



**Angewandte
Psychologie**

Stationäre und tagesklinische Angebote der psychiatrischen Gesundheitsversor- gung an der Schnittstelle des Jugend- und Erwachsenenalters in der Schweiz

Eine Bestandesaufnahme bestehender Angebote im Auftrag des BAG

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Departement Angewandte Psychologie
Psychologisches Institut
Fachgruppe Klinische Psychologie und
Gesundheitspsychologie

Agnes von Wyl, Erica Chew Howard, Laura Wade-Bohleber,
Silvia Passalacqua, Larissa Schneebeli, Patrick Haemmerle,
Andreas Andreae

Zürich, Januar 2020

Inhalt

1	Einleitung.....	3
1.1	Die Entwicklungsphase Adoleszenz.....	3
1.2	Psychische Beeinträchtigungen und psychische Störungen in der adoleszenten Entwicklungsspanne.....	4
1.3	Einige Zahlen zur psychiatrischen Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz.....	4
1.4	Kontinuierliche psychiatrische Versorgung vom Jugendlichen- ins junge Erwachsenenalter: die Transitionspsychiatrie.....	5
1.5	Die Rolle von Wohn- und Ausbildungsheimen in der transitionspsychiatrischen Versorgung.....	7
1.6	Projektziel.....	7
2	Methodisches Vorgehen.....	8
2.1	Erhebung der stationären und tagesklinischen transitionspsychiatrischen Angebote und der Angebote für junge Erwachsene.....	8
2.2	Erhebung der Wohn- und Ausbildungsheime für Jugendliche und junge Erwachsene im Kanton Zürich.....	9
2.3	Beispielhafte Falldarstellungen.....	10
2.4	Expertenrunden.....	10
3	Stationäre und tagesklinische psychiatrische Angebote im Transitionsbereich und für junge Erwachsene.....	12
3.1	Übersicht.....	12
3.2	Stationäre und tagesklinische transitionspsychiatrische Angebote und Angebote für junge Erwachsene in der Deutschschweiz.....	15
3.3	Stationäre und tagesklinische transitionspsychiatrische Angebote und Angebote für junge Erwachsene in der Romandie.....	19
3.4	Stationäre und tagesklinische psychiatrische Angebote im Transitionsbereich und für junge Erwachsene im Tessin.....	21
3.5	Weitere Angebote für Jugendliche und junge Erwachsene.....	22
4	Geplante psychiatrische Angebote im Transitionsbereich und für junge Erwachsene (Stand Juni 2019).....	23
5	Weitere wichtige Institutionen in der transitionspsychiatrischen Versorgung. Beispielhaft: Wohn- und Ausbildungsheime im Kanton Zürich.....	24
6	Beispielhafte Falldarstellungen.....	25
6.1	Autismus-Spektrum-Störungen: Der Blick auf die Entwicklung (Stephan Kupferschmid).....	25
6.2	Von der Adoleszentenkrise zur schweren psychischen Störung: eine typische Systemherausforderung in der Transition (Andreas Andreae).....	26
7	Gesundheitspolitische Überlegungen.....	27
7.1	Zur Versorgungsproblematik im Übergang von KJP zu EP.....	27
7.2	Zur Definition der Transitionspsychiatrie.....	28
7.3	Zur stationären und tagesklinischen Versorgungslage in der Schweiz im Bereich der Transitionspsychiatrie.....	28
7.4	Integrierte transitionspsychiatrische Versorgungspfade.....	29
7.5	Ambulante Versorgung im Transitionsbereich.....	30
7.6	Tagesklinik versus Case Manager im Transitionsbereich.....	30
7.7	Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen.....	31
7.8	Ausweitung des Zuständigkeitsbereichs der KJP.....	31
8	Vorschläge für eine verbesserte transitionspsychiatrische Versorgung und erste Umsetzungsschritte.....	32
9	Fazit.....	34
10	Literatur.....	36

1 Einleitung

Die psychiatrische Versorgung in der Schweiz ist gut und qualitativ hochstehend, wie der Schweizer Bundesrat 2016 im Bericht in Beantwortung des Postulats Stähelin zur «Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz» festhielt. Sie ermöglicht für viele psychisch kranke Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung. Es gibt aber auch einige Bereiche, die ungenügend abgedeckt sind. Die Studie «Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz» im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) hat gezeigt, dass u.a. die Versorgung von Kindern und Jugendlichen unzureichend ist (Stocker et al., 2016). Zudem deuten Einschätzungen aus der klinischen Praxis darauf hin, dass Handlungsbedarf besteht an der Schnittstelle zwischen dem Jugend- und Erwachsenenalter. Für psychisch kranke Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (d.h. bis zum Alter von 17.99 Jahren) ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) zuständig, ab dem 18. Geburtstag die Erwachsenenpsychiatrie (EP). Dies widerspiegelt sich z.B. im stationären Bereich in den kantonalen Spitalplanungen (vgl. bspw. für den Kanton Zürich: Kanton Zürich Regierungsrat, 2019), indem die Zuständigkeitsbereiche der KJP und der EP gänzlich separat geplant, bewilligt und finanziert werden, ohne Blick auf die verbreiteten typischen Störungs- und Versorgungsverläufe in den adoleszenten Entwicklungs- und Transitionsjahren der Jugend- und Jungerwachsenenzeit. Gerade in der stationären Versorgung zeigt sich dieser altersbedingte Wechsel des Versorgungssystems auf markante Weise. Er bedeutet für Patientinnen und Patienten eine Veränderung im Behandlungsangebot und oftmals einen Unter- oder Abbruch der Behandlung. Die Gestaltung der Behandlung wird durch unterschiedliche Tarife für stationäre Leistungen in der EP und KJP beeinflusst. Zudem verfügen EP und KJP je über spezifische Fachkompetenzen. Während die EP tendenziell über ein breiteres Wissen zu bestimmten Störungsbildern, die sich hauptsächlich im Erwachsenenalter vollumfänglich manifestieren und festigen (z.B. Abhängigkeits- und schizophrene Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen) sowie zur Chronifizierung von psychischen Störungen und störungsspezifischen Behandlungsansätzen verfügt, berücksichtigt die KJP in besonderem Masse auch Wissen und Konzepte mit entwicklungspsychologischen und systemtherapeutischen Aspekten sowie die Identitäts- und Bildungsherausforderungen junger Menschen in der Behandlung. In vielen Fällen werden in der psychiatrischen Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen während der oft langgezogenen Phase der Adoleszenz jedoch Kompetenzen aus beiden Fachbereichen benötigt. Wahrscheinlich werden die spezifischen Herausforderungen der psychiatrischen Behandlung dieser Altersgruppe in der Schweiz bisher zu wenig berücksichtigt.

Ausgehend von dieser Situation formulierte das BAG für das vorliegende Projekt den Auftrag, eine Übersicht über die stationären Angebote an der Schnittstelle zwischen der KJP und der EP in der Schweiz zu erstellen und das vorhandene Angebot gesundheitspolitisch einzuschätzen.

1.1 Die Entwicklungsphase Adoleszenz

Entwicklungspsychologisch markiert die Adoleszenz den Übergang von der Kindheit ins Erwachsenenalter. Während der Beginn der Adoleszenz mit dem Eintritt in die Pubertät relativ klar angegeben werden kann, ist das Ende dieser Entwicklungsphase schwieriger zu benennen (Remschmidt, 2013). Das Einfinden in die Rollen des Erwachsenenlebens mit einer psychischen, beruflichen und sozialen Identität hat sich in unserem gesellschaftlichen Kontext immer weiter nach hinten verschoben bis weit ins dritte Lebensjahrzehnt. Diese Überlagerung von Adoleszenz und Erwachsenenalter spiegelt sich in der Entwicklungspsychologie unter anderem auch in der Einführung des Begriffs «Emerging Adulthood» wider (Seiffge-Krenke, 2015). Die adoleszente Entwicklungsphase ist also länger geworden und dauert bei vielen jungen Menschen heute zehn und mehr Jahre. Die Übergänge ins Erwachsenenalter sind individuell und decken sich selten mit dem Überwinden der «scharfen» legalen Grenze zur Vollmündigkeit mit dem Abschluss des 18. Lebensjahres.

Die Adoleszenz geht mit vielfältigen biologischen, kognitiven, emotionalen und psychosozialen Veränderungen einher. Die pubertäre Reifung führt zu grossen Veränderungen des eigenen Körpers, die die Adoleszenten in ihr Selbstbild integrieren müssen. Adoleszente erlangen zudem neue kognitive Fähigkeiten (z.B. abstraktes Denken, neue Problemlösefähigkeiten, Kreativität (Inhelder & Piaget, 1958; Keating, 2004; Lehalle, 2006)). Adoleszente sind mit den Fragen konfrontiert, wer sie sind und wer sie sein möchten: die Identitätsfindung ist in dieser Zeit zentral (Erikson, 1950; Lehalle, 2006). Die Jugendlichen grenzen sich vermehrt von den Eltern ab und suchen Rollenmodelle und Identifikationen ausserhalb der Familie, insbesondere in der Peer-Gruppe (Brown, Eicher, & Petrie, 1986; Zimmer-Gembeck & Collins, 2003). Die Adoleszenz ist auch die Zeit der ersten Liebesbeziehungen und sexuellen Erfahrungen sowie der langfristigen Verankerung neuer freundschaftlicher Beziehungen und Partnerschaften ausserhalb der Familie (Furman, Brown, & Feiring, 1999). Auf neurobiologischer Ebene finden viele Veränderungen statt. Auch wurde diskutiert, ob rapide Veränderungen im limbischen System mit Eintritt in die Pubertät bei einer gleichzeitigen relativen Unreife präfrontaler Kontrollareale adoleszentes Risikoverhalten begünstigen (Steinberg, 2007). Wahrscheinlich sind diese Zusammenhänge komplexer (Crone & Dahl, 2012; Foulkes & Blakemore, 2018), jedoch ist die Adoleszenz sicherlich eine Entwicklungsphase, die durch bedeutende strukturelle und funktionelle Veränderungen im Gehirn gekennzeichnet ist, welche i.d.R. erst gegen Mitte zwanzig zu einem Abschluss kommen. Dies kann für die Adoleszenten mit neuen Entwicklungschancen einhergehen, aber auch erhöhte Sensibilität und Verletzlichkeit bedeuten (Fuhrmann, Knoll, & Blakemore, 2015).

1.2 Psychische Beeinträchtigungen und psychische Störungen in der adoleszenten Entwicklungsspanne

Vor dem Hintergrund dieser vielen Umbrüche ist die Adoleszenz eine vulnerable Zeit für psychische Krisen und die Entstehung psychischer Erkrankungen. Drei Viertel aller psychischen Störungen manifestieren sich bis Mitte zwanzig. Zum Teil treten sie bereits in der Kindheit auf, vor allem jedoch in der Adoleszenz vom Jugend- bis ins frühe Erwachsenenalter (Lambert et al., 2013). Weltweit wird die Prävalenz bedeutender psychischer Störungen bei Kindern und Adoleszenten auf rund 13% geschätzt (basierend auf 41 Studien aus 27 Ländern, s. Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, & Rohde, 2015). Psychische Störungen wiederum sind der häufigste Grund für sogenannte «verlorene Lebensjahre» aufgrund von krankheitsbedingten Einschränkungen (Years Lost due to Disability, YLD) auf das gesamte weitere Leben hinaus (Erskine et al., 2015). Für die Schweiz liegen eher wenig Daten zur Prävalenz psychischer Störungen im Jugendalter vor (von Wyl, Chew Howard, Bohleber, & Haemmerle, 2017). Die *Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology* fand im Jahr 1994 bei einer Stichprobe von 7 bis 16-Jährigen eine Sechs-Monats-Prävalenz von 22% (Steinhausen & Winkler Metzke, 2003).

Psychische Beeinträchtigungen in der Adoleszenz können die weitere psychosoziale Entwicklung erheblich gefährden. Oft behindern sie die Bewältigung wichtiger Entwicklungsschritte (Identitätsfindung, Berufsausbildung, soziale Integration, Partnerschaft etc.) und haben so Folgen bis weit in das Erwachsenenalter (Asselmann, Wittchen, Lieb, & Beesdo-Baum, 2018). Zudem können sich diese psychischen Störungen mit frühem Beginn über die Lebensspanne chronifizieren. Dies kann erhebliche volkswirtschaftliche Kosten verursachen (Olesen, Gustavsson, Svensson, Wittchen & Jönsson, 2012). In der Schweiz erfolgt der grösste Anteil der IV-Neuberentungen von jungen Menschen aufgrund von psychischen Störungen (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2019). Vor diesem Hintergrund kommt der Behandlung psychischer Störungen in der Adoleszenz eine hohe individuelle und gesellschaftliche Bedeutung zu.

1.3 Einige Zahlen zur psychiatrischen Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz

Bevor die spezifischen Probleme in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung an der Schnittstelle des Jugend- zum Erwachsenenalters genannt werden, werden einleitend einige

Daten zur Versorgung dieser Altersgruppe gezeigt. In der folgenden Abbildung 1 werden Jugendliche von 16-17 Jahren, junge Erwachsenen von 18-25 Jahren und Erwachsene ab 26 Jahren in Bezug auf die Hospitalisierungen in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen – und zwar seit 2012 – verglichen. Die Grundeinheit ist dabei die Anzahl der Hospitalisierungen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner in der entsprechenden Altersgruppe. In allen drei Gruppen ist eine Zunahme zu beobachten. Im Jahr 2017 waren pro 1000 Jugendliche im Alter von 16-17 Jahren 11.7 Hospitalisationen zu verzeichnen, bei den jungen Erwachsenen waren es leicht mehr, nämlich 12.3 Hospitalisationen. Erwachsene ab 26 Jahren haben im Vergleich etwas weniger Hospitalisationen, nämlich 10.4 pro Jahr pro 1000 Einwohner. Vor allem bei den Jugendlichen hat die Anzahl der Hospitalisationen deutlich zugenommen. Tatsächlich wird seit Jahren darauf hingewiesen, dass psychisch kranke Kinder- und Jugendliche unterversorgt sind. Insofern kann eine Zunahme der Hospitalisationen in der Altersgruppe der Jugendlichen eine bessere Versorgung bedeuten, z.B. dadurch, dass mehr stationäre Behandlungsmöglichkeiten geschaffen wurden. Auch bei den jungen Erwachsenen haben die Hospitalisationen im Vergleich zu den übrigen Erwachsenen von 26 Jahren und älter zugenommen. Ob diese jungen Erwachsenen aber auch in auf die adoleszente Entwicklungsphase angepassten Angeboten behandelt wurden, lässt sich aufgrund der Daten nicht sagen.

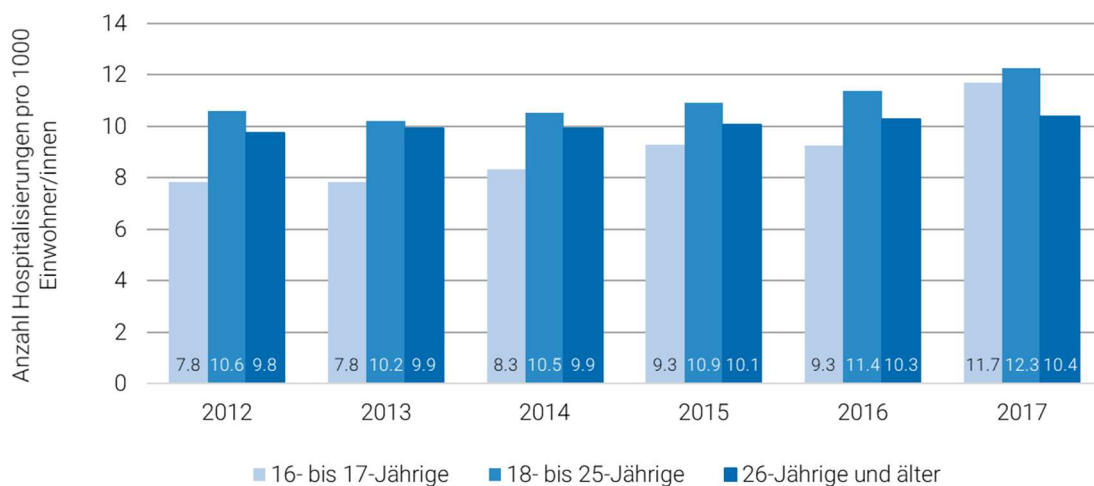


Abbildung 1. Hospitalisierungen in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen, 2012–2017. Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) und Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) / Analyse Obsan 2019

1.4 Kontinuierliche psychiatrische Versorgung vom Jugendlichen- ins junge Erwachsenenalter: die Transitionspsychiatrie

Die psychiatrische Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen birgt spezifische Herausforderungen, die im jetzigen Schweizer Versorgungsmodell wahrscheinlich zu wenig berücksichtigt werden. Wie schon eingangs erwähnt, bedeuten die jeweiligen Zuständigkeiten von einerseits der KJP und andererseits der EP vor allem in der stationären Versorgung einen Wechsel von einem System ins andere, sobald eine Jugendliche oder ein Jugendlicher die Volljährigkeit erreicht. Dabei spielt nicht allein die fachliche Zuständigkeit, die auf der ärztlichen Weiterbildung in der KJP bzw. EP beruht, eine Rolle, sondern auch die in den meisten Kantonen unterschiedlich hohen Kostengutsprachen für stationäre Behandlungen in der KJP bzw. EP. Deshalb bedeutet der Wechsel in die EP für den Heranwachsenden nicht nur einen Unterbruch der Behandlungskontinuität, sondern ebenfalls eine Veränderung des Behandlungsangebots. Während KJPs wie oben ausgeführt in ihrer Behandlung die Persönlichkeitsreife unter Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Aspekte miteinbeziehen, kann die EP häufig der individuellen Reife sowie den entwicklungspsychologischen, familiä-

ren und systemischen Besonderheiten und Bedürfnissen eines/einer Jugendlichen oder jungen Erwachsenen oft nicht gerecht werden, da sie den Fokus eher auf das individuelle Krankheitsbild legt (Singh, Evans, Sireling, & Stuart, 2005). Umgekehrt hat die KJP limitierte Erfahrung mit der Behandlung psychischer Störungen, die ihre volle Ausprägung im Erwachsenenalter erlangen, wie z.B. Persönlichkeitsstörungen, Substanzabhängigkeit oder schizophrene Erkrankungen. Auch der Unterstützungsgrad ist in KJP und EP unterschiedlich. Spezifische Angebote wie z.B. überbrückende Angebote für ein Weiterführen der Ausbildung während einer psychiatrischen Hospitalisierung sind eher in der KJP als der EP zu finden.

Die Kontinuität der psychiatrischen Behandlung zwischen Jugend- und Erwachsenenalter ist für eine zufriedenstellende, wirksame und nachhaltige Versorgung der Patientinnen und Patienten in diesem Alter sehr wichtig. Jugendliche, die sich in psychiatrischer Behandlung befinden, benötigen diese oft weiterführend im jungen Erwachsenenalter. So geben zum Beispiel in einer österreichischen Pilotstudie die befragten Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater sowie Kinder- und Jugendpsychologinnen und -psychologen an, dass schätzungsweise 45% der von ihnen behandelten Kinder und Jugendlichen nach der Volljährigkeit eine Weiterbehandlung in der EP benötigen (Pollak, Kapusta, Diehm, Plener, & Skala, 2017). Weitere spezifische Herausforderungen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten in dieser Altersspanne sind die grossen individuellen Unterschiede in den Entwicklungs- und Reifungsprozessen (Fegert, Petermann, & Freyberger, 2015; Fegert, Streeck-Fischer, & Freyberger, 2009) sowie die Veränderungen der rechtlichen Systembedingungen mit Eintritt in die Mündigkeit (Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR), Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Strafgesetzbuch (StGB)).

Spezifische sog. transitionspsychiatrische Angebote versuchen, diese Herausforderungen in der adoleszenten Entwicklungszeit zu berücksichtigen und eine Behandlungskontinuität für Patientinnen und Patienten an der Schnittstelle zwischen KJP und EP zu gewährleisten. Zentrales Ziel einer konzeptualisierten Transitionspsychiatrie ist es, den Übergang zwischen KJP und EP organisatorisch und fachlich zu optimieren und die psychiatrischen Behandlungs- und Hilfssysteme interdisziplinär zu verbinden. Solche transitionspsychiatrische Angebote verstehen sich auch als interdisziplinär über die Psychiatrie hinaus und integrieren psychiatrische, entwicklungspsychologische und sozialpädagogische Konzepte und entsprechendes Fachpersonal. In Deutschland haben Expertinnen und Experten der Fachgesellschaften der KJP und der EP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) und Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)) 2017 ein Eckpunktepapier veröffentlicht, um den Herausforderungen im Transitionsbereich zu begegnen und die transitionspsychiatrische Versorgung zu verbessern (Fegert, Hauth, Banaschewski, & Freyberger, 2017). Ein besonderes Augenmerk legte das Eckpunktepapier auf eine interdisziplinäre Ausrichtung der Behandlungsangebote und die Berücksichtigung entwicklungsspezifischer Problematiken in der Behandlung der jungen psychiatrischen Patientinnen und Patienten.

Die Begrifflichkeiten «Adoleszenzpsychiatrie», «Adoleszentenpsychiatrie» und «Transitionspsychiatrie» lassen sich nicht scharf abgrenzen. Adoleszenz- resp. Adoleszentenpsychiatrie ist begrifflich seit längerem etabliert, massgeblich waren unter anderem die Lehrbücher von Remschmidt (*Adoleszenz* sowie *Psychiatrie der Adoleszenz*, Remschmidt, 1992a, 1992b) und Fegert, Streeck-Fischer & Freyberger (*Adoleszenzpsychiatrie*, Fegert et al., 2009), worin die Psychiatrie der Adoleszenz umfassend als die Psychiatrie der Entwicklung im Jugendlichen und jungen Erwachsenenalter definiert wurde. «Transitionspsychiatrie» hat sich begrifflich und konzeptionell erst seit einigen Jahren verbreitet. Die Bezeichnung will insbesondere die Versorgungsherausforderung herausstreichen, welche sich bei jungen Menschen mit Erreichen der Volljährigkeit an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendpsychiatrie versus Erwachsenenpsychiatrie ergibt und für eine versorgungseffiziente fortschrittliche Adoleszentenpsychiatrie zu überwinden ist. Sie appelliert an eine bessere Zusammenarbeit von KJP und EP. Im vorliegenden Bericht zur Versorgungssituation dieser Altersstufe verwenden wir deshalb den Begriff Transitionspsychiatrie, im Wissen, dass der Terminus zurzeit noch in kaum einer Klinik oder einem Versorgungskonzept in der Schweiz berücksichtigt ist.

1.5 Die Rolle von Wohn- und Ausbildungsheimen in der transitionspsychiatrischen Versorgung

Wohn- und Ausbildungsheime der gesetzlichen Jugend- und Sozialhilfe sowie Justizversorgung übernehmen bei der Betreuung und Behandlung von psychischen Störungen im Jugend- und Jungerwachsenenalter eine wichtige Funktion. Gerade bei den komplexeren adoleszenten Entwicklungsproblemen, mit welchen sich die Jugend- und Sozialhilfe resp. Justizversorgung befassen muss, ist die Schnittmenge zu psychischen Störungen und damit zur Psychiatrie seit jeher erheblich. Viele erziehungsschwierige oder delinquente junge Menschen, welche über zivil- oder strafrechtliche Massnahmen in Massnahmenzentren und Jugendheimen untergebracht werden, zeigen signifikante psychische Störungen und Erkrankungen, nicht selten auch in schweren Ausprägungsformen, z.B. mit schizophrener oder bipolarer Psychopathologie. Viele von ihnen durchlaufen auch kürzer oder länger die stationäre Psychiatrie, sei es vor, während oder nach Heimplatzierungen. Es ist aufgrund von Erfahrungen, Jahresberichten und wenigen systematischen Erhebungen (z.B. Dölitzsch et al., 2014; Lüdtko et al., 2017) davon auszugehen, dass je nach Heim 30-70% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit psychiatrischen Problemstellungen konfrontiert sind. Sie können von den kontinuierlichen Settings, die die Heime anbieten, über diese kritischen Jahre hinweg profitieren.

Die stationäre Psychiatrie sucht für junge Patientinnen und Patienten mit sozialpädagogisch zu begleitendem Entwicklungs- und Ausbildungsbedarf immer wieder auch nach Anschlusslösungen in geeigneten Wohn- und Ausbildungsheimen mit internem Ausbildungsangebot, haltgebenden und kontrollierenden Strukturen sowie therapeutischer Behandlung. Längst nicht alle Heime sind aber geeignet resp. darauf ausgerichtet, solche Fälle zu übernehmen. Auch hier bedarf es einer transitionspsychiatrischen Konzeption und Kultur der Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und Sozialpädagogik. In einigen Heimen gibt es bereits psychiatrisch-psychologische Dienste von psychiatrischen Diensten oder ein heiminternes psychotherapeutisches Angebot. Bis zum Abschluss von Ausbildungen oder jugendstrafrechtlichen Massnahmen sind die jungen Leute oftmals schon deutlich über zwanzig, so dass auch Schnittstellen zur Erwachsenenpsychiatrie entstehen. Dadurch sind die meisten Heimeinrichtungen aus transitionspsychiatrischer Sicht offen, durchlässig und flexibel.

In den meisten psychiatrischen Versorgungsregionen haben sich zudem zahlreiche sogenannte sozialtherapeutische Wohnheime und Wohngruppen etabliert, darunter viele für ein Altersspektrum von älteren Jugendlichen bis hin zu jungen Erwachsenen. Sie verstehen sich als sogenannte komplementäre Angebote zu den Kliniken, Tageskliniken und Ambulatorien und betreuen oft gerade in der Transition zum Erwachsenwerden adoleszente Patientinnen und Patienten über mehrere Jahre.

1.6 Projektziel

Ziel des hier vorliegenden Projekts ist es, eine Übersicht über die stationären Angebote und Konzepte an der Schnittstelle zwischen der KJP und der EP in der Schweiz zu erstellen. Als erstes gehören dazu spezialisierte psychiatrische Angebote, die im gleichen Angebot sowohl Jugendliche unter 18 Jahren wie auch junge Erwachsene ab 18 Jahren behandeln. Zusätzlich wurden auch Angebote der EP berücksichtigt, die sich spezifisch an junge Erwachsene richten. Wenn durch diese letzteren Angebote auch nicht der Wechsel zwischen KJP und EP verhindert werden kann, so kann man doch davon ausgehen, dass Angebote für das frühe Erwachsenenalter die spezifischen Bedürfnisse dieser Altersgruppe, die sich von denjenigen im mittleren Erwachsenenalter unterscheiden, berücksichtigen. Da in der Schweiz nur eine begrenzte Anzahl stationärer Angebote mit einem solchen Fokus auf die Schnittstelle vom Jugend- zum Erwachsenenalter existieren, wurde die Recherche auf tagesklinische Angebote und Konzepte ausgeweitet. Tagesklinische Angebote können stationäre Angebote in der Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Krisen ergänzen. Zusätzlich wurde eine Liste *geplanter* stationärer und tagesklinischer Angebote erstellt. Die Recherche vermittelte den Eindruck, dass verschiedene Kliniken sich der Problematik durchaus bewusst sind. Die Darstellung der geplanten Angebote soll die jeweiligen Bemühungen aufzeigen.

Der Fokus auf stationäre und tagesklinische Angebote ist ein erster Schritt in die Richtung einer Überprüfung der psychiatrischen Versorgungslage für Patientinnen und Patienten an der Schnittstelle von KJP und EP. Da die Abgrenzung zwischen Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie in der stationären Versorgung besonders rigide ist, sind die Versorgungsprobleme hier besonders greifbar. Der ambulanten Versorgung kommt selbstverständlich ebenfalls eine grosse Bedeutung zu. Diese war aber nicht Teil der hier bearbeiteten Fragestellung. Erfahrungsgemäss werden im ambulanten Sektor transitionspsychiatrische Herausforderungen zwischen den Fachbereichen aber flexibler und durchlässiger angegangen als in der stationären Versorgung. So können im ambulanten Bereich Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater auch die Behandlung von erwachsen gewordenen Patienten weiter abrechnen. Umgekehrt ist dies auch Erwachsenenpsychiaterinnen und -psychiatern möglich, wenn ihnen ältere Jugendliche überwiesen werden.

Die Erhebung der stationären und tagesklinischen Angebote wird exemplarisch durch eine Aufstellung von Wohn- und Ausbildungsheimen im Kanton Zürich ergänzt. Wir fokussieren dabei auf Wohn- und Ausbildungsheime für Jugendliche und junge Erwachsene, die den Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter abdecken. Manche dieser Einrichtungen verfügen über ein internes psychotherapeutisches oder psychiatrisches Behandlungsangebot.

Zwei Fallvignetten illustrieren einige der Herausforderungen der psychiatrischen Behandlung von Patientinnen und Patienten im Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter.

Als Abschluss erfolgt eine gesundheitspolitische Einschätzung der psychiatrischen Versorgungslage dieser Altersgruppe basierend auf den Diskussionen zweier Expertengruppen mit Fachpersonen aus der deutschen und französischen Schweiz. Zudem wurde ein Interview mit einem Experten aus dem Kanton Tessin geführt. Die Einschätzung mündet in einem Ausblick, wie die psychiatrische Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz verbessert werden könnte.

2 Methodisches Vorgehen

Es wird hier zunächst das Vorgehen der Erhebung stationärer und tagesklinischer Angebote mit Fokus auf Patientinnen und Patienten an der Schnittstelle vom Jugend- zum Erwachsenenalter beschrieben. Dann wird das Vorgehen zur Erfassung von Wohn- und Ausbildungsheimen im Kanton Zürich aufgeführt und kurz der Kontext der Fallvignetten erläutert. Es folgt eine Darstellung des Ablaufs und der Teilnehmenden der zwei Expertenrunden sowie des Interviews mit einem Experten aus dem Kanton Tessin.

2.1 Erhebung der stationären und tagesklinischen transitionspsychiatrischen Angebote und der Angebote für junge Erwachsene

Screeningphase. Der ursprüngliche Fokus des Projekts lag nur einer Erhebung stationärer transitionspsychiatrischer Angebote. Um einen ersten Überblick über diese zu erhalten, wurde zunächst eine Liste aller Kliniken und Einrichtungen mit stationären psychiatrischen Angeboten sowohl in der KJP wie auch in der EP in der Schweiz zusammengestellt. Hierfür diente die Institutionsliste des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, ANQ) des Jahres 2017 als Grundlage. Anhand der jeweiligen Webseiten der Institutionen wurden anschliessend relevante Informationen zu aufgeführten transitionspsychiatrischen Angeboten erfasst, z.B. welche Altersspanne berücksichtigt wird oder die Anzahl der Behandlungsplätze. Da schnell evident wurde, dass es nur sehr wenige transitionspsychiatrische stationäre Angebote gibt, wurden auch Angebote für junge Erwachsene berücksichtigt. Ausserdem wurden tagesklinische Behandlungsangebote in die Recherche miteinbezogen. Diesbezüglich wurde zuerst überprüft, ob die eruierten Kliniken auch tagesklinische Behandlungen anbieten. Zusätzlich wurde im Internet nach weiteren tagesklinischen Angeboten recherchiert. Ausserdem wurde eine Angebotsliste der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrische und Psychotherapeutische Tageskliniken (SGPPT) hinzugezogen. Wie schon bei

den stationären Angeboten fokussierte die Recherche der tagesklinischen Behandlungsangebote auf transitionspsychiatrische Angebote und Angebote des jungen Erwachsenenalters.

Die Aufstellung der so recherchierten Angebote wurde mit dem BAG besprochen. Da die stationären transitionspsychiatrischen Angebote selten sind, wurde beschlossen, wie im Screening die definitive und validierte Zusammenstellung von stationären psychiatrischen Angeboten auf das junge Erwachsenenalter auszudehnen und mit tagesklinischen Angeboten zu ergänzen. Auch wurde beschlossen, diejenigen Wohn- und Ausbildungsheime, die den Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter abdecken, miteinzubeziehen, allerdings beschränkt auf den Kanton Zürich. Zürich ist der einwohnerreichste Kanton der Schweiz und wurde daher exemplarisch ausgewählt. Eine Aufstellung aller Wohn- und Ausbildungsheime schweizweit war im Rahmen dieses Mandats nicht möglich.

Validierungsphase. In der Validierungsphase wurde die bestehende Liste der stationären und tagesklinischen transitionspsychiatrischen Angebote und der Angebote für junge Erwachsene auf Vollständigkeit überprüft. Dazu wurde an alle psychiatrischen Kliniken mit einem stationären und/oder tagesklinischen Angebot ein Link zu einem Onlinefragebogen verschickt, i.d.R. an die Klinikleitung. Es wurden zwei Versionen des Onlinefragebogens eingesetzt: eine für Institutionen der KJP und eine für Institutionen der EP. Diese Onlinefragebögen wurden auf Deutsch erstellt; für die Befragung in der französischsprachigen Schweiz und im Tessin wurden sie auf Französisch übersetzt.

Folgende Informationen wurden anhand des Onlinefragebogens erhoben:

- Sind stationäre und/oder tagesklinische transitionspsychiatrische Angebote und/oder Angebote für junge Erwachsene vorhanden?
- Wie lautet die Bezeichnung des transitionspsychiatrischen Angebots bzw. des Angebotes für junge Erwachsene?
- Wie viele Plätze umfasst das transitionspsychiatrische Angebot bzw. das Angebot für junge Erwachsene?
- Gibt es Ausnahmefälle hinsichtlich des Altersspektrums für Aufnahmen in die Angebote der KJP oder die Angebote der EP der Institution?
- Sind stationäre und/oder tagesklinische transitionspsychiatrische Angebote oder Angebote für junge Erwachsene geplant?

Im Zeitraum vom 27. Mai 2019 bis zum 11. Juni 2019 wurde der Link zum Onlinefragebogen per E-Mail an 78 Institutionen verschickt. Wurde die Anfrage nicht beantwortet, wurden die zuständigen Personen eine Woche sowie zwei Wochen nach dem ersten Versand erneut per E-Mail kontaktiert und zur Teilnahme an der Umfrage eingeladen. Im Falle ausstehender Antworten wurden nach einem Monat die zuständigen Personen bzw. die Kliniksekretariate telefonisch kontaktiert. Nach Wunsch wurde der Fragebogen als Attachment geschickt oder die Fragen konnten in einer E-Mail beantwortet werden. Insgesamt konnten bei über 90% der Kliniken die nötigen Informationen eingeholt werden. Von fünf Kliniken konnten keine Antwort beschafft werden trotz mehrfacher Kontaktaufnahme per E-Mail und Telefon.

Bei etlichen Kliniken zeigten sich Unterschiede zwischen den Angeboten, die wir in der Screeningphase recherchiert hatten und den Angaben, die im Online-Fragebogen gemacht wurden. Mit diesen Kliniken nahmen wir erneut Kontakt auf, um die Angaben definitiv zu klären.

2.2 Erhebung der Wohn- und Ausbildungsheime für Jugendliche und junge Erwachsene im Kanton Zürich

Zur Erhebung bestehender Wohn- und Ausbildungsheime für Jugendliche im Übergang zum Erwachsenenalter des Kantons Zürich wurden verschiedene Quellen berücksichtigt. In einem ersten Schritt wurden Wohneinrichtungen der Listen *Wohnen – Jugendliche / junge Erwachsene in Krisensituationen* (Stand 01.10.2018) und *Wohnen – Psychische Beeinträchtigung* (Stand 23.01.2019) der Stadt Zürich, Support Sozialdepartement (Stadt Zürich, 2019a,

2019b) erfasst. Diese wurden durch Wohneinrichtungen ergänzt, die auf den Webseiten Casadata.ch (Bundesamt für Justiz, 2019) und Heiminfo.ch (Heiminfo.ch, 2019) gefunden wurden. Die Liste wurde anschliessend mit dem *Verzeichnis der Kinder- und Jugendheime* (Stand 04.04.2019) des Amtes für Jugend und Berufsberatung des Kantons Zürich (Amt für Jugend und Berufsberatung, 2019) sowie mit der Zusammenstellung *Verzeichnis der vom Bundesamt für Justiz anerkannten Erziehungseinrichtungen* (Stand 07.11.2017; Bundesamt für Justiz, 2019b) verglichen und mit noch fehlenden Institutionen ergänzt. Weiterführende Informationen zu den Wohn- und Ausbildungsheimen wurden anhand der Webseiten der Einrichtungen zusammengetragen. Dabei wurde insbesondere das Alter der zu Betreuenden und des Vorhandenseins eines internen oder externen psychotherapeutischen oder psychiatrischen Betreuungsangebots erfasst. Zu denjenigen Institutionen, bei denen eine allfällige Altersbeschränkung oder das Vorhandensein einer internen psychotherapeutischen oder psychiatrischen Betreuung nicht zweifelsfrei geklärt werden konnte, wurde – per E-Mail oder telefonisch – Kontakt aufgenommen.

Für die definitive Aufstellung wurden aus der bisherigen Zusammenstellung erstens die Institutionen für körperlich Beeinträchtigte ausgeschlossen. Zweitens wurden nur Einrichtungen, welche Jugendliche im Übergang zur Volljährigkeit betreuen, aufgenommen. Drittens wurde definiert, welche Art von Betreuung (psychotherapeutisch mit oder ohne psychiatrische Behandlung – intern oder extern, seelsorgerische und heilpädagogische Betreuung, keine Betreuung) angeboten wird.

2.3 Beispielhafte Falldarstellungen

Zwei Psychiater mit langjähriger Erfahrung in der Arbeit mit adoleszenten Psychiatriepatientinnen und -patienten, Dr. med. Stephan Kupferschmid und Dr. med. Andreas Andreae, wurden eingeladen, je ein Fallbeispiel zu schildern. Diese Fallbeispiele sollen einige der Herausforderungen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten im Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter illustrieren.

2.4 Expertenrunden

In einem letzten Schritt wurde die im Rahmen dieses Projektes durchgeführte Bestandessaufnahme transitionspsychiatrischer Angebote in zwei Expertenrunden diskutiert und durch Fachpersonen versorgungskonzeptionell und gesundheitspolitisch eingeschätzt. Für die Auswahl der Teilnehmenden der Expertenrunde waren folgende Überlegungen leitend: Da das Thema die stationäre Psychiatrie betrifft, wurden Chefärztinnen und Chefarzte von KJP- wie auch der EP-Kliniken ausgewählt. Es sollten sowohl städtische wie ländliche Regionen sowie auch universitäre Zentren vertreten sein. Ausserdem nahm an der Expertenrunde der Deutschschweiz ein Leiter eines Berufsbildungsheimes teil. Einige der angefragten Personen konnten aus zeitlichen Gründen nicht teilnehmen, teilweise wurden anstelle von diesen anderen Personen eingeladen. Die Expertenrunde mit Fachpersonen der Deutschschweiz wurde am 27. August 2019 durchgeführt, die Expertenrunde der Romandie am 4. September 2019.

Der Ablauf der beiden Expertenrunden gestaltete sich folgendermassen: Nach einer Vorstellungsrunde wurden den Fachpersonen die Ergebnisse der Erhebung stationärer und tagesklinischer transitionspsychiatrischer Angebote, ergänzt durch Angebote für junge Erwachsene, präsentiert. Die Fachpersonen wurden eingeladen, diese zu diskutieren und Versorgungslücken einzuschätzen. In einem weiteren Schritt wurden sie gebeten, unter einem gesundheitspolitischen Gesichtspunkt zu überlegen, wie die Versorgungslage verbessert werden kann und welche konkreten Schritte hierfür notwendig wären. Die Expertenrunde für die Deutschschweiz wurde von Agnes von Wyl, die Expertenrunde für die Romandie von Patrick Haemmerle moderiert.

An der Expertenrunde für die Deutschschweiz nahmen nebst Agnes von Wyl, Erica Chew Howard und Laura Wade-Bohleber (alle ZHAW) folgende Personen teil:

- Dr. med. Andreas Andreae, Co-Autor des vorliegenden Berichtes, langjähriger ärztlicher Direktor der Integrierten Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (ipw), Präsident der Stiftung SOMOSA, welche eine Modellstation zur Diagnostik, Behandlung,

Persönlichkeitsentwicklung und Berufshinführung bei komplexen Adoleszenzstörungen führt

- PD Dr. med. Gregor Berger, Leitender Arzt Notfalldienst/ Hometreatment/ Triage der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK)
- Lic. phil. Carmelo Campanello, Psychologe und Pädagoge, Gesamtleiter der Pestalozzi Jugendstätte Burghof, Dielsdorf ZH, Berufsbildungsheim für Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 22 Jahren
- Dr. med. Beni Dubno, EMBA HSG, Stv. Ärztlicher Direktor und Chefarzt Akutpsychiatrie für Erwachsene der Integrierten Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland (ipw)
- Dr. med. Patrick Haemmerle, MPH, langjähriger ärztlicher Direktor des zweisprachigen Bereichs Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Freiburger Netzwerks Psychische Gesundheit (FNPG)
- Dr. med. Stephan Kupferschmid, Chefarzt Psychiatrie für Jugendliche und junge Erwachsene der Integrierten Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (ipw)
- Dr. med. Jörg Leeners, Chefarzt und Bereichsleiter Kinder- und Jugendpsychiatrie Schwyz und Uri, Triaplus AG
- Esther Walter, MSc, MPH, Projektverantwortliche, BAG
- Dr. med. Barbara Wendel-Widmer, Chefärztin Kinder- & Jugendpsychiatrie, Psychiatrische Dienste, Solothurner Spitäler

An der Expertenrunde für die Romandie nahmen nebst Agnes von Wyl und Patrick Haemmerle folgende Personen teil:

- Dr. med Laurent Holzer, ärztlicher Direktor des zweisprachigen Bereichs Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Freiburger Netzwerks Psychische Gesundheit (FNPG)
- Prof. Dr. med. Charles Bonsack, Médecin chef, Professeur associé, Consultations de Chauderon, Service de psychiatrie communautaire (PCO), Département de psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)
- Prof. Dr. med. Yasser Khazaal, Médecin chef, Service de médecine des addictions, Polyclinique d'addictologie, Département de psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV (erste Hälfte der Expertenrunde)

Beide Expertenrunden wurden auf Video oder Tonband aufgenommen und anschliessend wörtlich transkribiert. Das Transkript diente als Grundlage für eine Zusammenfassung. Von der Zusammenfassung wurden die zentralen Punkte mit Blick auf wünschenswerte Veränderungen in der transitionspsychiatrischen Versorgung und mögliche Umsetzungsschritte allen Experten und der Expertin mit einer Möglichkeit für ein Feedback zugeschickt. Anhand der erhaltenen Rückmeldungen wurden die Punkte überarbeitet.

Um die gesundheitspolitische Einschätzung mit Informationen zur Situation im Tessin zu ergänzen, wurde am 13. November 2019 ein Interview mit Dr. med. Rafael Traber, ärztliche Gesamtleitung des Tessiner Psychiatrienetzwerkes, geführt. Informationen aus diesem Interview wurden in die gesundheitspolitische Einschätzung eingearbeitet.

3 Stationäre und tagesklinische psychiatrische Angebote im Transitionsbereich und für junge Erwachsene

3.1 Übersicht

Es gibt in der Schweiz eine limitierte Anzahl stationärer und tagesklinischer Angebote mit transitionspsychiatrischem Fokus. Für die hier vorliegende Aufstellung wurden diese Angebote daher durch solche ergänzt, die sich an Patientinnen und Patienten im jungen Erwachsenenalter (Aufnahme ab 18 Jahren) richten (siehe Abbildung 2). In der Regel haben die Angebote eine Altersbegrenzung bei 25 oder 30 Jahren, allerdings gibt es hierbei auch Ausnahmen: einige nehmen Patientinnen und Patienten bis zum Alter von 40 Jahren auf.

Schweizweit hat die hier vorliegende Erhebung 6 stationäre transitionspsychiatrische Angebote identifiziert. Es handelt sich um folgende Angebote:

- IPW Integrierte Psychiatrie Winterthur (ZH): Psychotherapiestation für junge Erwachsene
- Klinik Barmelweid (AG): Station für Adoleszente und junge Erwachsene
- Psychiatrie Baselland (BL): Akutstation B2
- Psychiatrie Baselland (BL): Essstörungenstation
- Soteria Bern (BE)
- Spital Thurgau AG, Psychiatrische Dienste Thurgau (TG): Adoleszentenpsychiatrie und -psychotherapie

Die Anzahl der Behandlungsplätze der stationären transitionspsychiatrischen Angebote variiert zwischen 8 und 26 Plätzen. Die Angebote sind mehrheitlich diagnoseübergreifend. Ein Angebot richtet sich an Patientinnen und Patienten mit Essstörungen (Psychiatrie Baselland) und eines an Patientinnen und Patientinnen mit psychotischen Störungen (Soteria Bern). Ein Angebot (Psychiatrie Baselland) wird gemeinsam durch die KJP und EP geführt.

Ausserdem konnten 8 stationäre Angebote mit Fokus auf das junge Erwachsenenalter gefunden werden:

- Clenia Littenheid AG (TG): Station Pünt Nord, Psychotherapiestation für junge Erwachsene
- Clenia Schössli AG (ZH): Krisenbewältigung junge Erwachsene
- Klinik Schützen (AG): Abteilung für stationäre Psychotherapie
- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Belle-Idée, Hôpital Psychiatrie (GE): Unité Alizé
- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) (VD): Unité Azur
- Réseau Fribourgeois de Santé Mentale, Centre de soins hospitaliers (FR): Hermès
- Clinique La Métairie (VD): Unité Le Léman
- Clinica psichiatrica cantonale (CPS) (TI): Reparto specialistico Adorna

Die Anzahl der Behandlungsplätze der stationären Angebote für junge Erwachsene variiert zwischen 13 und 22. Alle diese Angebote sind diagnoseübergreifend.

Im Rahmen unserer Erhebung haben wir zudem 4 tagesklinische Angebote mit Fokus Transitionspsychiatrie identifiziert.

- Klinik Barmelweid (AG): Tagesklinische Station für Adoleszente
- Soteria Bern (BE), tagesklinische Behandlung
- Spital Thurgau AG, Psychiatrische Dienste Thurgau (TG): Tagesklinik Adoleszentenpsychiatrie und -psychotherapie
- Fondation Institut Maïeutique (VD): Tagesklinik

Die tagesklinischen transitionspsychiatrischen Behandlungsplätze variieren zwischen 12 und 24. Zwei der tagesklinischen Angebote sind diagnoseübergreifend, zwei richten sich spezifisch an Patientinnen und Patienten mit Erstpsychosen bzw. schweren Adoleszenzkrisen (Soteria Bern und Fondation Institut Maïeutique).

Schliesslich konnte ein tagesklinisches Angebot für junge Erwachsene gefunden werden:

- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Belle-Idée, Hôpital de Psychiatrie (GE): JADE

In diesem Angebot werden alle psychiatrischen Diagnosen mit Ausnahme von Autismusstörungen behandelt.

Die stationären und tagesklinischen Angebote mit Fokus auf den Transitionsbereich oder das junge Erwachsenenalter werden in den folgenden Informationsboxen näher beschrieben. Zunächst werden Angebote in der Deutschschweiz, dann in der Romandie und schliesslich im Tessin aufgeführt. Angebote der zweisprachigen Kantone Freiburg und Wallis werden im Abschnitt mit den Angeboten der Romandie aufgelistet. Im jeweiligen Abschnitt werden die Angebote in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt. Stationäre Angebote sind in blauen Informationsboxen, tagesklinische in gelben Informationsboxen dargestellt. Die Angaben basieren auf der Auskunft der Institutionen im Rahmen der von uns durchgeführten Befragung.

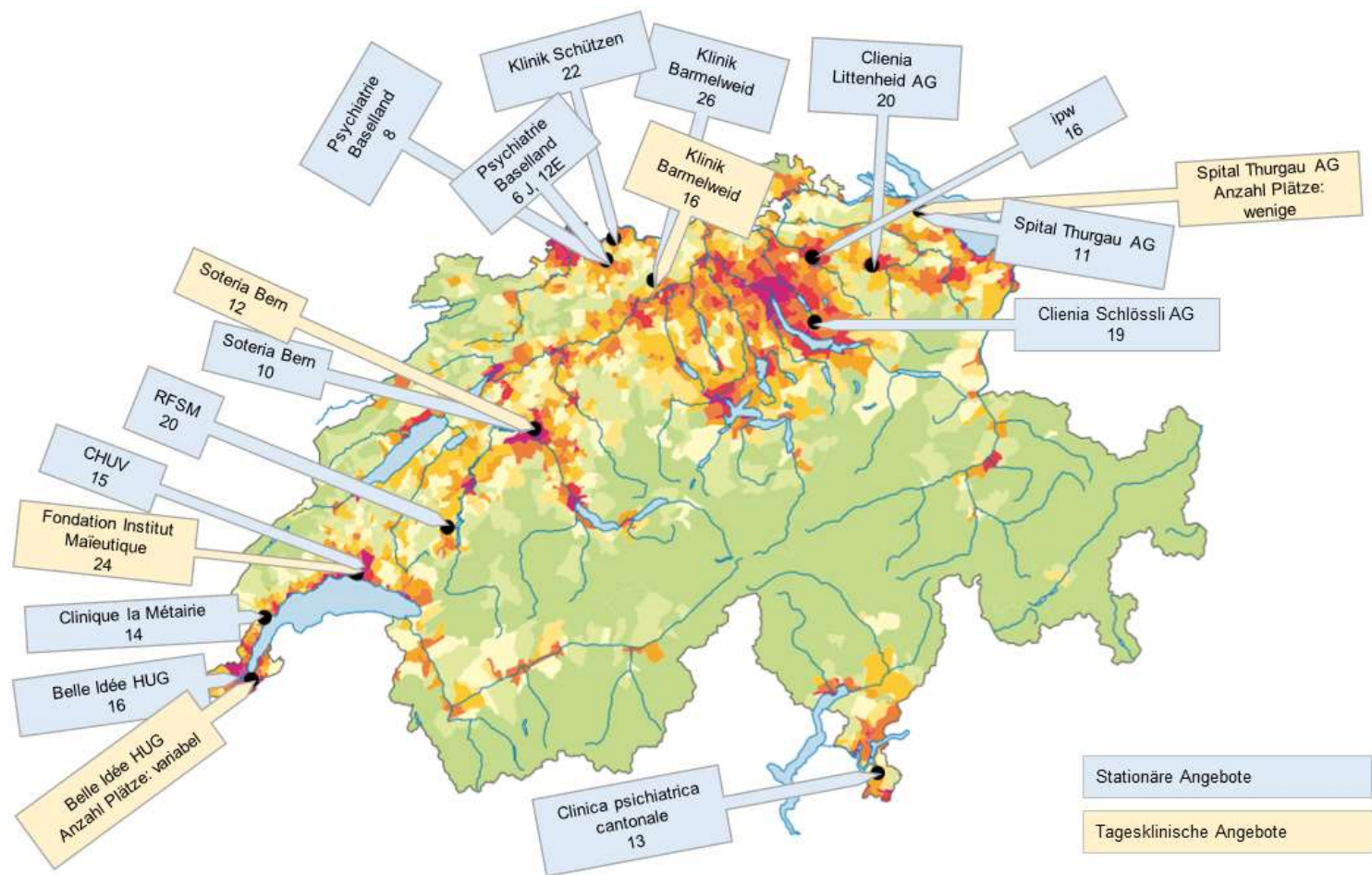


Abbildung 2. Übersicht der stationären und tagesklinischen transitionspsychiatrischen Angebote und der Angebote für junge Erwachsene in der Schweiz. Die Nummer gibt die Anzahl der Behandlungsplätze an. J = Jugendliche, E = Erwachsene. CHUV = Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, HUG = Hôpitaux Universitaires de Genève, ipw = Integrierte Psychiatrie Winterthur, RFSM = Réseau Fribourgeois de Santé Mentale.

Quelle der Landkarte: Bundesamt für Statistik (https://www.atlas.bfs.admin.ch/maps/13/map/mapIdOnly/20695_de.html).

3.2 Stationäre und tagesklinische transitionspsychiatrische Angebote und Angebote für junge Erwachsene in der Deutschschweiz

Clienia Littenheid AG	
Ort	Littenheid, TG
Angebotsart	Stationär
Bezeichnung	Station Pünt Nord, Psychotherapiestation für junge Erwachsene
Altersgruppe	18-25 Jahre (max. 30 Jahre)
Anzahl Plätze	20 Plätze
Indikation/Diagnosen	Alle psychotherapeutisch behandelbaren Diagnosen dieses Alters, insbesondere Borderline- und andere Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung
Webseite	https://www.clenia.ch

Clienia Schlössli AG	
Ort	Oetwil am See, ZH
Angebotsart	Stationär
Bezeichnung	Krisenbewältigung junge Erwachsene
Altersgruppe	18-25 Jahre
Anzahl Plätze	19 Plätze
Indikation/Diagnosen	Alle psychiatrischen Diagnosen, v.a. affektive Störungen, Psychosen und Persönlichkeitsstörungen
Webseite	https://clenia.ch

Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland	
Ort	Winterthur, ZH
Angebotsart	Stationär
Bezeichnung	Psychotherapiestation für junge Erwachsene
Altersgruppe	17-25 Jahre
Anzahl Plätze	16 Plätze
Indikation/Diagnosen	Alle psychiatrischen Diagnosen
Webseite	https://ipw.ch

Klinik Barmelweid	
Ort	Barmelweid, AG
Angebotsart	Stationär
Bezeichnung	Station für Adoleszente und junge Erwachsene
Altersgruppe	16 bis max. 30 Jahre
Anzahl Plätze	26 Plätze
Indikation/Diagnosen	<p>Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Binge Eating), Borderline- und andere Persönlichkeitsstörungen oder -akzentuierungen, Traumafolgestörungen, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen, sowie Angst-, Depressions- oder Zwangsstörungen</p> <p>Keine Behandlung von ICD-10 F2 Diagnosen (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen).</p>
Webseite	http://barmelweid.ch

Klinik Barmelweid	
Ort	Barmelweid
Angebotsart	Tagesklinisch
Bezeichnung	Station für Adoleszente und junge Erwachsene
Altersgruppe	Ab 16 Jahren bis max. 30 Jahre
Anzahl Plätze	16 Plätze
Indikation/Diagnosen	Aufnahme nach stationärem Aufenthalt
Webseite	http://barmelweid.ch

Klinik Schützen	
Ort	Rheinfelden, AG
Angebotsart	Stationär
Bezeichnung	Abteilung für intensive stationäre Psychotherapie
Altersgruppe	18-35 Jahre
Anzahl Plätze	22 Plätze
Indikation/Diagnosen	Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, psychosomatische Krankheiten, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz bzw. Spätadoleszenz, auch mit sekundärem Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Substanzen oder nicht substanzgebundener Abhängigkeit
Webseite	https://www.klinikschoetzen.ch

Psychiatrie Baselland	
Ort	Liestal, BL
Angebotsart	Stationär
Bezeichnung	Akutstation B2
Altersgruppe	Ab 14 Jahre, in Ausnahmefällen auch jüngere Patientinnen und Patienten. Das Alter ist nach oben nicht scharf definiert, wobei versucht wird, nach Möglichkeit jüngere Patientinnen und Patienten aufzunehmen.
Anzahl Plätze	6 Jugendliche 12 Erwachsene
Indikation/Diagnosen	Alle psychiatrischen Diagnosen
Zusätzliche Information	Gemeinsam durch Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie geführte Station
Webseite	https://www.pbl.ch

Psychiatrie Baselland	
Ort	Liestal, BL
Angebotsart	Stationär
Bezeichnung	Essstörungsstation
Altersgruppe	13-20 Jahre
Anzahl Plätze	8 Plätze
Indikation/Diagnosen	Essstörungen
Webseite	https://www.pbl.ch

Soteria Bern	
Ort	Bern, BE
Angebotsart	Stationär
Altersgruppe	16-40 Jahre
Anzahl Plätze	10 Plätze
Indikation/Diagnosen	Psychotische Erstmanifestationen, schwere Adoleszentenkrisen
Webseite	https://www.igsbern.ch

Soteria Bern	
Ort	Bern, BE
Angebotsart	Tagesklinisch
Altersgruppe	16-40 Jahre
Anzahl Plätze	12 Plätze, zusätzlich ambulante Nachsorge
Indikation/Diagnosen	Psychotische Erstmanifestationen, schwere Adoleszentenkrisen
Webseite	https://www.igsbern.ch

Spital Thurgau AG, Psychiatrische Dienste Thurgau	
Ort	Münsterlingen, TG
Angebotsart	Stationär
Bezeichnung	Adoleszentenpsychiatrie und -psychotherapie
Altersgruppe	Ab ca. 17 bis Mitte 20 Jahre
Anzahl Plätze	11 Plätze
Indikation/Diagnosen	Selbstverletzendes Verhalten, Essstörungen, depressive Störungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Angst- und Zwangsstörungen
Webseite	https://www.stgag.ch

Spital Thurgau AG, Psychiatrische Dienste Thurgau	
Ort	Münsterlingen, TG
Angebotsart	Tagessklinisch
Bezeichnung	Adoleszentenpsychiatrie und -psychotherapie
Altersgruppe	Ab ca. 17 bis Mitte 20 Jahre
Anzahl Plätze	Wenige Plätze
Indikation/Diagnosen	Selbstverletzendes Verhalten, Essstörungen, depressive Störungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Angst- und Zwangsstörungen
Webseite	https://www.stgag.ch

3.3 Stationäre und tagesklinische transitionspsychiatrische Angebote und Angebote für junge Erwachsene in der Romandie

Belle-Idée, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Hôpital de Psychiatrie	
Ort	Chêne-Bourg, GE
Angebotsart	Stationär
Bezeichnung	Unité Alizé
Altersgruppe	18-25 Jahre
Anzahl Plätze	16 Plätze
Indikation/Diagnosen	Alle psychiatrischen Diagnosen mit Ausnahme von Autismusstörungen
Webseite	https://www.hug-ge.ch/hopital-psychiatrie

Belle-Idée, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Hôpital de Psychiatrie	
Ort	Genève, GE
Angebotsart	Tagesklinisch
Bezeichnung	Unité JADE
Altersgruppe	18-25 Jahre
Anzahl Plätze	Variabel
Indikation/Diagnosen	Alle psychiatrischen Diagnosen mit Ausnahme von Autismusstörungen
Webseite	https://www.hug-ge.ch/hopital-psychiatrie

Centre de soins hospitaliers, Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM)	
Ort	Marsens, FR
Angebotsart	Stationär
Bezeichnung	Unité Hermès
Altersgruppe	18-30 Jahre
Anzahl Plätze	20 Plätze
Indikation/Diagnosen	Erstpsychosen
Webseite	https://www.rfsm.ch

Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	
Ort	Lausanne
Angebotsart	Stationär
Bezeichnung	Unité Azur
Altersgruppe	18-35 Jahre
Anzahl Plätze	15 Plätze
Indikation/Diagnosen	Erstpsychosen, frühe Stadien psychotischer Erkrankungen
zusätzliche Information	Das stationäre Angebot ist Bestandteil des <i>Traitement et Intervention dans la phase Précoce des troubles Psychotiques</i> (TIPP). Weitere Bestandteile des TIPP Programms sind ein ambulantes Case Management und ein aufsuchendes, mobiles Angebot.
Webseite	https://www.chuv.ch

Clinique La Métairie	
Ort	Nyon, VD
Angebotsart	Stationär
Bezeichnung	Unité Le Léman
Altersgruppe	18-25 Jahre
Anzahl Plätze	14 Plätze
Indikation/Diagnosen	Alle psychiatrischen Diagnosen
Webseite	https://lametairie.ch

Fondation Institut Maïeutique	
Ort	Lausanne, VD
Angebotsart	Tagesklinisch
Altersgruppe	16-30 Jahre
Anzahl Plätze	24 Plätze
Indikation/Diagnosen	Schwerpunkt auf Erstpsychosen und frühen Stadien psychotischer Erkrankungen, jedoch werden auch andere Diagnosen behandelt mit Ausnahme von Abhängigkeitserkrankungen bzw. Substanzgebrauch. Gruppendynamische Aspekte werden bei der Aufnahme neuer Patientinnen und Patienten berücksichtigt.
Webseite	http://www.maieutique.ch

3.4 Stationäre und tagesklinische psychiatrische Angebote im Transitionsbereich und für junge Erwachsene im Tessin

Clinica psichiatrica cantonale (CPS)	
Ort	Mendrisio, TI
Angebotsart	Stationär
Bezeichnung	Reparto specialistico Adorna
Altersgruppe	18-30 Jahre
Anzahl Plätze	13 Plätze
Indikation/Diagnosen	Erstpsychosen, frühe Stadien psychotischer Erkrankungen
Webseite	https://www4.ti.ch/dss/dsp/osc/chi-siamo/reparti-cpc-a-mendrisio/

3.5 Weitere Angebote für Jugendliche und junge Erwachsene

Neben den in den Informationsboxen dargestellten Angeboten gibt es einige Stationen von Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie, die zwar explizit auch Patientinnen und Patienten ab dem Alter von 16 Jahren aufnehmen, aber *keinen* Fokus auf den Transitionsbereich oder das junge Erwachsenenalter haben. Die meisten haben einen störungsspezifischen Fokus und zwar auf solche Störungen, die vor allem im jungen Erwachsenenalter häufig vorkommen. Sie behandeln aufgrund dessen eher Patientinnen und Patienten im jungen Erwachsenenalter, nehmen aber auch ältere auf. Alle der im folgenden dargestellten Angebote haben deshalb auch keine Altersbeschränkung gegen oben.

Beispielsweise verfügt die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) Zürich über ein Angebot zur Behandlung für Patientinnen und Patienten, bei denen es Hinweise auf eine psychotische Erkrankung gibt oder die sich in einem Frühstadium einer psychotischen Erkrankung befinden. Von daher sind es vielfach junge Erwachsene, die das Angebot in Anspruch nehmen, allerdings nicht ausschliesslich, es gibt keine Altersbeschränkung nach oben.

Die Universitäre Psychiatrische Klinik (upk) Basel hat mit dem Früherkennungsangebot BEATS (Basel Early Treatment Service) ein sektorenübergreifendes Angebot im Bereich der ambulanten Adoleszentenpsychiatrie geschaffen. Die ambulante Früherkennungssprechstunde kann mit einer voll- oder teilstationären Abklärung auf einer auf Früherkennung und Frühbehandlung spezialisierten Station ergänzt werden. Da diese Station keinen Fokus auf das frühe Erwachsenenalter hat, wurde dieses Angebot nicht in unsere Liste aufgenommen.

Die Klinik Meissenberg AG in Zug, eine psychiatrisch-psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen, verfügt über die Abteilung Angst und Emotionsregulation. Hier werden bis zu 60% Patientinnen behandelt, die zwischen 18 und 30 Jahre alt sind. Gelegentlich werden auch 17-jährige Patientinnen aufgenommen, dies erfolgt jedoch nur nach ausdrücklicher Zuweisung des KJPD und nach vorausgegangener Kostengutsprache durch die zuständige Gesundheitsbehörde. Durch den fehlenden Leistungsauftrag steht diesen Patientinnen nur eine kurzzeitige Krisenintervention zu, die keine der spezialisierten Therapieprogramme umfasst. Nach oben gibt es keine Altersbeschränkung.

Ein weiteres Angebot mit einem störungsspezifischen Fokus ist das Zentrum für Essstörungen der Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik des Universitätsspitals Zürich (USZ). Es verfügt über 12 Plätze und richtet sich an Patientinnen und Patienten ab dem Alter von 17 Jahren, die eine Essstörung (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und atypische Essstörungen) aufweisen. Nach oben gibt es keine Altersbeschränkung.

Und schliesslich richtet sich die Klinik für Suchttherapie mit Standorten in Egliswil (24 Plätze), Niederlenz (13 Plätze) und Neuenhof (10 Plätze) an Patientinnen und Patienten im Alter von 16 bis 64 Jahren mit Diagnosen aus dem Suchtbereich sowie substanzungebundene Suchterkrankungen. Hier ist der Fokus nicht auf Jugendliche und junge Erwachsene gerichtet.

4 Geplante psychiatrische Angebote im Transitionsbereich und für junge Erwachsene (Stand Juni 2019)

Im Rahmen der vorliegenden Erhebung wurden zusätzlich Informationen zu geplanten psychiatrischen stationären und tagesklinischen Angeboten der Transitionspsychiatrie und Angeboten für junge Erwachsene eingeholt. Sechs Angebote in Planung wurden identifiziert. Zum Zeitpunkt der Erhebung im Juni 2019 stand kaum ein Angebot in der konkreten Planungsphase. Entweder fehlte es an finanzieller Unterstützung, am Leistungsauftrag oder es bestand zum Erhebungszeitpunkt lediglich eine Absichtserklärung oder eine Arbeitsgruppe. Die benannten Angebote werden hier nach Regionen aufgelistet.

- **Nordwestschweiz:** Die Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychiatrie Baselland gibt an, ein Angebot für den Altersbereich von 15 bis 25 Jahren zu planen, eventuell mit 15 Betten. Details des geplanten Angebots seien noch nicht ausgereift.
- **Espace Mittelland:** Für das Jahr 2020 oder 2021 sind in der Klinik für Suchttherapie Südhang in Kirchlindach (BE) 2 bis 4 Behandlungsplätze für 15- bis 25-Jährige mit Abhängigkeitserkrankungen geplant.
- **Ostschweiz:** Vor dem Hintergrund der Zusammenführung der KJP Graubünden und des Psychiatrischen Dienstes Graubünden (PDGR) am 1. Januar 2019 wurde eine Absichtserklärung für den Aufbau einer Adoleszentenstation gemacht. Gemäss der Auskunft der Institution seien Chur oder Cazis als Standort in Diskussion. Vorrangig sei jedoch zunächst der Ausbau des Bettenangebots der KJP. Des Weiteren solle durch den Aufbau von Expertise in der Jugendpsychiatrie auch in den Tageskliniken der Erwachsenenpsychiatrie der Region das Alter gesenkt werden. In Bezug auf diese Anpassung des Aufnahmealters der Tageskliniken befindet sich die Institution noch in der Vorprojektphase. Die Klinik Sonnenhof in Ganterschwil erwähnte in ihrer Antwort im Rahmen der vorliegenden Erhebung eine Versorgungslücke im Bereich der Adoleszentenpsychiatrie. Es sei eine institutionsinterne Arbeitsgruppe gegründet worden, deren Ziel der Aufbau einer Adoleszentenstation sei.
- **Zentralschweiz:** Eine Ausweitung der Angebote in der Region Zug, Uri, Schwyz hängt von der gegenwärtigen Spitalistenplanung ab. Gemäss eigenen Auskünften plant die Klinik Meissenberg AG im Falle einer solchen Ausweitung, den Altersbereich auf einer bereits bestehenden Station für Angst und Emotionsregulationen für (hauptsächlich jüngere) erwachsene Frauen auf Jugendliche ab 16 Jahren auszuweiten. Die Klinik Zugersee, die zur Triaplus AG gehört, eröffnet anfangs 2020 eine Station mit 12 bis 14 Plätzen für junge Erwachsene bis 25 Jahren. Das Angebot wird auf Patientinnen und Patienten mit Erstpsychosen, suizidalen Krisen und Persönlichkeitsstörungen ausgerichtet.
- **Zürich:** Die Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw) gibt an, im Falle einer gesicherten Finanzierung ihr gesamtes adoleszentenpsychiatrisches Angebot der KJP (14-17 Jahre) und der EP (18-25 Jahre) in Winterthur mit tagesklinischen Angeboten für alle psychiatrischen Diagnosen ausbauen zu wollen.

5 Weitere wichtige Institutionen in der transi- onspsychiatrischen Versorgung. Beispiel- haft: Wohn-und Ausbildungsheime im Kan- ton Zürich

Grundsätzlich sind für die psychiatrische Versorgung von psychisch kranken Jugendlichen und jungen Erwachsenen Wohnheime wichtige Institutionen. Für die vorliegende Fragestellung sind allerdings nur diejenigen mit einer internen psychotherapeutischen oder psychiatrischen Betreuung von Belang.

Durch die Suchstrategie der ZHAW konnten im Kanton Zürich insgesamt 147 Wohn- und Ausbildungsheime mit umfassenden oder partiellen Angeboten resp. Platzierungsmöglichkeiten für Jugendliche und junge Erwachsene gefunden werden (Tab. 1). Zwölf dieser Angebote richten sich an Personen mit körperlicher Beeinträchtigung. 61 der verbleibenden 135 Angebote decken nicht den Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter ab. Von den 74 verbleibenden Angeboten, die sich an junge Menschen im Alter von 15 bis 24 Jahren richten, gibt es in 5 Einrichtungen seelsorgerische oder heilpädagogische Betreuung. Zwei Angebote geben an, keine zusätzliche im weitesten Sinne psychologische Unterstützung zu bieten. Von den verbleibenden 67 Einrichtungen bieten 16 selbst eine psychotherapeutische Betreuung an, 51 nutzen externe psychotherapeutische Betreuungsangebote.

Tabelle 1. Übersicht der Wohneinrichtungen für Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Beeinträchtigungen im Kanton Zürich

Anzahl gefundener Wohnangebote insgesamt	Ohne Institutionen für körperliche Beeinträchtigungen	Davon Angebote im Übergang zum Erwachsenenalter	Angebote im Übergang zum Erwachsenenalter: Psychotherapeutische Betreuung/Behandlung
147	135	74	Intern: 16
			Extern: 51
			Seelsorgerisches/ heilpädagogisches Angebot: 5
			Kein Angebot: 2

6 Beispielhafte Falldarstellungen

Mit zwei beispielhaften Falldarstellungen soll im Folgenden gezeigt werden, wo die Fallstricke einer Psychiatrie sind, die einen klaren Wechsel von der KJP zur EP vollzieht. Die Fälle machen gleichzeitig die Vorteile einer Transitionspsychiatrie deutlich.

6.1 Autismus-Spektrum-Störungen: Der Blick auf die Entwicklung (Stephan Kupferschmid)

Rafael ist das jüngste von drei Kindern einer Familie aus der gehobenen Mittelschicht. Nach einer komplikationslosen Schwangerschaft und Geburt durchläuft er die Meilensteine der frühkindlichen Entwicklung normgerecht. Lediglich bei der Sprachentwicklung fällt auf, dass er zwar früh und differenziert spricht, jedoch manchmal Sprache in besonderer Weise verwendet. So bemerkten die Eltern eine Pronominalumkehr und eine auffällige Prosodie (Lautgebung). In Kindergruppen zeigten sich rasch weitere Auffälligkeiten. Rafael nahm wenig Kontakt zu anderen Kindern auf und beschäftigte sich vor allem alleine. Im Alter von 5 Jahren entwickelte er eindrucksvolle Spezialinteressen und beschäftigte sich intensiv mit Zahlen und Mustern.

Die Eltern konnten auf die Besonderheiten ihres Sohnes gut eingehen und waren auch mit dem Kindergarten und der Schule in einem engen Kontakt. Rafaels Brüder zeigten ebenfalls grosses Verständnis für ihren Bruder und fungierten teils als «Bodyguards», teils als «Türöffner» für ihren Bruder. Eine spezialisierte Abklärung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde auf Wunsch der Eltern durchgeführt. Durch Beobachtung der Interaktionen mittels ADOS und einem Elterninterview (ADI-R), konnte die Diagnose Asperger-Syndrom (ICD-10: F84.5) gestellt werden. Dies war für die Familie keine Überraschung, sondern lieferte vielmehr ein plausibles Erklärungsmodell für verschiedene Verhaltensweisen von Rafael. Auch in der Schule konnte dank der Diagnose und regelmässigen Kontakten mit dem kinder- und jugendpsychiatrischen Behandler gut auf die Besonderheiten eingegangen werden und die Förderung trug zum schulischen Erfolg von Rafael bei.

Die kinder- und jugendpsychiatrische Betreuung setzte sich nach dem 18. Geburtstag zunächst fort, wobei noch offenblieb, mit welchem Bedarf an Behandlung für die folgenden Jahre zu rechnen war resp. ob und wann diese an die Erwachsenenpsychiatrie übergehen sollte. Nach erfolgreicher Matur entschied sich Rafael für ein naturwissenschaftliches Studium. Dies erforderte jedoch einen Umzug in ein Studentenwohnheim in einer anderen Stadt, welches ein hohes Mass an Selbstständigkeit erfordert und ein Verlassen seines schützenden sozialen Umfeldes. Bei diesem Entwicklungsschritt kam es bei Rafael zu einer depressiven Krise mit Suizidgedanken, es fehlte ihm eine psychiatrische Begleitung im neuen Kontext und er wurde schliesslich im Alter von 20 Jahren erstmals stationär in einer psychiatrischen Klinik behandelt. In der Krisensituation lagen die Vorinformationen über die Entwicklung nicht vor und seine Eltern wurden wenig in die Behandlung einbezogen. Für die Behandler zeigte sich nun das Bild einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.8 Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen, passiv-aggressiv).

Nach der für ihn und sein Umfeld sehr belastenden und verwirrenden Akutbehandlung konnte Rafael das Angebot einer elektiven Behandlung annehmen. Erst in diesem Rahmen wurde die Entwicklungsgeschichte und die Vorbefunde berücksichtigt und die Diagnose korrigiert. Auch fand erst dann wieder ein Familiengespräch statt, um den Entwicklungsschritt zur Selbstständigkeit im Studium zu begleiten. Das Verständnis der Besonderheiten von Rafael aufgrund des Asperger-Syndroms und eine Psychoedukation, die sich an der aktuellen Entwicklungsstufe orientiert, waren dabei entscheidende Faktoren für den schliesslich wieder möglichen erneuten positiven Verlauf. Rafael musste aber nochmals von neuem Fuss fassen und schliesslich ein ganzes Studienjahr wiederholen. Eine vorausschauende und vorausplanende transitionspsychiatrische Versorgungsroutine hätte mit erheblicher Wahrscheinlichkeit die Entwicklungs- und Behandlungsherausforderungen im Übergang günstig beeinflusst und die einschneidende suizidale psychische Krise sowie die kostenintensive akutstationäre Intervention und Folgebehandlung verhindert.

6.2 Von der Adoleszentenkrise zur schweren psychischen Störung: eine typische Systemherausforderung in der Transition (Andreas Andreae)

Die inzwischen 27-jährige Mirjam wuchs in einfachen, aber geordneten Verhältnissen in Zürich auf, als ältere von zwei Töchtern schweizerisch-österreichischer Eltern, die beide berufstätig waren. Schon früh zeigte sich bei ihr ein wildes unruhiges Temperament, zuhause war sie schwierig zu erziehen, gewöhnte sich kaum an Regeln, in Kindergarten und Primarschule störte sie den Unterricht und brachte nur knappe Leistungen. Schulpsychologische Abklärungen zogen ein ADHS in Betracht, ohne ein solches diagnostisch abschliessend festzulegen, und orteten auch Erziehungs- und Betreuungsmängel im Zuhause.

Während die Schwester, mit welcher sie rivalisierte, wenig Probleme zeigte, geriet Mirjam mit Eintritt in die Pubertät am Beginn der Schuloberstufe vermehrt in kürzere und längere Phasen von Lustlosigkeit, Antriebsarmut, Verslossenheit und Rückzug. Dazwischen blieb sie fortgesetzt mit ungestümer Verhaltensart auffällig und problematisch, zuhause genauso wie in Schule und Freizeit. Nur in einem Sportverein liessen sich ihre Eigenarten bändigen und leichtathletischen Erfolgen zuführen.

Mit 15, nach frühem und mühsamem Schulabschluss auf Sekundarstufe B, kam es zu einer ersten längeren depressiven Episode leichtgradigen Ausmasses. Es fehlte ihr auch eine Perspektive in der Ausbildung sowie zu manchen weiteren Entwicklungszielen. Eine erstmalige ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung fokussierte familiendynamische Probleme und zog die widerwilligen Eltern in die Sprechstunde mit ein, welche ihre Tochter offensichtlich ablehnten und sie des jahrelangen absichtlichen Fehlverhaltens beschuldigten. Mirjam entwickelte eine vertrauensvolle Beziehung zur Therapeutin und fand zu mehr Gleichgewicht.

Ein in der Folge der Behandlung eingeleiteter Aufenthalt als Jeune Fille im Welschland scheiterte allerdings rasch. Inzwischen 16 widersetzte sie sich zunehmend laut und aggressiv allen Aufgaben und Anforderungen und begann in jugendlichen Drogen- und Delinquentenkreisen zu verkehren, mit wochenlanger pausenloser Action, Schlaflosigkeit, Rauschexzessen und wahllosen Sexualkontakten. Schliesslich wollte sie nach Hause zurück und persönliche Hilfe bei der Therapeutin suchen. Die Eltern stellten sich dem entgegen und in einem akuten tobenden Krisenzustand erfolgte schliesslich eine Ersthospitalisation in der Erwachsenenpsychiatrie. Dort beruhigte sie sich rasch und wurde mit der Diagnose einer adoleszenten Anpassungskrise und ohne Abstimmung mit der Kinder- und Jugendpsychiaterin nach Hause entlassen. Die Eltern boten Hand, weil Mirjam inzwischen ruhig, gehorsam und anpassungswillig schien. Dass inzwischen eine neu-erliche Depression vorlag, entging den Eltern, welche einen therapeutischen Kontakt mieden, während eines halben Jahres weitgehend.

17 Jahre alt geworden, setzte sich Mirjam ziemlich abrupt von zu Hause wieder ab, verkehrte auf immer prekärere Weise nur mehr auf der Gasse und geriet in eine erst retrospektiv diagnostizierte erste heftige manische Episode. Polizeiliche und notfallpsychiatrische Interventionen verpufften wiederholt ins Leere. Die kinder- und jugendpsychiatrische Therapeutin musste sie – als Mirjam eines Tages ihre Praxis stürmte - ohne Vermittlungsmöglichkeiten an ein erwachsenenpsychiatrisches Krisenzentrum verweisen. Die involvierten Fachleute hatten meist keine Kenntnisse von bisherigen Behandlungsfakten und Problembeurteilungen. Später, während einer kurzen Akuthospitalisation in der Erwachsenenpsychiatrie, wurde ebenfalls keine Kontaktnahme oder Fallkonferenz mit der früheren Therapeutin in Betracht gezogen und auf eine Gefährdungsmeldung verzichtet, da Mirjam bereits wieder zur Depression hin umschlug, beruhigt wirkte und erneut zuhause unterkommen konnte. Die Entwicklungsfragen sowie eine Behandlung wurden ein weiteres Mal nicht angepackt.

Mit 18 musste Mirjam dann in einer noch weit heftigeren zweiten manischen Episode mit Unterbrüchen ein ganzes Jahr in einer erwachsenenpsychiatrischen Klinik zubringen, zumeist auf den Akutstationen. Mirjam war zwar nun erwachsen, in ihrer Reifeentwicklung aber auf dem Stand einer 15-Jährigen. Die Erwachsenenpsychiatrie fokussierte auf die schwere bipolare Störung und setzte hauptsächlich auf eine psychopharmakologische Behandlung sowie sozialpsychiatrische ambulante Betreuungsmassnahmen. Der adoleszente Entwicklungsbedarf und Fragen der Ablö-

sung in einer komplexen Familiengeschichte und -dynamik fanden während zwei weiteren erwachsenenpsychiatrischen ambulanten und stationären Behandlungsjahren kaum Berücksichtigung. Nach Monaten der Akutbehandlung erst wurden die Erfahrungen und Einschätzungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen.

IV-Massnahmen waren bereits eingeleitet, als über sozialpädagogische Wege in einem sozialtherapeutischen Wohnheim wichtige Fragen der lebens- und familiengeschichtlichen Aufarbeitung sowie Identitäts- und Ausbildungsfragen angegangen wurden, zusammen mit adoleszenzpsychiatrisch geschulten Fachärzten. Tiefe Konflikte zu den Eltern als abgelehntes Kuckuckskind mussten bearbeitet werden. Bis 22 kam es in der Folge zu einer deutlichen Stabilisierung und Persönlichkeitsentwicklung mit Nachreifung. Bis 24 bildete sie sich als Externe in einem sozialpädagogischen Berufsbildungsheim in Hauswirtschaft aus. Inzwischen ist sie verheiratet und hat ein erstes Kind. Auf eine Psychopharmakotherapie ist sie nicht mehr angewiesen.

Die Entwicklung im Falle von Mirjam konnte damit letztendlich auf gute Wege geführt werden. Bei manch anderen vergleichbaren Fälle gelingt zu einem solchen fortgeschrittenen Zeitpunkt keine ausreichende Rehabilitation und Integration mehr, stattdessen kommt es zu einer zunehmenden Chronifizierung und Invalidisierung. Aber auch im guten Falle von Mirjam muss in der Rückschau davon ausgegangen werden, dass sich in einer im Versorgungssystem verankerten adoleszenten- und transitionspsychiatrischen Konzeption der Angebotsaufstellung und interdisziplinären Kooperation und Vernetzung der Behandlungserfolg und eine nachhaltige persönliche und soziale Entwicklung um Jahre früher hätten einstellen können.

7 Gesundheitspolitische Überlegungen

In den zwei Expertenrunden wurde ausgehend von der erhobenen stationären Versorgungslage in der Schweiz strukturelle und versorgungspolitische Defizite gegenüber dem beobachteten Bedarf resp. ausländischen Vergleichsmodellen diskutiert. Ausserdem wurden die spezifischen Herausforderungen, wünschenswerten Veränderungen und möglichen Massnahmen inkl. ersten Umsetzungsschritten für eine optimierte Versorgung im Bereich der Transitions- und Adoleszentenpsychiatrie skizziert. Dabei wurde in den Expertenrunden deutlich, dass das Versorgungsparadigma Transitionspsychiatrie in der Schweiz selbst bei den klinisch und ambulant davon herausgeforderten Fachleuten konzeptionell und praktisch noch wenig etabliert ist. Eine Expertenrunde fand in der Deutschschweiz, eine in der französischsprachigen Schweiz statt.

7.1 Zur Versorgungsproblematik im Übergang von KJP zu EP

In den Expertenrunden herrschte Konsens, dass der Übertritt in die Volljährigkeit mit dem 18. Geburtstag für psychiatrische Patientinnen und Patienten mit einem einschneidenden Wechsel des gesetzlichen und institutionellen Rahmens der Behandlung einhergehe und eine zentrale Herausforderung der psychiatrischen Versorgung sei, insbesondere auch in der stationären Psychiatrie. Der Zuständigkeitswechsel von KJP zu EP führe häufig zu kritischen Brüchen in der Behandlung im Übergang ins Erwachsenenalter – ein Übergang, der für jeden jungen Menschen eine grosse Entwicklungsaufgabe bedeute und selbst gesunden Adoleszenten nicht immer leicht gelingt. Höchst problematische Brüche seien dabei Therapeutenwechsel in der Zuständigkeitsverschiebung von KJP zu EP. In vielen Fällen führten zudem auch die Änderungen des zivilgesetzlichen Rahmens mit z.B. der Neuregelung der Beistands- oder Vormundschaft sowie der Zuständigkeit bestimmter sozialer Institutionen zu einem Wechsel von wichtigen Bezugspersonen.

Die psychiatrische Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sei zudem auch vor dem Hintergrund der hohen Anzahl an IV-Berentungen von jungen Erwachsenen aufgrund von psychischen Erkrankungen von hoher gesellschaftlicher Relevanz. Von den Deutschschweizer Experten wurde darauf hingewiesen, dass die Inanspruchnahme von psychiatrischen Behandlungsangeboten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen generell gering sei. Bei männlichen Jugendlichen und jungen Männern sei dies noch ausgeprägter als bei weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen. Eine besondere Herausforderung sei es

deshalb auch, transitionspsychiatrische Angebote zu schaffen, die für diese Altersgruppe attraktiv seien, d.h. jugendtypischen Besonderheiten und Erwartungen entsprächen und geeignete soziale Räume im Behandlungsmilieu schafften.

Der Wechsel in das Behandlungssystem der EP bedinge meist auch einen anderen Behandlungsfokus. KJP und EP, die im Übergangsmoment aufeinanderstossen, zeichneten sich als separate Fachgebiete mit unterschiedlichen Identitäten, Traditionen der Fallbetrachtung, Diagnostik und Behandlung, Handlungsfeldern in der Versorgung und fachlichen Kompetenzen aus. Die KJP integrierte eher Entwicklungs- und systemische Aspekte in die Behandlung, während die EP eher über ein breiteres Wissen zu störungsspezifischen Behandlungsansätzen, gewissen Krankheitsbildern wie psychotischen Störungen und Abhängigkeitserkrankungen und der Chronifizierung von psychischen Störungen verfüge. In der Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Transitionsbereich brauche es aber oft beide Fachkompetenzen und ein entsprechendes Zusammenspiel. Es könnte beim Einrichten transitionspsychiatrischer Angebote deshalb zu Interessenskonflikten kommen: Unter welcher Fachdomäne wird ein Projekt entwickelt? Sind Institutionen der KJP oder der EP zuständig?

7.2 Zur Definition der Transitionspsychiatrie

In den Expertenrunden war man sich einig, dass auch international nicht eindeutig geklärt ist, was ein stationäres oder auch tagesklinisches transitionspsychiatrisches Angebot nach *best practice* ist. Übereinstimmung herrschte darüber, was ein solches Angebot umfassen sollte: erstens spezifische integrierte Fachkompetenzen aus beiden Disziplinen (KJP und EP), zweitens ein entwicklungsorientiertes Konzept (Persönlichkeit, Sozialisation, Ausbildung), drittens sollte es interdisziplinär angelegt sein (KJP, EP, Entwicklungspsychologie, Sozialpädagogik) und viertens sollte es systematisch mit ambulanten transitionspsychiatrischen und sozialpädagogischen Angeboten zusammenspielen (integrierte Versorgung). Zudem sei sekundärpräventiven Anstrengungen ausreichend Platz einzuräumen, um bei den sich in der Adoleszenz herausbildenden psychischen Störungen und Erkrankungen Chronifizierungen und Invalidisierungen zu verhindern. Dabei spielten auch Früherkennung und Frühintervention eine grosse Rolle.

In beiden Expertenrunden wurde als weitere spezifische Herausforderung in der Transitions- und Adoleszentenpsychiatrie herausgestrichen, dass die Bewältigung von zentralen adoleszenten Entwicklungsaufgaben wie Identitätsfindung, Ablösung, Selbständigkeitsentwicklung, Bildung, Berufseinstieg, Sozialeinbettung und Partnerschafts- resp. Familienbildung zu begleiten sei. Hierfür sei deshalb in einer Transitionspsychiatrie die systematische Vernetzung mit anderen involvierten Institutionen (z.B. Schule, Brückenangebote, Ausbildungsstätten, Berufsberatung, Jugendhilfe, Wohnheime, KESB, Eingliederungsprogramme, IV etc.) wichtig und angebotsdefinierend. Jugendliche und junge Erwachsene, die schwer psychisch erkranken, könnten in all diesen Belangen auf viel weniger Kompetenzen und Bewältigungsstrategien zurückgreifen als psychisch stabil Heranreifende. Auch seien sie oft in starkem Reiferückstand und bräuchten zusätzlich Zeit. Zudem hätten sie diesbezüglich meist negative Erfahrungen gemacht, bräuchten grosse Erziehungs- und Bildungsdefizite mit und verfügten oft nicht über ein stabiles unterstützendes Sozialumfeld. Die Möglichkeit einer behandlungsintegrierten zusätzlichen Beschulung und Ausbildungsberatung im Rahmen eines tagesklinischen oder stationären Aufenthaltes sei deshalb sehr relevant. Zudem brauche es oft eine langfristige Begleitung der Patientinnen und Patienten, die kontinuierlich über den 18. Geburtstag hinaus gewährleistet werden sollte, um die Bewältigung solcher Entwicklungsaufgaben im Blick zu behalten. All diese Aspekte gehörten zur strukturellen und prozessualen Qualität einer optimalen Transitionspsychiatrie.

7.3 Zur stationären und tagesklinischen Versorgungslage in der Schweiz im Bereich der Transitionspsychiatrie

Das Screening der ZHAW identifizierte schweizweit in einem ersten Schritt 6 stationäre transitionspsychiatrische Angebote, 8 stationäre Angebote für junge Erwachsene, 4 transitionspsychiatrische tagesklinische Angebote und ein tagesklinisches Angebot für junge Erwachsene. In den Expertenrunden wurde diskutiert, dass die Schweiz insgesamt über eine sehr

geringe Anzahl stationärer und tagesklinischer Plätze mit einem transitionspsychiatrischen Fokus verfüge. Zudem seien diese unsystematisch und unabgestimmt aufgestellt, d.h. ohne kantonal oder schweizweit koordinierte Versorgungsgrundlage oder Angebotsentwicklungsstrategie. Besonders betont wurden auch die generell fehlenden stationären kinder- und jugendpsychiatrischen und transitionspsychiatrischen Angebote im Tessin. Der Tessiner Experte betont denn auch, dass im Tessin zuerst ein stationäres Angebot für Kinder- und Jugendliche etabliert werden müsse. Geplant sei, ein stationäres Angebot mit ergänzendem Home Treatment in drei bis vier Jahren aufgebaut zu haben. Bis jetzt müssen im Tessin Jugendliche ab 16 Jahren in der Erwachsenenpsychiatrie behandelt werden, Kinder unter 16 Jahren in der Pädiatrie. Einzig Jugendliche ab 16 Jahren mit einer Erstpsychose können auf einer Station mit spezifischen Fokus auf junge Erwachsene mit Erstpsychosen aufgenommen werden.

In beiden Expertenrunden wurde die Notwendigkeit formuliert, die Beurteilung der stationären Versorgungslage im Adoleszenz- und Transitionsbereich in den Kontext der allgemeinen psychiatrischen Versorgung in der Schweiz einzubetten. Es wurde betont, dass der wirtschaftliche Druck auf psychiatrische Institutionen insgesamt in den letzten Jahren zugenommen habe. Eine grosse Herausforderung sei ausserdem der Mangel an Fachärzten und -ärztinnen, insbesondere in der KJP. Dies führe z.B. dazu, dass in einigen Regionen ambulante Fälle der KJP regelhaft durch Ärztinnen und Ärzte der EP behandelt werden müssten. Zudem fehlten in manchen Regionen stationäre Betten im KJP-Bereich. Zugleich führe der Fachärzte- und -ärztinnenmangel – aus der Not geboren – in einigen Fällen zu einer stärkeren Vernetzung von stationären Institutionen der KJP und EP, z.B., wenn Notfall- und Wochenenddienste gemeinsam organisiert würden. Damit entstünden Ansätze einer Transitionspsychiatrie, auch wenn dies keine primäre versorgungsstrategische Absicht sei.

Eine stärkere Vernetzung zwischen KJP und EP sei inzwischen in vielen Fällen auch die Folge des Zusammenlegens von Institutionen der KJP und EP aus betriebswirtschaftlichen Beweggründen. Daraus einen Gewinn zur Entwicklung stationärer – oder tagesklinischer – transitionspsychiatrischer Konzepte und Angebote zu schöpfen, sei aber noch kaum verbreitet. Immerhin begünstigten solche Zusammenlegungen einen vermehrten Austausch der Fachrichtungen «unter einem Dach» und könnten eine bessere Voraussetzung gewährleisten, eigentliche transitionspsychiatrische Behandlungsqualität zu entwickeln. Ein Problem aber sei, dass die EP und insbesondere die KJP um ihre gewohnten Aufgaben und Zuständigkeitsfelder besorgt seien, sich bei Budgetverteilungskämpfen in der Gesamtklinik umso schärfer abgrenzten und nicht selten den Projekten grosse Widerstände entgegengesetzten, wenn ein neues Konzept und Angebot Hoheit und Einflussmacht zu entziehen drohe.

7.4 Integrierte transitionspsychiatrische Versorgungspfade

In den Expertenrunden war man sich weitgehend einig, dass in der ambulanten Versorgung transitionspsychiatrische Behandlungspfade in der Schweiz leichter zu gestalten sind als in der stationären Versorgung. Dies komme in der aktuellen Versorgungsroutine immer wieder recht gut zum Tragen. Damit wurden sowohl die Angebote von frei Praktizierenden wie auch von institutionellen Ambulatorien angesprochen. Die Vernetzung im interdisziplinären transitionspsychiatrischen ambulanten Versorgungsraum sei oftmals gut, lösungsorientiert und kooperativ (Ausbildung, Jugendhilfe, IV etc.).

Der Koordination zwischen ambulanten und stationären transitionspsychiatrischen Behandlungsprozessen käme bei Patientinnen und Patienten der adoleszenten Altersgruppe eine wichtige Bedeutung zu. Hierbei sei zu gewährleisten, dass es genügend spezifische stationäre Angebote gäbe, die mit den ambulanten Netzwerken und Prozessketten im Sinne von integrierter Versorgung abgestimmt seien. Eine spezifische stationäre Angebotsentwicklung sei von Anfang an in einer Gesamtsystemaufstellung anzugehen. Andererseits sei die klinische Angebotsentwicklung auch von allem Anfang an auf eine Vernetzung mit den relevanten ausserklinischen Institutionen auszurichten, wie z.B. arbeitsintegrativen Wohn- und Ausbildungsheimen.

Im Zusammenspiel der verschiedenen Versorger kämen allerdings betriebswirtschaftliche Motivationen zum Zuge, die u.U. unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten dysfunktional

seien. So führe das Ziel, institutionelle Kosten zu senken, nicht immer zu einer adäquaten Versorgung bestimmter Gruppen von Patientinnen und Patienten, was höhere gesellschaftliche Kosten bedingen könne. Vor diesem Hintergrund sei die Versorgung von sogenannten «heavy users», also Patientinnen und Patienten, die viele und oftmals unkoordinierte Leistungen in Anspruch nähmen und oft hospitalisiert würden, eine besondere Herausforderung.

Auch die unterschiedlichen Tarife, die in der psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen verrechnet werden, hätten einen Einfluss auf die Behandlungspraxis im transitionsspezifischen Bereich. Tatsächlich haben die aufwändiger gestalteten stationären Behandlungseinheiten für die Jugendlichen, d.h. unter 18-jährigen Patientinnen und Patienten, höhere Tarife. Es gibt aber keinen entsprechenden höheren Tarif für die Behandlung junger Erwachsener, obwohl diese gleichermaßen aufwändiger ist. Dies führe dazu, dass eine Station der KJP keine das Transitionsalter übergreifende gemischte Einheit konzipiere, weil die über 18-jährigen adolescenten Patientinnen und Patienten auf dieser Jugendstation nicht mit dem gleichen Tarif wie die unter 18-Jährigen abgerechnet werden können. Genauso scheue die EP die Einrichtung ähnlich aufwändiger Stationen für junge Erwachsene, da solche Stationsbetriebe mangels angemessener Tarifabdeckung zum Verlustgeschäft werden. So fixiere sich eine alters- und tarifbedingte Trennung KJP und EP.

Es wurde zudem angemerkt, dass in der Begleitung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf übergeordneter politischer Ebene die Handlungsbereiche verschiedener kantonaler und nationaler Institutionen aufeinanderträfen (z.B. im Kanton Zürich Gesundheits- und Bildungsdirektion (Jugendhilfe, Heime etc.), Direktion der Justiz und des Innern, Jugend- und Jungerwachsenenstrafrechtspflege, Sicherheitsdirektion mit Sozial- und Migrationsämter). Die politische Koordination der unterschiedlichen Zuständigkeitsbereiche bereite oft erhebliche Schwierigkeiten, wenn es z.B. um die Planung und Finanzierung spezifischer Angebote für Jugendliche und junge Erwachsene gehe.

7.5 Ambulante Versorgung im Transitionsbereich

Als positive Rahmenbedingung für die psychiatrische Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurde hervorgehoben, dass in den ambulanten fachärztlichen und psychotherapeutischen Praxen der Schweiz vorderhand noch ziemlich problemlos Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater Patientinnen und Patienten über das 18. Lebensjahr hinaus und Erwachsenenpsychiaterinnen und -psychiater auch minderjährige Patientinnen und Patienten behandeln können. Dies steht im klaren Gegensatz zu den strengen fachdisziplinären Abgrenzungen im stationären und tagesklinischen Bereich. In Deutschland z.B. sei diese Abgrenzung auch im ambulanten Bereich strikt: Behandlungen von Patientinnen und Patienten aus dem anderen fachdisziplinären Alters- und Zuständigkeitsbereich würden nicht mehr vergütet. Ein Experte bemerkte, dass sich seiner Meinung nach – dort, wo das in der Schweiz mangels geeigneter jugendpsychiatrischer Angebote noch nötig sei – in den vergangenen Jahrzehnten die stationäre Behandlung von Minderjährigen in der EP verbessert habe: es habe ein gewisser Wissenstransfer zwischen KJP und EP stattgefunden, der in solchen Fällen hilfreich sei. Ein weiterer Experte unterstrich die Tatsache, dass die Schweiz im internationalen Vergleich über eine hohe Dichte an sowohl Jugend- und Kinder- als auch Erwachsenenpsychiaterinnen und -psychiatern aufweise. Es wurde auch bemerkt, dass die IV schon eine gewisse Begleitung für Jugendliche mit psychischen Störungen in Bezug auf Ausbildungs- und Arbeitsintegration leiste (in der Form einer Bereitstellung eines Coaches).

7.6 Tagesklinik versus Case Manager im Transitionsbereich

Die Experten der Romandie diskutierten die Vor- und Nachteile sowie gesundheitspolitische Erwägungen bezüglich tagesklinischer Angebote im KJP, EP und Transitionsbereich. Mit Blick auf die Transitionspsychiatrie gab es verschiedene Meinungen hinsichtlich deren Vor- (z.B. integrierte Schule) und Nachteile (spezifischer Nutzen fraglich), der Indikation (für welchen Krankheitsgrad sinnvoll), der Praktikabilität (lange Anfahrtswege für Kinder schwierig) und der Wirksamkeit der in tagesklinischem Rahmen durchgeführten Behandlungen. Die Ex-

perten der Romandie waren sich einig, dass bezüglich dieser Aspekte eine Sichtung der internationalen Evidenzlage zu tagesklinischen Behandlungen im Transitionsbereich notwendig sei.

Die Experten der Romandie unterstrichen hingegen einhellig den grossen Nutzen der in der Romandie pionierhaft ausgebauten Versorgung mit mobilen aufsuchenden Behandlungsangeboten auch für eine Transitionspsychiatrie. Das Ziel, Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall wieder zeitnah in ihrem gewohnten Umfeld sowie in ihrer Ausbildung und Arbeit zu integrieren, stehe in diesen Angeboten generell stärker im Fokus. Die in diesem Rahmen eingesetzten Case Manager blieben lange in der Fallarbeit und begleiteten auch stationäre Behandlungsepisoden. Die mobilen Behandlungsangebote in der Romandie machten in der Praxis im Transitionsalter die Unterscheidung von minderjährigen oder erwachsenen Patientinnen und Patienten weniger, was eine Kontinuität in der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten begünstige. Ein Auf- und Ausbau solcher Angebote sei eine Chance und bestimme ein erheblicher Fortschritt für eine optimierte Versorgung im Transitionsbereich.

7.7 Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen

Der Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter wurde in der Deutschschweizer Expertenrunde als spezifische Herausforderung diskutiert. Die beiden Störungsgruppen machten einen grossen Teil der psychiatrischen Problemstellungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus. Hierbei wurde auf die Relevanz von störungsspezifischen Behandlungsangeboten hingewiesen. Solche Angebote seien i.d.R. in der EP verankert. Abhängigkeitserkrankungen seien tendenziell ein vernachlässigtes Themengebiet in der KJP. Zu bemerken sei, dass es für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen ein relativ vielfältiges ambulantes Angebot in der Schweiz gäbe, z.B. Angebote von spezialisierten Vereinen, jedoch seien diese insgesamt fragmentiert und nicht genügend mit den psychiatrischen Institutionen vernetzt.

7.8 Ausweitung des Zuständigkeitsbereichs der KJP

Diskutiert wurde schliesslich die mögliche Erweiterung der KJP auf das junge Erwachsenenalter im Sinne einer umfassenden Kinder- und Adoleszentenpsychiatrie, ein gelegentlich auch im Ausland diskutierter gesundheitspolitischer Vorschlag. Vorstellbar wäre, für die KJP zugunsten der Transitionspsychiatrie eine elastische Altersobergrenze bis zum Alter von 21 oder 25 Jahren in der Versorgungsplanung und Angebotsentwicklung zu prüfen. Womöglich könnte dabei auch die Vergütung von KJP-Tarifen bis zu einem Alter von 21 oder 25 Jahren zu einer Optimierung der Behandlung der Patientinnen und Patienten in diesem Alter beitragen. Diese Option war in den Expertenrunden aber insgesamt umstritten, weil voraussichtlich manche Schnittstellenprobleme lediglich verlagert würden.

8 Vorschläge für eine verbesserte transitionspsychiatrische Versorgung und erste Umsetzungsschritte

In den Expertenrunden wurden mehrere wünschenswerte Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen benannt, die hier zusammenfassend dargestellt werden.

- **Die Behandlungs- und Betreuungskonstanz verbessern.** Die Möglichkeit der psychiatrischen und psychotherapeutischen Begleitung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf einem transitionspsychiatrischen Behandlungspfad sollte gestärkt werden, damit – trotz des Wechsels der legalen und institutionellen Rahmenbedingungen mit dem Eintritt in das 18. Lebensjahr – die häufig auftretenden Behandlungsabbrüche vermieden werden können. Eine rechtzeitige Planung eines bestmöglichen Behandlungssettings im Transitionsprozess mit verbindlicher Festlegung einer gut vernetzten kontinuierlich längerfristig fallführenden Fachperson entweder der KJP oder der EP sollte vor allem bei kritischen und schweren Fällen zu einem zwingenden transitionspsychiatrischen Qualitätsstandard werden.
- **Mobile Behandlung fördern.** Mobile Behandlungsangebote insbesondere in Form eines der Transitionsphase kontinuierlich und längerdauernd begleitenden und die Schnittstellen von KJP und EP übergreifenden klinischen Case Managements mit Beziehungs-, Support- und Koordinationsfunktion können für eine Optimierung der psychiatrischen Versorgungs- und Betreuungskonstanz im Transitionsbereich besonders hilfreich sein, gerade auch in Phasen sequenzieller stationärer Interventionen im Wechsel der Zuständigkeit von KJP zu EP.
- **Transitionspsychiatrie auch als Behandlungsprogramm für soziale und berufliche Integration verstehen.** Das Ankommen einer bzw. eines Jugendlichen oder jungen Erwachsenen in der Gesellschaft sollte ein zentrales Ziel und eine spezifische Kompetenz in der Begleitung der jungen psychiatrischen Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase sein. Bestimmte Risikogruppen, wie Patientinnen und Patienten mit kritischem Sozialisationsdefizit oder mit Migrationshintergrund, sind in dieser Hinsicht auf eine besonders intensive Begleitung angewiesen.
- **Integrierte Versorgung zwischen involvierten Akteurinnen und Akteuren stärken.** Gerade in der Transitionspsychiatrie ist die integrierte Versorgung zentral wichtig. Sie sollte auf mehreren Ebenen erfolgen. Einerseits ist eine engere Zusammenarbeit von ambulanten und stationären Institutionen wünschenswert. Hierbei ist auch das Einbeziehen der Grundversorger, d.h. des Pädiaters oder Hausarztes wichtig. Andererseits ist für eine gesamthafte integrierte Versorgung eine engere Koordination zwischen verschiedenen kantonalen (z.B. Bildungsinstitutionen, IV, KESB, Jugendhilfe, Gesundheitsdirektion) und nationalen (z.B. BAG, BSV, Staatssekretariat für Bildung) Institutionen, die für die Begleitung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen relevant sind, wünschenswert.
- **Interdisziplinäre Behandlung ermöglichen.** Die transitionspsychiatrische Behandlung im Altersübergang von Jugendlichen und jungen Erwachsenen erfordert ein integratives interdisziplinäres Wissen und Zusammenwirken. Hierfür ist die interdisziplinäre Vernetzung nicht alleine zwischen EP und KJP, sondern auch mit der Entwicklungspsychologie und Sozialpädagogik etc. notwendig.
- **Spezifische Leistungen besser vergüten.** Angepasste Tarife können das Einrichten spezifischer transitionspsychiatrischer Angebote eine optimierte Behandlung von jungen Patientinnen und Patienten in der EP sowie den transitorischen Behandlungsbogen und -austausch zwischen EP und KJP fördern. Dies gilt für den stationären Bereich, aber auch für mobile oder andere ambulante Behandlungsangebote. Ersparnisse durch Verminderung der aktuell problemtypischen kostenintensiven Behandlungsbrüche durch Fehlversorgung wären ein zu erwartender Effekt.

Als mögliche **erste Umsetzungsschritte** für eine optimierte Versorgung im Bereich der Adoleszenten- und Transitionspsychiatrie wurde Folgendes diskutiert.

- **Positions- resp. Eckpunktepapier zur Transitionspsychiatrie:** Zum Thema optimierte Versorgung in der Adoleszenz- und Transitionspsychiatrie sollte ein Positions- resp. Eckpunktepapier erarbeitet werden.
- **Fähigkeitsausweis «Transitions-/ Adoleszentenpsychiatrie»:** Von den Fachgesellschaften der KJP und EP könnte gemeinsam eine zertifizierte Weiterbildung für einen Fähigkeitsausweis in Transitionspsychiatrie eingeführt werden. Allenfalls könnte über die FMH auch ein Schwerpunkttitel entwickelt werden, der an beide Disziplinen vergeben werden könnte (analog der aktuellen Bestrebung der Gesellschaft für klinische Ernährung Schweiz für einen solchen Schwerpunkt für Medizin und Chirurgie).
- **Gesellschaft für Adoleszenz- und Transitionspsychiatrie:** Es könnte eine breitabgestützte, evtl. auch über die psychiatrischen Disziplinen hinausreichende spezifische Fachgesellschaft gegründet werden, welche sich um fachlich-politische Definition, Verbreitung, Umsetzung und Qualitätssicherung der Versorgungsthematik kümmert. Dabei könnten auch spezifische Aktionsbereiche (z.B. Psychose, Persönlichkeitsstörungen, ADHS, Autismus, Essstörungen, adoleszenztypische Sucht etc.) definiert werden. Alternativ könnte eine Untergruppe zum Thema Transitionspsychiatrie in einer bestehenden interdisziplinären Gesellschaft (z.B. Schweizer Gesellschaft für Sozialpsychiatrie) ins Leben gerufen werden.
- **Pilotprojekt transitionspsychiatrische Koordinationsstelle mit Case Management:** Zur Verbesserung der Behandlungs- und Betreuungskonstanz könnte eine spezifische Stelle (mit Kontaktpersonen im Sinn einer klinischen Case Managerin bzw. Case Managers) geschaffen werden, die für die Begleitung von transitionspsychiatrischen Fällen zuständig ist, die kritische und schwere Fälle sichtet und indiziert, für koordinierte Planungen besorgt ist und die verschiedenen involvierten Behandler vernetzt. Eine solche Stelle könnte z.B. von psychiatrischen Kliniken eingerichtet werden. In einer begleitenden Studie sollte diese transitionspsychiatrische Koordinationsstelle evaluiert werden.
- **Qualitätsstandards für Angebote mit transitionpsychiatrischem Fokus:** Da sehr unterschiedliche Konzepte über Transitionspsychiatrie bestehen, sollten verbindliche Qualitätsstandards nach internationalen Leitlinien für Angebote mit transitionpsychiatrischem Fokus erarbeitet werden (z.B. Vorhandensein interdisziplinärer Fachkompetenzen, alterspopulationsgerechtes Angebot etc.). Diese Standards unterstützen eine einheitliche Versorgungs- und Angebotsentwicklung und dienen als Basis für die Vergütung spezieller Tarife.
- **Finanzielle Anreize zur Förderung von interdisziplinärem Austausch und transitionspsychiatrischer Integration von Fachkompetenzen zwischen EP und KJP:** Um den interdisziplinären Austausch und die transitionspsychiatrische Integration von Fachkompetenzen zwischen EP und KJP zu fördern, sollten als initialisierende Massnahme spezifische finanzielle Anreize gesetzt werden, z.B. in der Form einer spezifischen Vergütung von gegenseitigen transitionspsychiatrischen Konsilien von KJP resp. EP auf den entgegengesetzten Stationen.
- **Integrierter Versorgungsbereich Adoleszentenpsychiatrie in Kliniken:** Psychiatrische Kliniken, die sowohl EP wie KJP unter einem Dach führen, könnten in der Adoleszenzentschnittmenge einen eigenständigen Betriebsbereich unter einer Leitung etablieren, d.h. Stationen für Jugendliche und Stationen für junge Erwachsene sowie zugehörige Tageskliniken, Ambulatorien und Vernetzungsstellen. Diese Leitung sollte das Zusammenspiel der Angebote und der Fachpersonen der transitionspsychiatrischen Interventionen und Prozesse übergreifend orchestrieren und ständig weiterentwickeln.
- **Politische Gefässe:** Auf kantonaler Ebene wäre es wichtig, geeignete Gefässe zu identifizieren, bei denen die Anliegen einer optimierten Versorgung in der Adoleszenz- und Transitionspsychiatrie vertreten werden können (Beispielhaft im Kanton Zürich: Kommission für Bildung und Kultur, KBIK).

9 Fazit

Es zeigt sich, dass in der Schweiz nur wenige stationäre und tagesklinische Angebote einen transitionspsychiatrischen Fokus verfolgen. Immerhin richten sich in den letzten Jahren vermehrt Angebote spezifisch an junge Erwachsene und ihre Sonderbedingungen in der Adoleszenz. Identifiziert wurden: Erstens insgesamt 6 stationäre transitionspsychiatrische Angebote mit gesamthaft rund 80 Plätzen, ausschliesslich in der Deutschschweiz, teils nur auf einzelne Störungen spezialisiert inkl. Psychosen, mehrheitlich aber störungsübergreifend; zweitens 8 stationäre Angebote für junge Erwachsene, mit je etwa 60 Plätzen in der Deutschschweiz und Westschweiz sowie 13 Plätzen im Tessin, allesamt störungsübergreifend, meist aber mit Ausschluss von psychotischen und Abhängigkeitsstörungen; drittens schliesslich 4 transitionspsychiatrische tagesklinische Angebote (rund 60 Plätze, in der Deutsch- und Westschweiz) und ein tagesklinisches Angebot für junge Erwachsene in der Westschweiz (mit variabler Platzzahl). Detaillierte Informationen zu diesen Angeboten wie Indikation, Altersspektrum und Internetauftritt wurden in diesem Bericht dargestellt. Anzumerken ist, dass auch ambulante Angebote eine wichtige Rolle in der psychiatrischen Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen spielen – diese waren jedoch nicht Gegenstand dieses Berichtes.

Zudem streicht der Bericht am Beispiel des Kantons Zürich heraus, dass sich eine bedeutende Anzahl stationärer Plätze in sozialpädagogischen und -therapeutischen Wohn- und Ausbildungseinrichtungen an Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Beeinträchtigungen richten und einen transitionspsychiatrischen Versorgungsanspruch unterstützen. Die Erhebung der ZHAW identifizierte 74 Angebote, die sich an junge Menschen an der Schnittstelle zwischen Jugend- und Erwachsenenalter richten. Die meisten dieser Angebote verfügen für die Heimjugendlichen mit psychischen Problemstellungen allerdings nur über ein externes psychologisches Betreuungsangebot, was die Tragfähigkeit von psychiatrischen Fällen einschränkt. Nur wenige Institutionen bieten eine intensivere psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung und Betreuung intern an. Solche stationären Wohn- und Ausbildungseinrichtungen übernehmen eine wichtige Rolle in einer adoleszenz- und transitionsgerechten psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

In den Diskussionen in den Expertenrunden der Deutschschweiz und der Romandie sowie in einem Interview mit einem Vertreter der Tessiner Psychiatrie wurden als spezifische Herausforderungen der Transitionspsychiatrie die folgenden Aspekte besonders hervorgehoben:

- Der mit dem Übertritt in die Volljährigkeit einhergehende Wechsel der institutionellen, tariflichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen der psychiatrischen Versorgung und Behandlung ist insbesondere bei schwereren psychiatrischen Störungsentwicklungen einschneidend und in der bestehenden Versorgungspraxis der Schweiz mit dem Risiko einer Behandlungsdiskontinuität mit Störungsverschärfung, Fehlintegration, Frühchronifizierung, Frühinvalidisierung und Fall- resp. volkswirtschaftlicher Kostenzunahme verbunden.
- In der Transitionsphase werden für eine optimale Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in klinisch-institutionellen Settings die spezifischen Fachkompetenzen von KJP und EP in kombinierter resp. sich ergänzender Form benötigt.
- Die transitionspsychiatrische Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen benötigt über die Psychiatrie hinaus interdisziplinäre Kompetenzen wie die Sozialpädagogik oder klinische Entwicklungspsychologie und eine systematische Vernetzung und integrierte Versorgung mit Angeboten der altersspezifischen sozialen und beruflichen Integration (Wohnen, Ausbildung, Arbeitsintegration, IV).
- Eine transitionspsychiatrische Versorgungskonzeption hat dem Problem Rechnung zu tragen, dass Jugendliche und junge Erwachsene übliche psychiatrische Angebote tendenziell wenig in Anspruch nehmen und über eine populationsgruppenspezifische Ausgestaltung von interdisziplinären ambulanten und stationären Settings und Milieus besser zu erreichen sind.

- Der bei einer psychiatrischen schwereren Störungsentwicklung in der Transitionsphase oft mehrjährige Behandlungsprozess sowie die verzögerte Bewältigung bestimmter Entwicklungsaufgaben benötigen eine langfristige kontinuierliche und nach Möglichkeit betreuungs-konstante Begleitung.
- In der transitionspsychiatrischen Begleitung von in ihrer Entwicklung gefährdeten Jugendlichen und jungen Erwachsenen treffen in besonderem Masse die Zuständigkeitsbereiche verschiedener kantonaler und nationaler Institutionen aufeinander, was eine spezifische Kompetenz in der Berücksichtigung, Abstimmung, Vermittlung und Koordination der gesetzlichen Bestimmungen und Einrichtungen voraussetzt (Gesundheit, Prävention, Schule, Ausbildung, Erziehungshilfe, KESB, Justiz, Sozialversicherungen, Eingliederung etc.).

In den Expertenrunden bestand ein klarer Konsens, dass für psychisch kranke Adoleszente in der Transitionsphase schweizweit eine kritische Versorgungslücke besteht, sowohl was das klinisch-institutionelle Angebot wie auch eine grundsätzliche Versorgungskonzeption betrifft. Die heute in der Schweiz bestehenden transitionspsychiatrischen Angebote im stationären und tagesklinischen Bereich sind bei weitem nicht ausreichend und oft ohne vom internationalen Wissensstand abgeleitete Systematik in der übergeordneten Versorgungsplanung und Organisations- und Behandlungskonzeption. Nur vereinzelt besteht bei altersdurchlässigen Angeboten ein integriertes Zusammengehen von KJP und EP. Traditionelle festgefügte gesetzliche, budgetäre, tarifliche, fachdisziplinäre und versorgungskonzeptionelle Unterschiede und Abgrenzungen, die sich mit der Statusänderung der Patientinnen und Patienten beim 18. Geburtstag ergeben, sowie ein fehlender Veränderungsdruck und Anreiz durch fachliche und politische Versorgungspositionen und Modellfinanzierungen verhindern eine zielgerichtete Entwicklung. Dazu trägt auch bei, dass die Thematik einem eher neuen Kenntnisstand entspringt und auch international noch keine abschliessende einheitliche Definition von Transitionspsychiatrie und geprüfte Modelle von *best practice* vorliegen. Zudem fehlt in der Psychiatrie seit einigen Jahren wegen des gravierenden Fachkräftemangels die Luft für manche nötige Versorgungsdifferenzierung und -innovation.

In den Expertenrunden wurde auch die Meinung entwickelt, dass wesentliche Ansätze zur Verbesserung einer transitionspsychiatrischen Versorgung mehr auf die Prozess- als auf die Strukturqualität zu richten sind. Sowohl innerhalb klinischer Einrichtungen wie auch im ambulanten Bereich sollte eine Kultur und integrierte Prozessgestaltung einer transitionspsychiatrischen Behandlungszusammenarbeit zwischen KJP und EP gefördert werden. Eine Chance hierzu ist in der Tatsache zu sehen, dass heutige Kliniken nach Fusionen immer häufiger die KJP und EP unter demselben Dach führen und sich ein gemeinsamer Bereich *Transitionspsychiatrie* oder *Adoleszentenpsychiatrie* strukturieren liesse. Ebenso ist für die Koordinations- und Begleitprozesse und die breiten Systemvernetzungen in der Transitionspsychiatrie auch das mobile klinische Case Management im Einzel- wie im Teamformat nutzbar zu machen, welches in der Schweiz in anderen psychiatrischen Versorgungsbereichen und insbesondere auch in der Romandie bereits weit entwickelt und erprobt worden ist. Damit können in der psychiatrischen Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen insbesondere die Behandlungs- und Betreuungskonstanz, die interdisziplinäre Behandlungsaufstellung und mobile aufsuchende Behandlungen gefördert resp. verbessert werden. Eine zielführende spezifische transitionspsychiatrische Leistungsvergütung ist dabei eine Voraussetzung, ebenso wie die Finanzierung des Koordinationsaufwandes für die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen involvierten Institutionen. Eine Pilotstudie könnte Erkenntnisse mit Blick auf eine optimierte Versorgung von adoleszenten «heavy users» generieren, insbesondere auch zu den anzunehmenden Kosteneinsparungen resp. dadurch entstehenden Möglichkeiten von Kostenumverteilungen zugunsten transitionspsychiatrischer Leistungen.

Die Experten erachteten die Entwicklung eines Positionspapiers und die Erarbeitung von Qualitätsstandards für transitionspsychiatrische Angebote und Behandlungen als wichtige initiale Schritte. Zu empfehlen ist deshalb die Gründung einer entsprechenden Fachgesellschaft oder Fachsektion. Damit verbunden werden könnte die Einführung eines spezifischen Fähigkeitsausweises oder Fachschwerpunktes.

10 Literatur

- Amt für Jugend und Berufsberatung. (2019). *Verzeichnis der Kinder- und Jugendheime*. Abgerufen von https://ajb.zh.ch/internet/bildungsdirektion/ajb/de/leistungen-fuer-fachpersonen-institutionen-behoerden/ergaenzende-hilfen-zur-erziehung/kinder-und-jugendheime/anbieterverzeichnis/_jcr_content/contentPar/downloadlist_0/downloaditems/2310_1531993625819.spooler.download.1531993387814.pdf/verzeichnis_kinder_jugendheime.pdf
- Asselmann, E., Wittchen, H.-U., Lieb, R., & Beesdo-Baum, K. (2018). Sociodemographic, clinical, and functional long-term outcomes in adolescents and young adults with mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *137*(1), 6–17. <https://doi.org/10.1111/acps.12792>
- Brown, B. B., Eicher, S. A., & Petrie, S. (1986). The importance of peer group (“crowd”) affiliation in adolescence. *Journal of Adolescence*, *9*(1), 73–96. [https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(86\)80029-X](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(86)80029-X)
- Bundesamt für Justiz. (2019). *Erziehungseinrichtungen des Kantons Zürich*. Abgerufen von https://www.casadata.ch/wissensmanagement/institutionen/erziehungseinrichtungen.html?tx_x4ebjknowhow_organization_overview%5Bcanton%5D=27&tx_x4ebjknowhow_organization_overview%5Baction%5D=groupedList&tx_x4ebjknowhow_organization_overview%5Bcontroller%5D=Organization&cHash=d9e79a09d19019c7f9b5798fd74ecd6c
- Bundesamt für Sozialversicherungen. (2019). *IV-Statistik 2018*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Crone, E. A., & Dahl, R. E. (2012). Understanding adolescence as a period of social–affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews Neuroscience*, *13*(9), 636–650. <https://doi.org/10.1038/nrn3313>
- Der Schweizer Bundesrat. (2016). *Die Zukunft der Psychiatrie der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/postulat-zukunft-der-psychiatrie.html>
- Döllitzsch, C., Fegert, J. M., Künstler, A., Kölch, M., Schmeck, K., & Schmid, M. (2014). Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, *23*(3), 140–150. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000140>
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Erskine, H. E., Moffitt, T. E., Copeland, W. E., Costello, E. J., Ferrari, A. J., Patton, G., ... Scott, J. G. (2015). A heavy burden on young minds: The global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychological Medicine*, *45*(7), 1551–1563. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002888>
- Fegert, J. M., Hauth, I., Banaschewski, T., & Freyberger, H. J. (2017). Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *45*(1), 80–85. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000502>
- Fegert, J. M., Petermann, F., & Freyberger, H. J. (2015). Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *63*(3), 151–153. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000234>
- Fegert, J. M., Streeck-Fischer, A., & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2009). *Adoleszenzpsychiatrie: Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Foulkes, L., & Blakemore, S.-J. (2018). Studying individual differences in human adolescent brain development. *Nature Neuroscience*, *21*(3), 315–323. <https://doi.org/10.1038/s41593-018-0078-4>

- Fuhrmann, D., Knoll, L. J., & Blakemore, S.-J. (2015). Adolescence as a Sensitive Period of Brain Development. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(10), 558–566. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.07.008>
- Furman, W., Brown, B. B., & Feiring, C. (1999). *The Development of Romantic Relationships in Adolescence*. Cambridge University Press.
- Heiminfo.ch. (2019). *Heime und Institutionen in der Schweiz – Kanton Zürich, Kinder/Jugendliche*. Abgerufen von <https://www.heiminfo.ch/institutionen/>
- Inhelder, B., & Piaget, J. (1958). *The Growth Of Logical Thinking From Childhood To Adolescence: An Essay on the Construction of Formal Operational Structures*. Oxon: Routledge.
- Kanton Zürich Regierungsrat. (2019). *Zürcher Spitalliste 2012 Psychiatrie (Version 2019.2; gültig ab 1. Januar 2019)*. Abgerufen von https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten/psychiatrie.html#a-content
- Keating, D. P. (2004). Cognitive and Brain Development. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Hrsg.), *Handbook of Adolescent Psychology* (2. Aufl., S. 45–84). <https://doi.org/10.1002/9780471726746.ch3>
- Lambert, M., Bock, T., Naber, D., Löwe, B., Schulte-Markwort, M., Schäfer, I., ... Karow, A. (2013). Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, 81(11), 614–627. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1355843>
- Lehalle, H. (2006). Cognitive development in adolescence: Thinking freed from concrete constraints. In S. Jackson & L. Goosens (Hrsg.), *Handbook of adolescent development* (S. 71–89). Sussex: Psychology Press.
- Lüdtke, J., Boonmann, C., Dölitzsch, C., In-Albon, T., Jenkel, N., Kölch, M., ... Schmid, M. (2017). Komorbide Angststörungen bei Störungen des Sozialverhaltens. *Kindheit und Entwicklung*, 26(2), 100–109. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000221>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Pollak, E., Kapusta, N. D., Diehm, R., Plener, P. L., & Skala, K. (2017). Transitions- und Adoleszenzpsychiatrie in Österreich: Eine Pilotuntersuchung zur Sicht von Expert(innen). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 46(4), 325–335. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000559>
- Remschmidt, H. (1992a). *Adoleszenz: Entwicklung und Entwicklungskrisen im Jugendalter*. Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H. (1992b). *Psychiatrie der Adoleszenz*. Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H. (2013). Adoleszenz – seelische Gesundheit und psychische Krankheit. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(25), 423–424.
- Seiffge-Krenke, I. (2015). «Emerging Adulthood»: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 63(3), 165–173. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000236>
- Singh, S. P., Evans, N., Sireling, L., & Stuart, H. (2005). Mind the gap: The interface between child and adult mental health services. *Psychiatric Bulletin*, 29(8), 292–294. <https://doi.org/10.1192/pb.29.8.292>
- Stadt Zürich. (2019a). *Wohnen – Jugendliche / junge Erwachsene in Krisensituationen*. Abgerufen von https://www.stadt-zuerich.ch/content/dam/stzh/sd/Deutsch/neu/Schnelleinstieg/Wegweiser/Merkblaetter%20und%20Formulare/Wohnen/Wohnen_Jugendl_junge_Erwachsene_in_Krisensituationen.pdf

Stadt Zürich. (2019b). *Wohnen – Psychische Beeinträchtigung*. Abgerufen von https://www.stadt-zuerich.ch/content/dam/stzh/sd/Deutsch/neu/Schnelleinstieg/Wegweiser/Merkblaetter%20und%20Formulare/Wohnen/Wohnen_Psychische_Beeintraechtigung.pdf

Steinberg, L. (2007). Risk Taking in Adolescence New Perspectives From Brain and Behavioral Science. *Current Directions in Psychological Science*, 16(2), 55–59. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00475.x>

Steinhausen, H.-C., & Winkler Metzke, C. (2003). Prevalence of affective disorders in children and adolescents: Findings from the Zurich Epidemiological Studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(s418), 20–23. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.108.s418.5.x>

Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., ... Künzi, K. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.

von Wyl, A., Chew Howard, E., Bohleber, L., & Haemmerle, P. (2017). *Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016. (Obsan Dossier 62)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Zimmer-Gembeck, M. J., & Collins, W. A. (2003). Autonomy development during adolescence. In G. Adams & M. Berzonsky (Hrsg.), *Blackwell handbook of adolescence* (S. 175–204). Malden, MA: Blackwell Publishing.

Der Inhalt dieses Berichtes entspricht nicht zwangsläufig der Sichtweise der Auftraggeber.

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

Angewandte Psychologie

Pfingstweidstrasse 96
Postfach
CH-8037 Zürich

Telefon +41 58 934 83 10
Fax +41 58 935 83 10

E-Mail info.psychologie@zhaw.ch
Web zhaw.ch/psychologie