

**SGKJPP**

Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

**SSPPEA**

Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie  
d'Enfants et d'Adolescents

**SSPIA**

Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia  
Infantile e dell' Adolescenza

**PSY & PSY**

# Adoleszentenpsychiatrie

## Stellungnahme

### SSPPEA/SGKJPP

Februar 2012

Autoren:

Dr Hélène Beutler, Co-Präsidentin SGKJPP/SSPPEA

PD Dr Laurent Holzer, SUPEA Lausanne

Dr Hadmut Prün, KJPD Zürich

Prof. Dr Benno Schimmelmann, KJPD UPD Bern

<b>1. Adoleszentenpsychiatrie</b>	<b>3</b>
<b>2. Übergang von Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie</b>	<b>3</b>
2.1 Übergang in die Adoleszentenmedizin	3
2.2 das Problem des Übergangs in der Versorgung für seelische Gesundheit bei Adoleszenten	4
2.3 Übergang und Kooperative Übergangsprogramme	5
<b>3. Innovative, kooperative Behandlungsprogramme</b>	<b>5</b>
<b>4. Umfrageergebnisse und Lücken</b>	<b>7</b>
<b>5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen</b>	<b>7</b>

## **1. Adoleszentenpsychiatrie**

Die WHO-Definition grenzt Adoleszenz ungefähr auf den Altersabschnitt zwischen 10 und 19 Jahren ein. Etwas genauer ist Adoleszenz beschrieben durch die Entwicklungsperiode zwischen Kindheit und Erwachsenenalter, beginnend mit den pubertären Veränderungen bis hin zu der Übernahme von Erwachsenenrollen und –verantwortlichkeiten.

Adoleszentenpsychiatrie ist das Fach in der Psychiatrie, welches spezialisiert ist auf die Untersuchung, Diagnose, Behandlung und Prävention seelischer Erkrankungen von Adoleszenten und ihren Familien. Junge Leute haben spezifische psychische Gesundheitsprobleme und entwicklungsbedingte Bedürfnisse, welche sich von denjenigen von Kindern und Erwachsenen unterscheiden. Da Adoleszente eine aktive und kritische Entwicklungsphase durchlaufen, unterscheidet sich der diagnostische Ansatz und die Herangehensweise in der Behandlung seelischer Erkrankungen und emotionaler Störungen Adoleszenter notwendigerweise von der Herangehensweise bei Erwachsenen. Angesichts der Persönlichkeitsentwicklung während des Heranwachsens eines Adoleszenten muss ein Kinder- und Jugendpsychiater über ausgedehnte Kenntnisse der verschiedenen Stufen dieser Persönlichkeitsentwicklung verfügen. Adoleszentenpsychiatrie liegt in der Kernkompetenz der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Adoleszentenpsychiatrie bedarf einer integrierten Herangehensweise, welche potentiell beinhaltet: Einzel-, Gruppen- und /oder Familientherapie, Medikation und/oder Einbezug anderer Mediziner oder Fachpersonen aus Schule, Sozialämtern, Jugendgerichten oder anderen öffentlichen Einrichtungen. Kinder- und Jugendpsychiater sind vertraut mit der Arbeit in bestehenden Netzwerken mit Schulpsychologen, Lehrpersonen, sozialen Diensten, Erziehungseinrichtungen und Familien. Einige Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz reichen in das junge Erwachsenenalter hinein. Dieses bedeutet, dass der Übergang von der Adoleszenten- in die Erwachsenenpsychiatrie besonderer Aufmerksamkeit bedarf und dass Erwachsenenpsychiater diese adoleszenten Aspekte bei jungen Erwachsenen ebenfalls berücksichtigen müssen. Dementsprechend ist heute – international- das Konzept der Adoleszenz ausgeweitet auf eine breitere Altersspanne von z.B. 13- 21 (25) Jahren. Dieses wirft die Frage auf bezüglich Konzepten für den Übergang und auch bezüglich Kooperationsprogrammen und demzufolge hinsichtlich Verantwortlichkeit für diese Programme.

## **2. Übergang von Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie**

### **2.1 Übergang in die Adoleszentenmedizin**

Übergang bleibt ein wichtiges Thema, welches noch wenig beachtet ist in der aktuellen Versorgungsorganisation für seelische Gesundheit. Eine Parallele mit der Adoleszentenmedizin scheint für die psychiatrische Versorgung bedeutsam.

Übergang wurde definiert (Canadian Paediatric Society, 2007) (Paediatr Child Health Vol 12 No 9 November 2007; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2532861/>) als „zweckvolle, geplante Bewegung Adoleszenter mit chronischen medizinischen Belangen von einer kind-zentrierten hin zu einer erwachsenen-orientierten Gesundheitsversorgung“(1). Das Ziel des Übergangs ist es, eine Gesundheitsversorgung anzubieten, welche durchgängig ist, koordiniert, entwicklungsangemessen und psychologisch passend- vor und während des Übergangs Jugendlicher in das Erwachsenensystem. Der Erfolg des Übergangs ist sowohl durch den Prozess selbst bestimmt als auch durch die Interaktion Person-Umwelt.

Indem das Angebot für Jugendliche mit entwicklungsangemessenen Kenntnissen und Fertigkeiten erfolgt, hoffen wir, dass diese lernen, für sich selbst einzustehen, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen aufrecht zu erhalten, und die Gesundheitsdienste auch im Erwachsenenalter zu nutzen.

Die Gesellschaft für Adoleszentenmedizin stellt fest, dass „alle Individuen – sei es, dass sie Grundversorgung erhalten oder tertiäre Versorgung - Angebote benötigen, welche ihrem Alter und ihrer Entwicklungsstufe angemessen sind“ (2003). Ziele der Gesundheitsversorgung sollten beinhalten:

- Einbezug des Adoleszenten in das Management der gesundheitlichen Belange
- Verständnis der gesundheitlichen Belange durch den Adoleszenten und die Familie
- Kenntnis des persönlichen Potentials für Aktivität, Erziehung, Erholung und Ausbildung;
- Vervollständigung der adoleszenten Entwicklungsaufgaben; und Aufrechterhalten von Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen.

In der Schweiz gibt es eine Gesellschaft für Adoleszentenmedizin (SGGA/ ASSA). Ihre Ziele sind es, das Wissen um spezifische adoleszentäre Gesundheitsprobleme zu verbessern (z.B. sexuelles Verhalten, sexuell übertragene Erkrankungen, chronische Erkrankungen des Kindesalters) sowie die Fertigkeiten der im Gesundheitssystem Tätigen im Umgang mit den spezifischen Bedürfnissen Adoleszenter zu verbessern (z.B. Vertraulichkeit, Informationsvermittlung, Partnerschaftlichkeit). Ausserdem wird darüber diskutiert, die obere Altersgrenze der in der Pädiatrie Behandelten von 16 auf 18 Jahre auszudehnen.

Zusammengefasst bieten Gesellschaften für Adoleszentenmedizin international und teilweise auch in der Schweiz Leitlinien und Empfehlungen für Adoleszentenmedizin und Konzepte für den Übergang von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin an, bzw. sind im Begriff, diese zu entwickeln.

## **2.2 Das Problem des Übergangs in der Versorgung für seelische Gesundheit bei Adoleszenten**

Traditionellerweise nimmt die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Vergleich zur Erwachsenenpsychiatrie seelische Gesundheitsprobleme weniger diagnosezentriert wahr und mehr entwicklungsorientiert und kontextbezogen. Daher bietet sie entwicklungsangemessene Versorgung an, mit gewichtigem Einbezug der Eltern in Entscheidungen (nicht nur infolge gesetzlicher Verpflichtung) sowie auch in bedeutsamer Weise in die Behandlung, und bietet Psychotherapie in einem multidisziplinärem Team an. Erwachsenenpsychiatrie ist traditionellerweise mehr patientenfokussiert, stützt sich hierbei auf autonome und unabhängige Fertigkeiten des Empfängers ab und weist weniger interdisziplinäre Ressourcen auf.

Im Hinblick auf den Übergang im Versorgungssystem für seelische Gesundheit ist es erwähnenswert, dass die meisten psychiatrischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen häufig im Jugendalter beginnen. Daher ist ein erfolgreicher Übergang wegweisend für einen bestmöglichen Verlauf. Von der Adoleszentenmedizin können wir lernen, dass Leitlinien und Empfehlungen für den Übergang hilfreich wenn nicht notwendig sind.

Besonders müssen die Kinder- und Jugendpsychiater und Erwachsenenpsychiater beim Übergang der Gesundheitsversorgung für seelische Erkrankungen zusammen arbeiten und ihr Wissen teilen (z.B. hinsichtlich altersspezifischer Psychopathologie, Entwicklungsanforderungen, Psychopharmako-

therapie, sozialer und erzieherischer Besonderheiten bei Adoleszenten), um den Bedürfnissen psychisch erkrankter Adoleszenter gerecht zu werden.

### 2.3 Übergang und Kooperative Übergangsprogramme

Übergang ist ein herausforderndes Thema, da er in einer kompletten Änderung des Behandlungssettings resultiert, und erfordert, Vertrauen in neue und unbekannte Behandler zu fassen sowie die alten zu verlassen, und manchmal auch die Akzeptanz chronischer verlaufender Erkrankungen mit sich bringt. Das Risiko von Diskontinuität in der Behandlung und im Follow up ist bedeutsam während des Übergangsprozesses. Die Hauptziele jeglicher kooperativer Übergangsprogramme sollten folgende Empfehlungen der Adoleszentenmedizin berücksichtigen (AH 07-01):

Kooperative Übergangsprogramme wurden entwickelt, um Behandlungskontinuität und die Verständigung zwischen Fachleuten der Adoleszentenpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie zu erleichtern. Die Koordination mit erwachsenenpsychiatrischen Diensten ist ein herausforderndes Thema während der Übergangsperiode. Das kinder- und jugendpsychiatrische Team, welches sich um den Adoleszenten häufig lange Zeit gekümmert hat, ist infolge des etablierten Vertrauens und des Wissens um die individuellen und fallspezifischen Bedürfnisse des Patienten am besten geeignet und ist verantwortlich, die Übergangsbehandlung zu initiieren, zu unterstützen und zu gestalten (Paone 2006).

Nebst dem Übergang vom Kinder- und Jugendpsychiater zum Erwachsenenpsychiater/-Psychotherapeuten ist die Zusammenarbeit und der Übergang innerhalb der beiden jeweiligen psychosozialen Netzwerke wichtig, und rechtliche Belange müssen ebenfalls bedacht werden.

Zwei Arten von Kooperationsprogrammen während der Übergangsperiode können erwogen werden:

- 1.) Einen spezifischen Übergangs- Service entwickeln, mit dafür bestimmten und trainierten Gesundheitsdienst- Fachpersonen, mit dem Ziel, kinder- und jugendpsychiatrische multidisziplinäre Teams zu unterstützen und auszubilden, welche Jugendliche bis 18 Jahre behandeln, indem dieser Dienst das Handwerkszeug und die Ressourcen anbietet, welche für eine entwicklungsangemessene Übergangsplanung und eine koordinierte Versorgung im Übergang zum Erwachsenensystem erforderlich sind.
- 2.) Alternativ dazu gibt es kein spezialisiertes Übergangsteam, Adoleszentenpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie entwickeln jedoch ein besonderes Übergangsprocedere, angelehnt an die o.g. Prinzipien, und stimmen diesem zu.

### 3. Innovative, kooperative Behandlungsprogramme

Neben Kooperationsprogrammen für den Übergang, welche die beiden benachbarten psychiatrischen Fächer (Kinder- und –Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie) wesentlich miteinander verbinden, könnten Gesundheitsdienste für junge Leute, welche sich auf spezifische Erkrankungen oder ein breiteres Spektrum von psychischen Erkrankungen beziehen, überlegt werden.

Beispiele solcher spezifischer Programme sind das Early Psychosis Prevention and Intervention Center (EPPIC; <http://www.eppic.org.au/>) in Australien oder ein ähnliches Programm in Hamburg, Germany (PEDIC, <http://www.uke.de/kliniken/psychiatrie/downloads/klinik-psychiatriepsychotherapie/Download.Flyer-PEB.pdf>), welche spezifisch Untersuchung und Behandlung Adoleszenter und junger Erwachsener mit psychotischer Ersterkrankung anbietet (Alter 14 bis 25/28 Jahre). **Head space** (<http://www.headspace.org.au/what-works>) stellt ein australisches Netzwerk von Fachleuten

aus Gesundheitsdiensten für seelische Erkrankungen junger Menschen dar; darin eingeschlossen ist die Gründungsorganisation, the **Orygen Youth Health** in Melbourne (<http://oyh.org.au/>) welches ein Angebot für Adoleszente und junge Erwachsene mit Depression, Angsterkrankungen und Persönlichkeitsschwierigkeiten namens **youthscope** (<http://cp.oyh.org.au/ClinicalPrograms/youthscope>) beinhaltet. Diese innovativen Programme sind mehr oder weniger getrennt von den üblichen Gesundheitsdiensten für seelische Erkrankungen (EPPIC, Orygen, Head Space, Youthscope) oder explizit Kooperationsprogramme der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Erwachsenenpsychiatrie (PEDIC oder das Heidelberger Frühbehandlungszentrum für psychische Krisen, **FBZ**, <http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Fruhbehandlungszentrum-fuer-junge-Menschen.118358.0.html>).

**Potentielle Vorteile spezifischer Programme** (z.B. für Patienten mit Psychosen) sind:

- Umfassende, spezifisch zugeschnittene Programme für spezifische Syndrome wie z.B. Psychosen werden Patienten durch motivierte und speziell ausgebildete Fachleute vermittelt, was potentiell zu einer höheren Behandlungsqualität führt im Vergleich zu „Behandlung wie üblich“.
- Bessere Behandlungskontinuität und potentiell leichter Zugang zur Behandlung für Patienten im typischen Altersspektrum der Erstmanifestation der Erkrankung.
- Wechselseitige Bereicherung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie (sofern das Programm kooperativ angelegt ist), einschliesslich wechselseitiger Nutzung von und Kooperation innerhalb von Netzwerken.
- Gemeinschaftliche Entwicklung von Früherkennung und Frühbehandlung ebenso von Ausbildung und von Antistigmatprogrammen in der Öffentlichkeit oder innerhalb von Zielgruppen (wie Schulpsychologen, Lehrpersonen, Sozialarbeitern, etc.) einschliesslich einer ausführlichen Medienpräsentation.
- Viel bessere Durchführbarkeit von klinischer Forschung zur Verbesserung der Entdeckungs- und Behandlungstechniken.
- Falls das Programm erfolgreich in der Prävention der Erkrankung selbst oder in der Verhinderung eines chronischen Krankheitsverlaufs ist, kann es möglicherweise Gesundheitskosten bei seelischen Erkrankungen sparen.

**Potentielle Nachteile spezifischer Programme könnten sein** (falls unangemessen ausgerichtet):

- Patienten mit einer weniger klaren Diagnose/ einem weniger klaren Syndrom könnten eine zu spezifische Behandlung erhalten, während andere Bedürfnisse der persönlichen Entwicklung und Heilung vernachlässigt werden. Ausserdem besteht ein mögliches Risiko, Syndrome zu früh zu benennen, was zur Identifikation mit der Diagnose und ihrem Verlauf führt.
- Falls diese Programme zu getrennt von den üblichen Gesundheitsdiensten sind oder falls das Programm nur eine bestimmte Behandlungszeit abdeckt (z.B. bietet EPIC lediglich eine 18monatige Behandlung), könnte sich der Übergang oder die Behandlungskontinuität verschlechtern für diejenigen Patienten, welche sich in die Programme hinein- und aus diesen herausbewegen.
- Falls das Ziel einer verbesserten Behandlungsqualität nicht erreicht wird, könnte das Programm zu Unrecht Ressourcen aus dem allgemeinen Versorgungssystem für seelische Gesundheit abziehen.
- Spezialisierung könnte Ausbildung und Training behindern und eventuell die Behandlungsqualität verschlechtern, sofern kein wechselseitiger Austausch von Wissen und Erfahrung zwischen den Spezialisten und den Generalisten erfolgt.

Die eher allgemein ausgerichteten Programme (Youthscape, Head Space, FBZ) haben auch Syndrom- spezifische Behandlungsoptionen. Daher treffen die oben genannten Vorteile auch zu. Hierdurch nimmt das Risiko eines zu engen Behandlungsplans ab; dennoch steigt das Risiko der Behandlungsdiskontinuität zwischen dem allgemeinen Behandlungsprogramm und der angrenzenden „üblichen“ Gesundheitsversorgung seelischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen und Erwachsenen durch das Einbringen eines dritten eigenständigen Gesundheitsdienstes für seelische Erkrankungen.

Schliesslich kann ein Zuwachs an Behandlungsqualität kaum erreicht werden, sofern diese potentiell innovativen Programme nicht das Wissen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie mit einschliessen. Sofern Kinder- und Jugendpsychiater und Erwachsenenpsychiater kooperieren, kann es eine Herausforderung sein, eine gemeinsame Sprache zu finden und angemessene Behandlungsstandards zu definieren, welche das Know-how von beiden Disziplinen integrieren, und die Entscheidung über die Leitung kann eine Herausforderung darstellen.

#### **4. Umfrageergebnisse und Lücken**

Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz hat eine lange Tradition und nennenswertes Wissen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Doch, im Gegensatz zur Wohlhabenheit des Landes und der Tatsache eines der weltweit besten Gesundheitssysteme, halten nicht alle Kantone die erforderlichen Settings und Ressourcen vor zur angemessenen Behandlung seelisch kranker Adoleszenten, insbesondere nicht hinsichtlich stationärer Behandlung, Notfallbehandlung und Forensik. Darüber hinaus sind gute Übergangs-Prozesse nicht etabliert und nationale Empfehlungen und Leitlinien für einen guten Übergang fehlen.

15 von 24 Diensten (63%) nahmen an der Umfrage teil. 9 der 15 teilnehmenden Dienste sahen sich selbst als verpflichtet an, Jugendliche auf ihren Stationen aufzunehmen, obwohl die meisten Dienste hierzu durch kantonale Stellen nicht offiziell verpflichtet sind. Alle Dienste behandeln Jugendliche ambulant, einige (keine genauen Zahlen erhältlich) gaben an, dass sie Adoleszente über 18J. behandeln. Von 15 Kantonen haben 13 (87%) Stationen für Jugendliche. Doch bieten nur 9 (60%) stationäre Behandlung für Jugendliche in akuten Krisen an, weitere 4 Kantone kooperieren bei akuten Krisen mit anderen Jugendlichenstationen und 2 Kantone schicken Jugendliche in akuten Krisen nur in die Erwachsenenpsychiatrie. Von denjenigen, welche akute und elektive stationäre Behandlung anbieten, werden im Grossen und Ganzen über 90% der jugendlichen Patienten im jeweiligen Einzugsgebiet versorgt, und lediglich unter 10% werden an Dienste für Erwachsene gewiesen. Dennoch muss festgehalten werden, dass (1) nur 7 von 24 Diensten diese Zahlen vollständig zur Verfügung stellten und (2) diese Zahlen nur geschätzt sind. 10 von 15 Diensten (67%) haben irgendeine Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie für spezielle Patienten oder Risikogruppen (Sucht, Autismus, Psychose, Kinder psychisch kranker Eltern); 4 Dienste (27%) haben keine Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie. Es scheint kein Konzept für den Übergang in irgendeinem der 15 Dienste zu geben.

#### **5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen**

Da die Entwicklungsbesonderheiten Jugendlicher spezifische Aufmerksamkeit und spezifisches Wissen in der Behandlung erfordern, wurde die Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigene Spezialität in der Schweiz und in vielen anderen europäischen Ländern vor ungefähr 100 Jahren gegründet und arbeitet erfolgreich mit dieser Altersgruppe.

Dennoch: 1) Es bieten noch nicht alle Kantone Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den Ressourcen an, um Jugendliche zu behandeln. 2) Der Übergang zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie ist generell nicht gut genug organisiert. 3.) Die Prävention psychischer Erkrankungen, obwohl ein Teil der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ist ein kooperativ anzugehendes Thema, welches die Perspektive der gesamten Lebensspanne und somit das Know-how beider Disziplinen erfordert.

1. Mindestens bis zum Erreichen des 18. Lebensjahrs sollten Kinder und Jugendliche psychiatrisch durch Kinder- und Jugendpsychiater behandelt werden.
2. In Gegenden, wo ein kinder- und jugendpsychiatrischer Dienst für Jugendliche noch nicht besteht, sollte das Angebot aufgebaut werden. Verschiedene Kantone könnten zusammen arbeiten, um dieses zu gewährleisten. Ausserdem könnten Kinder- und Jugendpsychiater ihr stationäres Angebot (insbesondere die Notfallversorgung) in Kliniken für Kinderheilkunde oder für Erwachsenenpsychiatrie integrieren, jedoch sollten solche Stationen unter kinder- und jugendpsychiatrischer Leitung stehen.
3. Neben innovativen Programmen innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sollten Kooperationsprogramme erwogen werden, welche die Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter speziellen Bedingungen anbieten, nämlich z.B. für spezifische Syndrome oder Behandlungstechniken. Die Voraussetzung ist, dass beide Disziplinen, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie, die Leitung teilen und ihre Patienten innerhalb solcher Programme gemeinsam behandeln. Personen, welche spezialisiert sind, bringen ihr Know-how in ihre eigene Institution ein.
4. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte in sozialen Netzwerken und Forschungsnetzwerken vertreten sein, dem Umstand Rechnung tragend, dass die gesamte Lebensspanne jeweils berücksichtigt werden muss, und um die beste Art der psychiatrischen Versorgung für alle psychisch Kranken zu gewährleisten.
5. Hinsichtlich Konzepten für den Übergang favorisiert die Taskforce eine Konzeptualisierung und Verabschiedung von Standards für den Übergang zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie und hält ein spezifisches „Übergangs“-Team in den meisten Fällen für weder praktikabel noch notwendig.
6. Um das Wissen in der Behandlung Adoleszenter zu verbessern -und auch im Hinblick auf den Übergang zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie- könnten Personen in Schlüsselpositionen aus beiden Disziplinen Qualitätszirkel und Fallkonferenzen durchführen, welche sich mit Fragen der Behandlung und der Kooperation beschäftigen würden.
7. Die Fortbildung der Kinder- und Jugendpsychiater sollte, wo notwendig, optimiert werden, indem spezielle Fertigkeiten in der Behandlung Adoleszenter systematisch gelehrt werden.