

Lost in transition?

Versorgung psychischer Erkrankungen am Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter als besondere Herausforderung für die Erwachsenenpsychiatrie

Autorin und Autor:
Sabine Loos, Thomas Becker



Zusammenfassung Entgegen dem Wissen zur Bedeutung der Behandlungskontinuität bei fortgesetzter Behandlungsnotwendigkeit ist ein Rückgang der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen bei psychischen Erkrankungen in der Altersgruppe der 15–25-Jährigen festzustellen. Der Aufsatz gibt einen Überblick über die aktuelle Versorgungssituation und Probleme an der Schnittstelle von Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie anhand empirischer Befunde. Zum Abschluss werden einige daraus resultierende Konsequenzen für Praxis und Forschung diskutiert.

Psychische Erkrankung im jungen Erwachsenenalter

Die Krankheitslast durch im Kindes- und Jugendalter beginnende psychische Erkrankungen und daraus resultierenden möglichen Langzeitfolgen sind bedeutsam und steigen [1]. Wenn man das Ersterkrankungsalter der meisten chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen betrachtet, fällt dies in die Altersspanne zwischen 12 und 24 Jahren [2]. In Deutschland wird die Prävalenzrate psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen auf 17,6% geschätzt [3], Persistenzraten liegen bei etwa 50% [4, 5]. Während der letzten zehn Jahre nahmen stationäre Behandlungen in Deutschland bei den 15–25-Jährigen deutlich zu [6]. Die am häufigsten behandelten Störungsbilder in der Altersgruppe der 15–20-Jährigen sind dabei den Kategorie F8 (Entwicklungsstörungen) und F9 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) der ICD-10 zuzuordnen. Diese Kategorien finden sich jedoch kaum noch in der Altersgruppe der 20–25-Jährigen. Diese große Diskrepanz in den stationären Behandlungsraten in Bezug auf die Störungsgruppen führen die Autoren als Hinweis darauf an, dass die sektorale Trennung von medizinischer Leistungserbringung in Deutschland mit dem Erreichen des 18. Lebensjahres eine systembedingte Schnittstelle erzeugt, die eine einfache Weiterbehandlung erschwert [6].

Eine schlechte psychische Gesundheit in diesem besonders wichtigen Lebensabschnitt ist assoziiert mit immensen gesundheitlichen, entwicklungsbedingten, aber auch ökonomischen Folgen, wie z.B. ein niedrigeres Ausbildungsniveau, schlechtere Berufsaussichten und eine erhöhte Rate an Substanzmissbrauch [2]. Viele psychische Erkrankungen, die bereits im Kindes- und Jugendalter auftreten, könnten jedoch auf diese Lebensspanne begrenzt werden und sogar remittieren, wenn sie frühzeitig erkannt und behandelt würden [7]. Krankheitsbilder, die über das 18. Lebensjahr hinaus der Behandlung bedürfen, sind z.B. juvenile Psychosen, Angst- und Zwangsstörungen, Essstörungen, Autismusspektrumstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen sowie beginnende Persönlichkeitsstörungen [8]. Behandlungskontinuität ist daher ein entscheidender Faktor für die Prognose von Krankheitsverläufen [9, 10].

Transition in der pädiatrischen Krankenversorgung und Forschung

In der pädiatrischen Forschung sind junge Erwachsene mit besonderem Versorgungsbedarf als eine wichtige Zielgruppe für die qualitätsgesicherte Behandlung schon seit Beginn der 1990er-Jahre im Blickpunkt [11–13]. Hier gibt es bereits eine breitere, empirische Basis von Studienergebnissen zu unterschiedlichsten Themenbereichen: qua-

litative Befunde zur subjektiven Sichtweise Betroffener und anderer am Prozess beteiligter Akteure [14], Befunde zur Entwicklung und Validierung von Messinstrumenten zur Beurteilung der Transitionsbereitschaft junger Patienten [15], unterschiedliche Modelle transitionsbezogener Versorgung [16] sowie Studien zur Entwicklung und Evaluation konkreter Interventionen für die Altersgruppe [17]. Eine Übersichtsarbeit nennt vielversprechende Ansatzpunkte für solche gezielten Interventionen: Zum einen sind die Patienten selbst und ihre Ressourcen und Skills zu nennen (Beispiele: störungsspezifische, psychoedukative Programme oder generische Fertigkeitentrainings), zum anderen die Behandler (z.B. Transitionskoordinatoren oder gemeinsame, fächerübergreifende Klinikangebote) oder spezielle Dienstleistungsangebote (z.B. spezielle Kliniken und [Telefon-]Sprechstunden für Adolleszente). Auch in Deutschland gibt es inzwischen mehr Interventionsforschung auf dem Gebiet der Pädiatrie im Vergleich zur Kinder- und Jugendpsychiatrie [18, 19]. Als Beispiel ist zum einen die Entwicklung und Evaluierung einer eigenständigen Transitionsschulung für Jugendliche mit Typ-1-Diabetes, Mukoviszidose und chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen zu nennen, die die Gesundheitskompetenz und das Empowerment bezüglich der Erkrankung fördert [20, 21]. Zum anderen gibt es das Berliner Transitionsprogramm (BTP) [22]. Es ist ein umfassendes, strukturiertes Programm,

das indikations- und regionsübergreifend auf struktureller Ebene ansetzt und ein kooperatives Fallmanagement zwischen Pädiatrie und Erwachsenenmedizin beinhaltet, u. a. mit strukturierten Transitionsgesprächen unter Beteiligung der verschiedenen, relevanten Parteien (inklusive der Angehörigen), standardisierten, epikritischen Dokumenten, gemeinsamen Sprechstunden und Fallkonferenzen.

Herausforderungen für das psychiatrische Hilfesystem

In diese Richtung sollte es auch in der psychiatrischen Versorgung und Versorgungsforschung gehen. Wir wissen, dass die Adoleszenz und das junge Erwachsenenalter eine kritische Phase im Hinblick auf die Ausbildung und Chronifizierung von psychischen Störungen darstellen, in der eine bestmögliche Versorgung gewährleistet sein sollte, auch, um Folgekosten zu verhindern [23]. Der Übergang in eine Anschlussversorgung von jungen Erwachsenen mit weiterem Behandlungsbedarf ab 18 Jahren ist jedoch bisher in der Psychiatrie weniger gut geregelt und erforscht [24]. Entgegen dem Wissen über die Relevanz der Behandlungskontinuität und dem zunehmenden Bedarf an Anschlussbehandlung auch im psychiatrisch/psychotherapeutischen Bereich zeigt sich eher ein Rückgang der Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen insbesondere mit dem Erreichen des 18. Lebensjahres [25, 26]. Über die Lebensspanne hinweg haben junge Erwachsene die niedrigste Rate an Zugang zu Gesundheitsversorgung weltweit im Vergleich zu anderen Altersabschnitten [1]. Doch selbst in höher entwickelten westlichen Industrieländern gelingt es nur unzureichend, eine (Weiter-)Behandlung zu gewährleisten [27]. Laut einer systematischen Übersichtsarbeit erhielt nur etwa ein Viertel der eingeschlossenen, internationalen Stichprobe junger Erwachsener mit fortgesetztem, psychiatrischem Behandlungsbedarf mit dem Erreichen des 18. Lebensjahres eine Anschlussbehandlung in der Erwachsenenpsychiatrie. Ein weiteres Viertel verblieb in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung, bei dem Rest lag eine unklare Weiterbehandlungssituation vor [28]. Was könnten nun mögliche Gründe für einen frühzeitigen Abbruch der Versorgung, einen misslungenen Transfer oder eine bewusste Entscheidung gegen eine professionelle (Weiter-)Behandlung vonseiten junger Erwachsener in diesem Alter sein?

Ein Hauptgrund ist sicher die Komplexität und die fragmentierte Organisation des Gesundheitssystems insbesondere für junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen an dieser Schnittstelle [29]. Sowohl ein Mangel an Wissen darüber, wohin man sich mit welchem Problem wenden sollte, als auch ein Mangel an niederschweligen, weniger formalisierten Hilfsangeboten, welche junge Menschen präferieren, erschweren die Suche [30]. Es werden auch Unterschiede in den »Behandlungsphilosophien« und der Arbeitspraxis zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie hervorgehoben, die möglicherweise eine effektive Zusammenarbeit behindern (familien- vs. individuumsorientierte Versorgung [31, 32]). Häufig gelingt eine aktive Weiterleitung von Patienten zwischen den beiden Systemen nicht [33]. Behandler scheitern häufig daran, Patienten aktiv zwischen den beiden Systemen weiterzuleiten, andererseits lehnen Patienten dies auch ab, zum Teil aus Ungewissheit darüber, was auf sie zukommt, zum Teil deswegen, weil sie sich auf neue Personen einlassen und »alles nochmal erzählen müssen« [33]. Spezifische, strukturierte Transferprogramme, die eine Überleitung anbahnen und ebnen könnten, sind selten und haben häufig mit logistischen und organisatorischen Hürden zu kämpfen [34].

Ein weiterer Grund sind häufig auch zu hohe Erwartungen an die Entscheidungs- und Handlungskompetenzen zur Übernahme von Eigenverantwortung für die Behandlung bei jungen Erwachsenen, die dann nicht erfüllt werden. Entwicklungspsychologisch betrachtet ist der Lebensabschnitt zwischen 18 und 30 Jahren häufig geprägt durch ein Gefühl des »Dazwischenseins« (nicht mehr Jugendlicher, aber noch nicht wirklich erwachsen), eine verlängerte Identitätsentwicklung, eine Instabilität im beruflichen und partnerschaftlichen Bereich, einen extremen Selbstfokus, es zeigen sich häufig heterogene Lebensverläufe, weniger festgelegte Verpflichtungen sowie eine (oft) fortgesetzte Behütung durch die Eltern [35]. Somit vollziehen sich in dieser Lebensphase des Umbruchs wichtige Weichenstellungen sowohl für den weiteren Lebensweg als auch für die psychische Gesundheit und die Weiterbehandlung psychischer Erkrankungen. Verglichen mit gesunden Gleichaltrigen müssen Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres neben der Erfüllung allgemeiner Entwicklungsaufgaben zusätzlich lernen, sukzessive mehr Eigenver-

antwortung für ihre psychische Stabilität zu übernehmen und die (Weiter-)Behandlung und Versorgung selbstständig zu organisieren [36]. Dies bedeutet eine kritische Phase und eine besondere Herausforderung für diese Personengruppe, um den möglicherweise bereits erreichten Behandlungserfolg nicht zu gefährden. Da der körperliche, psychische und soziale Entwicklungsstand in diesem Altersabschnitt interindividuell und geschlechtsbedingt sehr heterogen sein kann, sollte immer der Einzelfall betrachtet werden.

Darüber hinaus sind es aber auch persönliche Einstellungen, Erfahrungen und Motive, die ein aktives Hilfesuchverhalten mitbestimmen. Hierbei kann man auf Befunde einer inzwischen breiten qualitativen, internationalen Forschung zurückgreifen, wie junge Patienten und Behandler selbst die Versorgung an dieser Schnittstelle wahrnehmen und bewerten. Neben den unzureichenden Transferbemühungen und -angeboten aufseiten des Gesundheitssystems [31, 34, 37] werden auch subjektive Faktoren wie Stigma, Präferenz für Selbstbestimmung und Autonomie und ein mangelndes Bewusstsein für Krankheitssymptome als Ursachen für ein eingeschränktes Hilfesuchverhalten in dieser Altersgruppe ins Feld geführt [38]. Auch Prädiktoren wie Extraversion und mangelnde soziale Unterstützung wurden als bedeutsam insbesondere für das Hilfesuchverhalten identifiziert, beide Prädiktoren reduzieren Inanspruchnahme. Auch Stigma, insbesondere die Attribution psychischer Erkrankung als persönliche Schwäche, eine weniger positive Meinung über professionelle Helfer und die Präferenz für soziale Distanz führen zu weniger Hilfesuchverhalten bei jungen Menschen [30].

Qualitative Befragungen betroffener Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen zu ihrer Versorgungssituation, die in englischsprachigen Ländern durchgeführt wurden, zeigen einen Bedarf an verbesserter Koordinierung der Hilfsangebote und stärkerer Patienten-Behandler-Beziehung sowie an mehr Gruppenangeboten [39]. Bezüglich der Planung des Übergangs zwischen Behandlungssystemen sollten aus der Sicht Betroffener neben den krankheitsspezifischen Versorgungsbedürfnissen auch entwicklungsbedingte Probleme mehr Berücksichtigung finden (z. B. Themen wie die Änderung der Wohnsituation, die Berufswahl und das Bestreben nach Unabhängigkeit von Bezugspersonen [32]). Eine gestufte Vor-

bereitung, Übergangsplanungsgespräche, Phasen von paralleler Behandlung in beiden Systemen und Kontinuität zu einer Bezugsperson, die diesen Prozess begleitet, wurden ebenfalls als positiv bewertet [40]. Es wurden von Betroffenen weiterhin mehrere Barrieren für einen gelungenen Wechsel zwischen den Systemen identifiziert. Diese umfassen u.a. die Beendigung einer etablierten, vertrauensvollen, therapeutischen Beziehung, unterschiedliche Schwerpunkte der Behandlungsmodelle für Erwachsene vs. Jugendliche, den unterschiedlichen Reifungsgrad junger Erwachsener mit 18 Jahren und altersbedingte Probleme in der Therapieadhärenz [10].

Auch in Deutschland berichteten junge Menschen mit psychischen Problemen in einer qualitativen Untersuchung von einer »entmenschlichen Behandlung«, es fehle an Zuwendung, Empathie, Wärme, persönliche Bedürfnisse würden nicht gesehen [41]. Teilnehmer empfanden eine starke Systemabhängigkeit und wenig Mitspracherecht, die sie hilflos mache und die letztendlich oft zu einer Abkehr vom System führe. Auch befragte Behandler beschrieben eine zunehmend unzureichende Patientenzentrierung in ihrer Arbeit und weniger Flexibilität in ihren Handlungsspielräumen. Insbesondere Zeitmangel verhindere eine angemessene Auseinandersetzung mit der als sehr komplex empfundenen Fallarbeit in dieser spezifischen Altersgruppe [42].

Behandlungsangebote für diese Altersgruppe müssten alters-, geschlechter-, aber auch bedarfsgerecht gestaltet werden, um eine hohe Akzeptanz zu erreichen und effektiv zu sein [36]. Allerdings mangelt es bisher an solchen Angeboten für junge Erwachsene in der Phase des Übergangs [37, 43]. In einem gemeinsamen Eckpunktepapier der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde wird auch auf eine mangelnde Versorgungs- und Interventionsforschung hingewiesen [23].

angemessen gewerteten Studien, die die Effektivität unterschiedlicher Behandlungsmodelle untersuchen [43]. Die Maßnahmen zur Versorgung in diesem Bereich sind komplex und unser Wissen darüber, was wirkt, ist noch unzureichend.

Es gibt jedoch Hinweise für praktische Ansatzpunkte zur Verbesserung des bereits bestehenden Angebots. Es wäre angezeigt, dass eine stärkere Vernetzung der Strukturen zwischen beiden Disziplinen auch durch monetäre Anreize des Gesundheitssystems vorangebracht wird, um interdisziplinäre Barrieren bezüglich Kommunikation und Vorurteilen abzubauen. Dies könnte konkret durch eine engere, gemeinschaftliche Arbeit in Fallkonferenzen, Sprechstunden oder Qualitätszirkeln geschehen. Auch fächerübergreifend entwickelte und begleitend evaluierte Trainingsprogramme für Behandler könnten die Versorgung an dieser Schnittstelle in ihrer Qualität verbessern und sicherstellen, ähnlich wie z. B. das zweijährige Curriculum zum Transitionsmediziner an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in Cincinnati, Ohio (<https://www.cincinnatichildrens.org>). Thematische Schwerpunkte für ein solches Curriculum könnten u. a. entwicklungsbedingte und klinische Besonderheiten der Altersgruppe beinhalten, diagnostische Spezifika, aber auch die Schulung kommunikativer Fertigkeiten mit Blick auf die therapeutische Beziehungsgestaltung zur Stärkung der Motivation junger Patienten, sich weiter auf professionelle Behandlung einzulassen. Junge Patienten selbst könnten in ihrer Handlungs- und Gesundheitskompetenz gestärkt und unterstützt werden, indem sie auf diesen Übergang und die damit verbundenen komplexen Aufgaben- und Problemstellungen besser vorbereitet werden, so wie es bereits durch gezielte Patientenschulungen in der Pädiatrie geschieht. Auch der verstärkte Einbezug von Angehörigen in dieser Altersgruppe kann helfen, die Akzeptanz und die Übernahme von Verantwortung zu stärken.

Literatur

- 1 MCGORRY PD, GOLDSTONE SD, PARKER AG et al. (2014): Cultures for mental health care of young people: an Australian blueprint for reform. *Lancet Psychiatry* 1: 559–568. doi:10.1016/S2215-0366(14)00082-0
- 2 PATEL V, FLISHER AJ, HETRICK S et al. (2007): Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 369: 1302–1313. doi:10.1016/S0140-6736(07)60368-7

- 3 BARKMANN C, SCHULTE-MARKWORT M (2012): Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *J Cont Educ Nurs* 66: 194–203. doi:10.1136/jech.2009.102467
- 4 IHLE W, ESSER G (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychol Rundsch* 53: 159–169
- 5 RAVENS-SIEBERER U, ERHART M, GOSCH A et al. (2008): Mental health of children and adolescents in 12 European countries-results from the European KIDSCREEN study. *Clin Psychol Psychother* 15: 154–163. doi:10.1002/cpp.574
- 6 PLENER P, GROSCHWITZ RC, FRANKE C et al. (2015): Die stationäre psychiatrische Versorgung Adoleszenter in Deutschland. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 63: 181–186
- 7 PATTON GC, COFFEY C, ROMANIUK H et al. (2014): The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *Lancet* 383: 1404–1411. doi:10.1016/S0140-6736(13)62116-9
- 8 BLANKENBURG B, KÖLCH M, MEHLER-WEX C (2008): Bedarf für eine eigenständige Adoleszentenpsychiatrie und -psychotherapie. *Psychiatr Prax* 2008; 35: 216–218. doi:10.1055/s-2007-986329
- 9 ALPAY H (2009): Transition of the adolescent patient to the adult clinic. *Perit Dial Int* 29 Suppl 2: S180–S182
- 10 SINGH SP, EVANS N, SIRELING L et al. (2005): Mind the gap: the interface between child and adult mental health services. *Psychiatr Bull* 29: 292–294
- 11 CROWLEY R, WOLFE I, LOCK K et al. (2011): Improving the transition between paediatric and adult healthcare: a systematic review. *Arch Dis Child* 96: 548–553. doi:10.1136/adc.2010.202473
- 12 WHILE A, FORBES A, ULLMAN R et al. (2004): Good practices that address continuity during transition from child to adult care: synthesis of the evidence. *Child Care Health Dev* 30: 439–452. doi:10.1111/j.1365-2214.2004.00440.x
- 13 MUBANGA N, BAUMGARDNER DJ, KRAM JFF (2017): Health Care Transitions for Adolescents and Young Adults With Special Health Care Needs. Where Are We Now? *Journal of Patient-Centered Research and Reviews* 4: 90–95. doi:10.17294/2330-0698.1406
- 14 LUGASI T, ACHILLE M, STEVENSON M (2011): Patients' perspective on factors that facilitate transition from child-centered to adult-centered health care. A theory integrated metasummary of quantitative and qualitative studies. *J Adolesc Health* 48: 429–440. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.10.016
- 15 ZHANG LF, HO JSW, KENNEDY SE (2014): A systematic review of the psychometric properties of transition readiness assessment tools in adolescents with chronic disease. *BMC Pediatr* 14: 4. doi:10.1186/1471-2431-14-4
- 16 WATSON R, PARR JR, JOYCE C et al. (2011): Models of transitional care for young people with

Diskussion und Ausblick

Ob aus der dargestellten Versorgungssituation für junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen ein Bedarf zur Etablierung einer eigenständigen Adoleszentenpsychiatrie als neue Fachdisziplin besteht, kann kontrovers diskutiert werden [8]. Es gibt bisher einen Mangel an gut durchgeführten,

- complex health needs. A scoping review. *Child Care Health Dev* 37: 780–791. doi:10.1111/j.1365-2214.2011.01293.x
- 17 WHITE M, O'CONNELL MA, CAMERON FJ (2017): Clinic attendance and disengagement of young adults with type 1 diabetes after transition of care from paediatric to adult services (TRACeD). A randomised, open-label, controlled trial. *The Lancet Child & Adolescent Health* 1: 274–283. doi:10.1016/S2352-4642(17)30089-5
- 18 MENRATH I, ERNST G, SZCZEPANSKI R et al. (2018): Effectiveness of a generic transition-oriented patient education program in a multicenter, prospective and controlled study. *Journal of Transition Medicine* 0. doi:10.1515/jtm-2018-0001
- 19 MÜTHER S, FINDORFF J (2019): Berliner Transitionsprogramm. Sektorenübergreifendes Strukturprogramm für die Transition Jugendlicher mit chronischer Erkrankung. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00608-016-0348-x>; Stand: 01.04.2019
- 20 THYEN U, BOMBA F, MENRATH I et al. (2016): Patientenschulungen in der Transition. *Paediatr. Paedolog. Austria* 51: 30–35. doi:10.1007/s00608-016-0347-y
- 21 SCHMIDT S, HERRMANN-GARITZ C, BOMBA F et al. (2015): A multicenter prospective quasi-experimental study on the impact of a transition-oriented generic patient education program on health service participation and quality of life in adolescents and young adults. *Patient Educ Couns*. doi:10.1016/j.pec.2015.10.024
- 22 MOERS A VON, MÜTHER S, FINDORFF J (2018): Transition als dringliche und gemeinsame Aufgabe. *Monatsschr Kinderheilkd* 166: 733–743. doi:10.1007/s00112-018-0507-1
- 23 FEGERT JM, HAUTH I, BANASCHESKI T, FREYBERGER HJ (2016): Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie. Eckpunktepapier von DGKJP und DGPPN. https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2016/2016-06-23_Eckpunkte_Transitionspsychiatrie_der_Adoleszenz_und_des_jungen_Erwachsenalters_FINAL.pdf; Stand: 14.11.16
- 24 SINGH SP, TUOMAINEN H (2015): Transition from child to adult mental health services: needs, barriers, experiences and new models of care. *World Psychiatry* 14: 358–361. doi:10.1002/wps.20266
- 25 TAYLOR-RODGERS E, BATTERHAM PJ (2014): Evaluation of an online psychoeducation intervention to promote mental health help seeking attitudes and intentions among young adults: randomised controlled trial. *J Affect Disord* 168: 65–71. doi:10.1016/j.jad.2014.06.047
- 26 KAUER SD, MANGAN C, SANCI L (2014): Do online mental health services improve help-seeking for young people? A systematic review. *J Med Internet Res* 16: e66. doi:10.2196/jmir.3103
- 27 SINGH SP, PAUL M, FORD T et al. (2008): Transitions of care from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services (TRACK Study): a study of protocols in Greater London. *BMC Health Serv Res* 8: 135. doi:10.1186/1472-6963-8-135
- 28 APPLETON R, CONNELL C, FAIRCLOUGH E et al. (2019): Outcomes of young people who reach the transition boundary of child and adolescent mental health services. A systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. doi:10.1007/s00787-019-01307-7
- 29 SIGNORINI G, SINGH SP, BORICEVIC-MARSANIC V et al. (2017): Architecture and functioning of child and adolescent mental health services: a 28-country survey in Europe. *Lancet Psychiatry*. doi:10.1016/S2215-0366(17)30127-X
- 30 YAP MBH, REAVLEY N, JORM AF (2013): Where would young people seek help for mental disorders and what stops them? Findings from an Australian national survey. *J Affect Disord* 147: 255–261. doi:10.1016/j.jad.2012.11.014
- 31 MULVALE GM, NGUYEN TD, MIATELLO AM et al. (2016): Lost in transition or translation? Care philosophies and transitions between child and youth and adult mental health services: a systematic review. *J Ment Health* 6: 1–10. doi:10.3109/09638237.2015.1124389
- 32 MCLAREN S, BELLING R, PAUL M et al. (2013): Talking a different language: an exploration of the influence of organizational cultures and working practices on transition from child to adult mental health services. *BMC Health Serv Res* 13: 254. doi:10.1186/1472-6963-13-254
- 33 PAUL M, FORD T, KRAMER T et al. (2013): Transfers and transitions between child and adult mental health services. *Br J Psychiatry Suppl* 54: s36–s40. doi:10.1192/bjp.bp.112.119198
- 34 EMBRETT MG, RANDALL GE, LONGO CJ et al. (2016): Effectiveness of Health System Services and Programs for Youth to Adult Transitions in Mental Health Care: A Systematic Review of Academic Literature. *Adm Policy Ment Health* 43: 259–269. doi:10.1007/s10488-015-0638-9
- 35 SEIFFGE-KRENKE I, ESCHER FJ (2017): Delayed identity development, family relationships and psychopathology: Links between healthy and clinically disturbed youth. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 1–12. doi:10.1024/1422-4917/a000528
- 36 JONIKAS JA, LARIS A, COOK JA (2003): The passage to adulthood: psychiatric rehabilitation service and transition-related needs of young adult women with emotional and psychiatric disorders. *Psychiatr Rehabil J* 27: 114–121
- 37 DI REZZE B, NGUYEN T, MULVALE G et al. (2015): A scoping review of evaluated interventions addressing developmental transitions for youth with mental health disorders. *Child Care Health Dev* 42: 176–187. doi:10.1111/cch.12306
- 38 GULLIVER A (2015): A range of personality traits and health beliefs influence mental health help-seeking behaviour in young people. *Evid Base Nurs* 18: 117. doi:10.1136/eb-2014-102051
- 39 GILMER TP, OJEDA VD, LEICH J et al. (2012): Assessing needs for mental health and other services among transition-age youths, parents, and providers. *Psychiatr Serv* 63: 338–342. doi:10.1176/appi.ps.201000545
- 40 HOVISH K, WEAVER T, ISLAM Z et al. (2012): Transition experiences of mental health service users, parents, and professionals in the United Kingdom: a qualitative study. *Psychiatr Rehabil J* 35: 251–257. doi:10.2975/35.3.2012.251.257
- 41 LOOS S, WALIA N, BECKER T et al. (2018): Lost in transition? Perceptions of health care among young people with mental health problems in Germany: a qualitative study. *Child and Adolescent Psychiatry*, 12–41. doi:10.1186/s13034-018-0249-9
- 42 LOOS S, WALIA N, BECKER T et al. (2018): Lost in transition? Professional perspectives on transitional mental health services for young people in Germany. A qualitative study. *BMC Health Serv Res* 18: 649. doi:10.1186/s12913-018-3462-6
- 43 PAUL M, STREET C, WHEELER N et al. (2014/2015): Transition to adult services for young people with mental health needs: A systematic review. *Clin Child Psychol Psychiatry* 20: 436–457. doi:10.1177/1359104514526603

Korrespondenzadresse

Dr. Sabine Loos

*Sektion Prozess-Ergebnis-Forschung
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
Universität Ulm
Bezirkskrankenhaus Günzburg
Ludwig-Heilmeyer-Str. 2
89312 Günzburg
sabine.loos@uni-ulm.de*