are to be promoted.
- There is a special need for basic neurobiological research, care research and intervention research. So far, systematic research funding programmes that focus on transition processes are lacking.
- Political action is required in the areas "care structures", "cross-sector care models", "complementary care offerings" and "specific research funding".

Background

The transition from adolescence to adulthood represents a major developmental challenge for every-one; while it often succeeds, it sometimes fails or threatens to fail. As adolescence and young adult-hood represent a particularly vulnerable period for the development and chronification of mental disorders, the best possible care needs to be ensured for these age groups. The necessary transition from adolescent-centred to adult-oriented care represents an additional challenge as regards development-related aspects. During this period, the specific needs of mentally ill adolescents aged between 16 and 24, all of whom have different maturational processes and developmental conditions, need to be considered. The psychiatric help system is faced with the challenge of organising this transition in an optimal manner and supporting the adolescents in solving related problems. At present, however, in many areas there are still considerable problems at the interface between the different segments of care in childhood, adolescence and adulthood, resulting in higher treatment discontinuation rates, treatment disruptions and other factors that have a negative impact on the course and prognosis.

Although the transitions between developmental stages differ greatly between individuals, sharp boundaries or transition periods are formally defined for the transition from adolescence to adulthood. Young people reach the age of majority on their 18th birthday. In the night before their 18th birthday, issues of self-determination and treatment consent change fundamentally. Nevertheless, in various contexts, the legislator provides criteria for individual maturity. Thus, in Germany, adolescents aged 14 or 15 may be able to give consent if they can fully grasp the consequences of respective decisions. In German criminal law, a specific category exists for juveniles (18-21 years) which allows juvenile law to be applied to young adults if certain immaturity criteria are fulfilled. Youth welfare social law provides assistance with the education and integration of psychiatrically disabled young people or young people at risk of psychiatric disability until age 21, in exceptional cases even up to age 27. If adolescents are considerably behind in maturity, after the age of 18, legal care can be arranged and is often further delegated to parents.

As a result of the reform of participation support and integration assistance and the upcoming participation legislation for adults as well as children and adolescents, this age limit – which is relevant for the complementary care of many young people with mental health problems – has to be redefined and redesigned in the respective service areas.

Maturation processes are rarely linear. Rather, particularly in young people with mental illness, one can sometimes observe developmental setbacks or strong efforts at independence. As regards developmental psychology, international data (see Seiffge-Krenke 2015) show an increasing prolongation of the transition period between adolescence and adulthood. In southern Europe, the economic situation has significantly contributed to the fact that young people often live with their parents until the age of 30. In Germany too, the living situation often derisively referred to as "Hotel Mama" is becoming increasingly common. Although young people often live with different partners during the transition phase to work or study, they frequently no longer necessarily move out of the parental home.

To date, the psychiatric help system is not sufficiently attuned to the particular circumstances of the transition from adolescence to adulthood, and the problems associated with the prolongation of adolescence into the third decade of life, i.e. of "emerging adulthood" as an independent development phase. Emerging adulthood has established itself since the late 1990s

as a result of sociological and cultural changes in almost all Western industrial nations and is associated with temporal shifts in objective sociological and psychological markers of adulthood (cf. Seiffge-Krenke 2015).

After its early beginnings in the period between the two World Wars, child and adolescent psychiatry established itself as an independent entity from adult psychiatry with its own specialist qualification (Specialist for Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy) and achieved nationwide recognition after the 1975 report on the situation of psychiatry in Germany ("Psychiatrie-Enquête"). In the staffing of hospitals, the regulation on staff in psychiatry takes into consideration the fact that young people always require education in addition to medical treatment. So-called "care and education services" comprise mixed teams of nurses, social care workers, educators and social pedagogues. Hospital schooling and the associated guarantee that students will have access to subsequent education elsewhere, in accordance with the UN Convention on the Rights of the Child, is a standard feature of in-patient and day-patient treatment in child and adolescent psychiatry. However, this proven increased staffing need ends abruptly at age 18. At this time, the regulation on staff in adult psychiatry takes effect, even though mental problems related to developmental tasks still require specific types of personnel and a higher number of staff.

Child and adolescent psychiatric treatment is almost always a treatment for the whole family. Parents and possibly siblings are also strongly involved in treatment approaches and offerings. The guardians, usually the parents, are key decision makers in child and adolescent psychiatric treatment and can, if necessary and after judicial approval by the Family Court, themselves arrange for their child to be admitted to a closed ward. The young patients are seen and treated as part of a family system. The developmental aspect and certain developmental tasks and educational objectives play a central role in the treatment.

In contrast, adult psychiatry focuses on individualized diagnosis and treatment and has to consider the autonomy of adults from their biological families. Issues of developmental psychology become less important than the treatment and management of specific diseases, and disorder-oriented psychotherapeutic and sociotherapeutic interventions and the accompanying psychopharmacological therapy assume greater significance. Adult psychiatry treats ages ranging from young adults to senior citizens and has to consider – by means of necessary specialisations – disease-specific characteristics (keyword: special departments for disorder groups) on the one hand and special age-related processes (keyword: geriatric psychiatry) on the other.

The cross-linking of these two areas of the psychiatric help system should be improved in order to deal with the particular problems associated with the transition from adolescence to adulthood and the recently emerged developmental phase "emerging adulthood." To date, age transitions are regulated differently by social law. Twenty-one is the established age limit for outpatient treatment by office-based specialists in child and adolescent psychiatry and psychotherapy and for child and adolescent psychotherapy, meaning that a necessary transition phase is largely guaranteed in outpatient settings. However, outpatient care by clinics at institutions of child and adolescent psychiatry and psychotherapy ends at age 18 and may be continued only in special types of care (IV contracts, model projects according to § 64b SGB V) or at special request. Again, appropriate transition services should be created.

Key issues of the DGPPN and DGKJP for transition psychiatry in adolescence and young adulthood

In compliance with international definitions in the health care sector (see Mayr et al. 2015), both professional associations understand transition as the targeted support of the transition process in the sense of coordinating suppliers and ensuring supply continuity on the path from youth-centred to adult-oriented care. These transitions are being discussed and researched throughout Europe (see EU Milestones Project, grant number HEALTH-F3-2013-602442).

Improve transition medicine for people with mental illness

Transition medicine arranges the transition, especially for chronically ill children and adolescents, from a usually very caring paediatric health care to adult care, with its greater degree of patient self-determination (cf. Fegert et al. 2015).

In particular, early-onset chronic diseases such as infantile autism and other pervasive developmental disorders result in a close binding of the parents of affected children to the child and adolescent mental health care system. Consequently, the transition to adult psychiatry, which so far has focused less on childhood-specific illnesses, is often avoided for as long as possible.

Conversely, it was primarily adult psychiatry that examined the long-term course of psychotic disorders that start in childhood and adolescence and that thus stimulated a broad debate in both fields about the importance of early detection and early treatment, e.g. of schizophrenic disorders (Bechdolf et al. 2012). For too long, index illnesses were trivialized in child and

adolescent psychiatry as crises of adolescence, meaning that the opportunity for prevention and early intervention was not adequately exploited. As a consequence, in Germany, the first interdisciplinary early detection and early treatment centres have been created in these fields (e.g. Resch & Herpertz 2015).

Intensify research in developmental neurobiology

The transition phase is also characterized by considerable neurobiological changes. In adolescence, a restructuring takes place that is associated with the demise of redundant synaptic connections from the earlier childhood development, resulting in a complex maturation of neuronal structures. This process has a substantial effect on central elements of psychopathology and behaviour, such as risk-taking behaviour (see Crone et al. 2016). Both professional scientific associations emphasize the need for joint and interdisciplinary research on neurobiological development in adolescence and young adulthood.

Consider age- and maturity-related features in treatment

Various important and severe mental illnesses of adulthood such as dependence disorders, psychotic disorders or self-harming and suicidal behaviour have a peak age in adolescence or young adulthood and, in contrast to the psychopathology of childhood, are characterised by their emergence in adolescence (Kaess & Herpertz 2015). However, various longitudinal studies such as the New Zealand Dunedin longitudinal study show that half of all mental disorders in 25-year-old adults start in puberty or even childhood, i.e. before the age of 15 years (Kim-Cohen et al. 2003).

These typical courses give rise to corresponding areas of cooperation, but when designing therapeutic offerings, the specific needs at each age and level of maturity have to be considered.

Promote transition psychiatry in continuing education and care

In recent years, the courses of development-related disorders of childhood such as autism and specific learning disabilities have been more strongly addressed in regard to their effects in adolescence and the transition to adulthood. This topic requires more research and improvement of psychosocial care.

The training for both medical specialties needs to build stronger skills in the treatment and understanding of patients in the transition age. E-learning and new teaching methods that facilitate inter-disciplinary training modules need to be conceptualized in an interdisciplinary manner.

In outpatient, day-patient and inpatient care, coordinated transition and treatment pathways need to be developed that require flexible case management. New cross-sector care models need to be developed specifically in this area.

Consider knowledge from transition psychiatry in forensic psychiatry

Adolescence and young adulthood are also high-risk phases for delinquency and multiple social difficulties. Forensic psychiatry services and the corresponding expert opinion practice have to take this into account. Attention must be paid to the fact that a relatively large number of child and adolescent psychiatric patients with so-called "social behaviour disorders" are cared for in residential youth welfare institutions and, in young adulthood, such patients at first rarely use adult psychiatric services on their own initiative. More specific offerings for so-called "care leavers" need to be developed because these young people often have a significant history of exposure to trauma.

Promote educational qualifications, facilitate entry into working life and enable participation

When starting their career, a substantial proportion of young people with mental disorders fail or have significant problems in the transition to the adult world (see Kölch et al. 2011). Specialized health care services and complementary support from employment agencies or age-specific organizations for integration support are urgently needed for this group.

Improve coordination of complementary care systems

Complementary care systems, e.g. in integration support, have to be coordinated in order to support transitions and participation in society more systematically than hitherto. In the upcoming participation reform, the responsible ministries (BMFSFJ for childhood and adolescence and BMAS for adulthood) have to coordinate concepts and transitions without thereby neglecting the specific needs of the respective age groups. Flexible transition possibilities and forms of support for adolescents must be maintained.

Develop new cooperative services

Whereas in outpatient child and adolescent psychiatry and child and adolescent psychotherapy, treatment transitions and follow-up treatment are possible up to the age of 21, day-patient and inpatient treatment is clearly separated from adult psychiatry on the basis of age. This separation is also reflected in German states' planning of psychiatric services.

As regards developmental psychopathology, specific daypatient and inpatient services would be appropriate that support the transition and are adequate for the patient's maturity level; some models of such offerings have already been developed in an interdisciplinary approach. It is of central importance that medical treatment in the transition phase from adolescence to adulthood should take into account fluctuating, indeed sometimes oscillating maturation processes. Moreover, it should combine core elements of treatment expertise and settings in adolescent psychiatry with core elements of treatment competence in adult psychiatry in a setting that is suited to young people and staffed appropriately. Work with parents, psychoeducation of afflicted young people and their relatives (partners and parents), the inclusion of development-specific issues in psycho- and socio-therapeutic services, the involvement of peer groups, support in starting a job or support of training objectives are core characteristics of integrated mental health care that must be designed specifically for the target group.

Conclusion

Transition psychiatry is facing great challenges and major developmental requirements in the following areas:

- Interdisciplinary outpatient, day-patient, inpatient and complementary services are to be created in patient care that take into account the specific features of the transition from adolescence to adulthood and consider the additional need for therapeutic services aimed at development-specific problems.
- These approaches are to be transferred to the complementary care system, or separate approaches to the provision of services are to be developed and promoted for this system.
- Programmes on transition psychiatry are to be established in medical education, especially training, and continuous medical education in order to provide the professional groups involved with specific, previously missing expertise.
- The transition phase should be given greater consideration in the revision of the professional training regulations for both child and adolescent psychiatry and general adult psychiatry. Innovative, interdisciplinary, cross-specialization continuing education opportunities and rotations are to be promoted.
- There is a special need for basic neurobiological research, care research and intervention research. So far, systematic research funding programmes that focus on transition processes are lacking.
- Political action is required in the areas "care structures", "cross-sector care models", "complementary care offerings" and "specific research funding".

23.06.2016

Download:

Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie

Key Issues Paper: Transition from adolescence to adulthood: The challenges to establish "transition psychiatry"