



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

DER TRANSITIONSPORZESS FÜR JUNGE ERWACHSENE MIT PSYCHISCHEN ER- KRANKUNGEN

Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen
Grades Bachelor of Arts (B.A.)

Studiengang Soziale Arbeit (B.A.), 6. Semester

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Vorgelegt von Lena-Marie Radtke

Erstprüfer: Prof. Dr. Daniel Rottke

Zweitprüfer: Karsten Giertz, Master of Social Work

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2023-0513-1

16. AUGUST 2023

HOCHSCHULE NEUBRANDENBURG
Brodaer Straße 2, 17033 Neubrandenburg

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	2
1. Theoretische Grundlagen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Eingliederungshilfe	4
1.1. Begriffsbestimmungen	4
1.2. Rechtsgrundlagen	7
1.2.1. <i>Die Hilfen zur Erziehung in der Kinder- und Jugendhilfe</i>	8
1.2.2. <i>Die Eingliederungshilfe § 35a SGB VIII</i>	10
1.3. Das neue Kinder- und Jugendstärkungsgesetz.....	12
2. Lebensphase Adoleszenz	15
3. Das Versorgungssystem für junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen	20
3.1. Psychische Erkrankungen bei jungen Erwachsenen.....	20
3.1.1. <i>Unterscheidung Gesundheit und Erkrankung</i>	22
3.1.2. <i>Risiko- und Schutzfaktoren</i>	25
3.2. Risiken und Herausforderungen.....	30
3.3. Möglichkeiten und Chancen	33
4. Handlungsanforderungen und -möglichkeiten für die Soziale Arbeit	38
Fazit.....	42
Literaturverzeichnis.....	44

Einleitung

Ein Mensch muss im Laufe seines Lebens verschiedene Übergänge bewältigen, so zum Beispiel den Schulbeginn, den Auszug aus dem Elternhaus oder auch den Eintritt in das Rentenalter. Diese Entwicklungsphasen können sowohl Chancen als auch Risiken mit sich bringen. Vor allem der Übergang aus dem Jugend- in das Erwachsenenalter stellt besondere Entwicklungsherausforderungen, Veränderungen aber auch normative Gesellschaftsanforderungen an die jungen Erwachsenen.¹ Die Phase der Adoleszenz ist zudem besonders vulnabel. Viele psychische Erkrankungen entstehen bereits im Jugend- bzw. jungen Erwachsenenalter und können sich später zu schweren psychischen Störungen manifestieren.²

Dieser Übergangsprozess vom Jugend- in das Erwachsenenalter stellt junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen vor besondere Herausforderungen. Im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen könnten sie häufiger Entwicklungseinbrüche erleben, da ihnen das Anwenden sozialer Kompetenzen oder psychischer Bewältigungsstrategien möglicherweise schwerfällt. Somit erhöht sich zudem das Risiko, eine weitere psychische Störung zu entwickeln. Beim Aufwachsen in der Kinder- und Jugendhilfe erfolgt der Übergang in das Versorgungssystem für erwachsene Menschen. Dies beinhaltet auch einen Wechsel von Ansprechpartner*innen und Bezugspersonen sowie einen Übergang aus dem vertrauten Umfeld in ein neues Setting.³ Dieser Übergang wird in der Fachliteratur oft mit dem Begriff „Transition“⁴ bezeichnet und meint „die gezielte Begleitung des Transitionsprozesses im Sinne einer Koordination der Anbieter und Sicherung der Versorgungskontinuität auf dem Weg von der jugendlich- hin zur erwachsenenorientierten Versorgung“⁵. Daraus entsteht für das (psychiatrische) Hilfesystem die Herausforderung, eine optimale Gestaltung und Lösung für junge Erwachsene während des Übergangs zu finden und gewährleisten zu können.⁶ Diese psychosoziale Versorgung beim Übergang junger Erwachsener mit psychischen Erkrankungen aus dem Kinder- und Jugendhilfesystem in das Hilfesystem für erwachsene Menschen soll in der Bachelorarbeit thematisiert werden. Aus diesem Erkenntnisinteresse leitet sich folgende Fragestellung ab:

Wie korrespondieren theoretische Annahmen zum Übergang aus der Kinder- und Jugendhilfe in die Eingliederungshilfe mit der Praxis der psychosozialen Versorgung junger Erwachsener mit psychischen Erkrankungen?

¹ Vgl. Fegert et al. 2021: 2.

² Vgl. Fegert, Hauth, Banaschewski, Freyberger 2017: 80.

³ Vgl. Fegert et al. 2021: 2 f.

⁴ Fegert et al. 2021: 3.

⁵ Fegert et al. 2021: 3.

⁶ Vgl. Fegert, Hauth, Banaschewski, Freyberger 2017: 81.

Die vorliegende Arbeit widmet sich dem Thema „Der Transitionsprozess für junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen“ und setzt sich zum Ziel, die Herausforderungen, Risiken und Chancen dieses Übergangs zu beleuchten. Dabei werden sowohl theoretische Grundlagen als auch praktische Handlungsanforderungen für die Soziale Arbeit untersucht.

Im ersten Teil der Arbeit werden die theoretischen Grundlagen erörtert, die für das Verständnis des Transitionsprozesses von zentraler Bedeutung sind. Hierbei werden Begriffsbestimmungen geklärt und die Rechtsgrundlagen beleuchtet, die den Übergang von der Jugend- zur Erwachsenenphase regeln. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf dem neuen Kinder- und Jugendstärkungsgesetz, welches jüngst in Kraft getreten ist und maßgeblich die Lebensphase der Adoleszenz beeinflusst.

Die Adoleszenz als eigenständige Lebensphase bildet den Schwerpunkt des zweiten Teils der Arbeit. Hier werden die besonderen Herausforderungen und Entwicklungsaufgaben dieser Lebensphase herausgearbeitet, um das Verständnis für die spezifischen Bedürfnisse junger Erwachsener zu vertiefen.

Der dritte Teil widmet sich dem Versorgungssystem für junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen. Dabei werden psychische Erkrankungen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter analysiert und die Risiken und Herausforderungen in Bezug auf die Versorgung aufgezeigt. Gleichzeitig werden Möglichkeiten und Chancen beleuchtet, die eine angemessene Unterstützung für junge Erwachsene bieten können.

Im Anschluss werden im vierten Teil Handlungsanforderungen und -möglichkeiten für die Soziale Arbeit dargestellt. Hierbei liegt der Fokus darauf, in welcher Form die Soziale Arbeit dazu beitragen kann, den Transitionsprozess für junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen erfolgreich zu gestalten und eine bedarfsgerechte Unterstützung zu gewährleisten.

Abschließend rundet das Fazit die Arbeit ab und fasst die wichtigsten Erkenntnisse zusammen. Es wird aufgezeigt, welche Konsequenzen die Ergebnisse der Arbeit für die Praxis der Sozialen Arbeit haben und welchen Beitrag sie zur Verbesserung der Übergangsprozesses für junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen leisten kann. Die vorliegende Arbeit trägt somit dazu bei, das Bewusstsein für die Herausforderungen psychisch erkrankter junger Erwachsener im Allgemeinen und im Übergangsprozess zu schärfen sowie Handlungsimpulse für die Soziale Arbeit zu geben. Sie richtet den Fokus auf eine bedarfsgerechte Unterstützung und eine Stärkung der Versorgungsstrukturen, um junge Erwachsene in ihrer psychischen Gesundheit zu fördern und ihnen den Weg zu einem gelingenden Übergang ins Erwachsenenalter zu erleichtern.

1. Theoretische Grundlagen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Eingliederungshilfe

Das vorliegende Kapitel widmet sich den theoretischen Grundlagen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Eingliederungshilfe. Zunächst werden innerhalb dieses Kapitels die Bezeichnungen *junge Erwachsene* und *Behinderung* umfassend erläutert. Die Definition des Behinderungsbegriffs umfasst auch *seelische Störungen* und *seelische Behinderungen*, um die Vielfalt der individuellen Bedürfnisse und Herausforderungen in den Blick zu nehmen. Eine fundierte Kenntnis dieser Begriffe bildet die Grundlage für das weitere Verständnis der Arbeit. Im weiteren Verlauf werden die Rechtsgrundlagen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Eingliederungshilfe behandelt. Insbesondere wird auf § 35a des Achten Sozialgesetzbuches (SGB VIII) eingegangen, der die Eingliederungshilfe für junge Menschen mit Behinderungen regelt.⁷ Abschließend wird auf das neue Kinder- und Jugendstärkungsgesetz eingegangen, das jüngst verabschiedet wurde und einen bedeutsamen Schritt in Richtung einer umfassenden Stärkung und Verbesserung der Lebenssituation junger Menschen darstellt.⁸

1.1. Begriffsbestimmungen

Im Laufe dieser Arbeit werden verschiedene Begriffe verwendet, die ohne genauere Definition verwechselt oder falsch interpretiert werden könnten. Um den weiteren Verlauf besser nachvollziehen zu können, sollen demzufolge einige Formulierungen und Bezeichnungen kurz definiert und erläutert werden.

Eine der fundamentalen Begriffsbestimmung ist die der *jungen Erwachsenen*. Durch die unterschiedliche Verwendung der Begrifflichkeit in den verschiedenen Gesetzesbüchern, kommt es immer wieder zu Unstimmigkeiten in der Bestimmung der Personengruppe.⁹ Demnach werden nach § 7 SGB VIII *junge Personen* nach dem Erreichen ihrer Volljährigkeit als „junge Volljährige“¹⁰ bezeichnet. Das Jugendstrafrecht fasst diese als „Heranwachsende“¹¹ zusammen, wohingegen das Aufenthaltsrecht sowie das Grund sicherungsrecht Bezeichnungen wie „junge Erwachsene“¹² verwenden. Auch wird die

⁷ Vgl. § 35a Das Achte Buch Sozialgesetzbuch – Kinder und Jugendhilfe – in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. September 2012 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2824; 2023 I Nr. 19) geändert worden ist.

⁸ Vgl. Wiesner 2022: 503 f.

⁹ Vgl. Meysen, Schönecker, Wrede 2020: 9.

¹⁰ § 7 Nr. 3 SGB VIII

¹¹ § 1 Abs. 2 Jugendgerichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. Dezember 1974 (BGBl. I S. 3427), das zuletzt durch Artikel 21 des Gesetzes vom 25. Juni 2021 (BGBl. I S. 2099) geändert worden ist.

¹² § 44 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 Aufenthaltsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. Februar 2008 (BGBl. I S. 162), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 20. April 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 106) geändert worden ist.

Formulierung „Kind“¹³ gebraucht, beispielsweise wenn das Verhältnis zu den Eltern thematisiert wird oder im zivilrechtlichen Unterhaltsrecht, wenn es um „volljährige unverheiratete Kinder“¹⁴ geht. Ähnliche Unterschiede finden sich in wissenschaftlichen Diskursen. So werden in der UN-Kinderrechtskonvention Menschen, die unter 18 Jahre alt sind als *Kinder* bezeichnet¹⁵, während die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zwischen „Kindergesundheit und Gesundheitsproblemen beim jugendlichen und heranwachsenden Menschen im Alter von 12 bzw. 14 bis 24 Jahren“¹⁶ unterscheidet.

Mit den Jahren wurde in der Fachliteratur und der Wissenschaft immer häufiger der Begriff *Adoleszenz* als Synonym zum Jugendalter verwendet.¹⁷ Dieser wird im *Abschnitt 2.1. Adoleszenz* genauer betrachtet. Oftmals findet sich in diesem Zusammenhang der Begriff *Emerging Adulthood* wieder.¹⁸ Auch auf diesen soll detaillierter in Kapitel 2.1 eingegangen werden. Innerhalb dieser Arbeit werden viele der genannten Bezeichnungen verwendet und beziehen sich immer auf die Personengruppe der 17- bis 27-Jährigen, wenn nicht anders gekennzeichnet. Mit dem Begriff *Kind* sind alle jungen Menschen unter 17 Jahre gemeint. Die Verwendung *junge Menschen* meint sowohl minderjährige als auch junge erwachsene Personen.

Vor allem im Kontext verschiedener psychischer Erkrankungen, ihrer Entstehung und der rechtlichen Einordnung dieser in § 35a SGB VIII, ist es essentiell, den Behinderungsbegriff genauer zu betrachten sowie zwischen einer seelischen Behinderung und einer seelischen Störung zu unterscheiden. Die UN-Behindertenrechtskonvention definiert in Artikel 1, dass Menschen mit einer Behinderung „langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern“¹⁹. Die Präambel der Konvention verdeutlicht zusätzlich noch einmal, dass sich der Behinderungsbegriff im ständigen Wandel befindet und stetig weiterentwickelt und angepasst wird.²⁰ Aus der Behindertenrechtskonvention geht außerdem hervor, dass Behinderung nicht nur vom Menschen abhängt, sondern die Gesellschaft Barrieren analysieren muss, um Behinderungen verstehen zu können.²¹ Daneben werden Menschen in der Bundesrepublik Deutschland nach der geltenden Fassung des § 2

¹³ § 7 Abs. 3 Nr. 1 Das Zweite Buch Sozialgesetzbuch – Bürgergeld, Grundsicherung für Arbeitsuchende – in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2011 (BGBl. I S. 850, 2094), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 17. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 191) geändert worden ist.

¹⁴ § 1603 Abs. 2 S. 2 Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 14. März 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 72) geändert worden ist

¹⁵ Vgl. Fegert, Freyberger 2012: 11.

¹⁶ Fegert, Freyberger 2012: 11.

¹⁷ Vgl. Werner, Giertz, Wagner, Möller 2023: 17.

¹⁸ Vgl. Werner, Giertz, Wagner, Möller 2023: 17.

¹⁹ Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung 2018: 8.

²⁰ Vgl. Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung 2018: 5 f.

²¹ Vgl. Hirschberg 2011: 1 ff.

Abs. 1 SGB IX „als behindert definiert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“²².

Im Zusammenhang mit dieser Arbeit, welche den Fokus auf Menschen mit psychischen Erkrankungen setzt, ist eine genauere Betrachtung (*drohender*) *seelischer Behinderungen* notwendig. Einem Menschen kann eine *seelische Behinderung drohen*, wenn dieser Störungen aufweist, welche sich im Verlauf typischerweise verstärken oder chronifizieren. Außerdem wird davon ausgegangen, dass ein vermehrtes Aufkommen verschiedener seelischer oder kognitiver Schwierigkeiten bei einem Kind eher zu einer Behinderung führen kann. Ein letztes Behinderungsrisiko zeigt sich in der Problematik der Ausgrenzung und Ablehnung eines Kindes, welches daraufhin eine seelische Behinderung erfahren kann. Eine drohende seelische Behinderung kann immer nur durch eine prognostische Einschätzung festgestellt werden, welche davon ausgehen muss, dass die Behinderung mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreten wird.²³

Von einer *seelischen Behinderung* wird dann gesprochen, wenn „zum einen eine Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit vorlieg[t] und aus dieser Einschränkung [...] negative Folgen für die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für den jungen Menschen erwachsen“²⁴. Durch medizinische oder psychologische Untersuchungen lassen sich Abweichungen der seelischen Gesundheit feststellen. Anzeichen einer *seelischen Störung* ergeben sich daraus, dass die Betroffenen daran gehindert werden, an alterstypischen Aktivitäten des gesellschaftlichen Lebens teilzunehmen. Grund dafür ist in diesem Fall eine seelische Störung, die länger als sechs Monate von dem altersgemäßen Zustand abweicht. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn sich eine Fähigkeit zeitlich verzögert entwickelt oder keine altersentsprechende Qualität aufweist, wie es unter anderem beim Stottern zutrifft. Andererseits ist dies auch bei Fähigkeiten zu beobachten, die zu wenig oder zu exzessiv ausgeübt werden. Ein letztes Anzeichen einer seelischen Störung könnte die nicht sinngemäße oder funktionsgerechte Verwendung einer Fähigkeit sein.²⁵ Wurden daraufhin in der diagnostischen Untersuchung Einschränkungen diagnostiziert, so ist die Rede von einer seelischen Störung, welche ausschließlich nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision“²⁶ (ICD-10) der WHO festgestellt werden darf.²⁷

²² Moos, Müller 2007: 22.

²³ Vgl. Moos, Müller 2007: 29.

²⁴ Moos, Müller 2007: 22.

²⁵ Vgl. Moos, Müller 2007: 23.

²⁶ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2023: o.s.

²⁷ Vgl. Moos, Müller 2007: 23.

Im Hinblick auf die Rechtsgrundlage sollte des Weiteren genauer auf die *Teilhabe am gesellschaftlichen Leben* eingegangen werden, da diese für die Einschätzung des Hilfebedarfs essentiell ist. Zudem ist dieser Bezugspunkt, wie bereits erläutert, eine der zwei Voraussetzungen, um eine seelische Behinderung feststellen zu können. Hierbei wird sich der ICF, die „Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“²⁸, bedient, welche zwischen neun Teilhabebereichen unterscheidet.²⁹ Marion Moos und Heinz Müller gehen davon aus, „dass von einer Teilhabebeeinträchtigung [...] bei Kindern und Jugendlichen gesprochen werden kann, wenn sie bislang keine altersgemäße Selbstständigkeit entwickeln konnten, merkliche Ausschlüsse bezüglich altersgemäßer Kontakte und Beteiligungschancen erleben und/ oder in ihren persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten deutlich eingeschränkt sind“³⁰. Erst wenn es zu solchen Teilhabebeeinträchtigungen einer seelischen Störung kommt, kann eine seelische Behinderung nach § 35a SGB VIII diagnostiziert werden. Dies ist folglich nur mit einer multidimensionalen Betrachtung möglich.³¹

1.2. Rechtsgrundlagen

„Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.“³² Dieses Recht versucht die Kinder- und Jugendhilfe mit Hilfe von verschiedenen und vielfältigen Leistungsbereichen zu verwirklichen und umzusetzen. Nach der Vollendung des 18. Lebensjahres greift für viele junge Menschen eine neue Rechtsordnung. Auch wenn diese ihren Reifungsprozess möglicherweise noch nicht abgeschlossen haben³³, endet rechtlich gesehen zu diesem Zeitpunkt die Jugendphase. Hierbei wird auch die Problematik der Altersgrenzen für junge Erwachsene deutlich. Durch die Veränderung des Rechtsstatus werden unterschiedliche Kostenträger in den Hilfeprozess involviert, wodurch sich eine Klärung der Zuständigkeit oftmals als schwierig darstellt.³⁴ Vor allem an den Schnittstellen der Kinder- und Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe kann es zu Brüchen und somit zu unzureichenden Behandlungen und Unterstützungen der jungen Menschen kommen.³⁵ Aus diesem Grund ist es essentiell, die heutige Gesetzeslage für diese Personengruppe genauer zu betrachten, um zu verstehen wie sich die Schnittstelle zwischen dem System der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Eingliederungshilfe auf die jungen Menschen auswirkt.

²⁸ Moos, Müller 2007: 26.

²⁹ Vgl. Moos, Müller 2007: 26.

³⁰ Moos, Müller 2007: 27.

³¹ Vgl. Moos, Müller 2007: 27 f.

³² § 1 Abs. 1 SGB VIII

³³ Vgl. Meysen, Schönecker, Wrede 2020: 8.

³⁴ Vgl. Schmid, Höger, Specht, Becker 2009: 824.

³⁵ Vgl. Giertz, Werner, Wagner, Möller 2023: 35.

1.2.1. Die Hilfen zur Erziehung in der Kinder- und Jugendhilfe

In den letzten Jahrzehnten hat die Kinder- und Jugendhilfe und das damit zusammengehörige Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) immer mehr an Bedeutung gewonnen. Damals fand die Erziehung der Kinder im familiären und eher privaten Raum statt, wohingegen die heutige Gesellschaft die Kinder- und Jugendhilfe als zentrales Dienstleistungsangebot wahrnimmt.³⁶ Dementsprechend vielfältig sind die Leistungsbereiche der Kinder- und Jugendhilfe „angefangen bei der Kindertagesbetreuung über die Kinder- und Jugendarbeit sowie die Hilfen zur Erziehung bis hin zum Kinderschutz“³⁷. Ziel der verschiedensten Angebote ist die Verbesserung der Lebenslagen der jungen Menschen sowie ihrer Familien, indem (soziale) Problemlagen bewältigt werden sollen.³⁸

Die Kinder- und Jugendhilfe ist zuständig für alle jungen und in Deutschland lebenden Menschen.³⁹ Ausnahmen ergeben sich für Ausländer*innen, welche nur dann einen Leistungsanspruch haben, „wenn sie rechtmäßig oder aufgrund einer ausländerrechtlichen Duldung ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben“⁴⁰. Weitere Besonderheiten ergeben sich für Kinder und Jugendliche mit körperlichen und/ oder geistigen Einschränkungen. Hier greift die Sozialhilfe nach dem SGB XII und SGB IX.⁴¹

Die §§ 27 ff. SGB VIII beinhalten das Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendhilfe. Hierbei handelt es sich um die Hilfen zur Erziehung, deren Beanspruchung durch Eltern bzw. anderen Personensorgeberechtigten erfolgen kann. Ein Grund für die Beanspruchung kann eine Gefährdung des Kindeswohls sein. Eltern und Personensorgeberechtigte können sich aber auch Hilfe suchen, wenn sie sich nicht in der Lage fühlen, das Kind entsprechend zu erziehen. Die in den Paragraphen aufgelisteten Hilfeformen sind ein Mindeststandard mit der Verpflichtung der Jugendämter, diese bereitzustellen.⁴²

Je nach Lebenslage und benötigtem Unterstützungsbedarf der Adressat*innen wird die Hilfeform ausgewählt. Lebenslagen der Adressat*innen können durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden. In diesem Sinne beschreiben Sandra Fendrich, Jens Pothmann und Agathe Tabel, dass sich „[s]ozioökonomisch belastete Lebenslagen und damit einhergehende ökonomische Ungleichheiten mit der Folge von sozialen Ausgrenzungsprozessen“⁴³ neben dem elterlichen Erziehungsverhalten auch auf die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen auswirken können. Solche belastenden Lebenslagen könnten Einfluss auf den Bildungs- und Arbeitserfolg, das familiäre Zusammenleben, aber

³⁶ Vgl. Meiner-Teubner, Olszenka 2021: 15.

³⁷ Meiner-Teubner, Olszenka 2021: 12.

³⁸ Vgl. Böwing-Schmalenbrock, Detemple, Meiner-Teubner 2021: 7.

³⁹ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2020: 12.

⁴⁰ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2020: 13.

⁴¹ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2020: 13.

⁴² Vgl. Daigler, Rosenbauer, Struck 2019: o.s.

⁴³ Fendrich, Pothmann, Tabel 2018: 19.

auch auf die Gesundheit nehmen. Die Hilfen zur Erziehung sollen in genau diesen prekären Lebenskonstellationen Kinder, Jugendliche und ihre Familien fördern und notwendige Unterstützung leisten.⁴⁴

Mit § 8 Abs. 1 SGB VIII wird deutlich, dass Kinder und Jugendliche an allen Entscheidungen beteiligt werden sollen.⁴⁵ Auch das Hilfeplanverfahren in § 36 SGB VIII als zentrales Instrument soll stets von allen Beteiligten begleitet werden⁴⁶, da „Partizipation [...] ein sozialrechtliches Grundprinzip des SGB VIII [ist], das einem demokratischen und dialogischen Verständnis der Ausgestaltung von Hilfen zur Erziehung folgt“⁴⁷. Somit belässt die Kinder- und Jugendhilfe vorrangig den Personensorgeberechtigten ihre elterlichen Rechte und stellt „nur“ eine Erziehungshilfe dar und keinen Eingriff in die Erziehungsverantwortung der Eltern.⁴⁸

Als zweitgrößtes Handlungsfeld der Kinder- und Jugendhilfe haben die Erziehungshilfen seit einigen Jahren eine steigende Zahl der Inanspruchnahmen zu verzeichnen. Im Jahr 2012 wurden erstmals eine Millionen Adressat*innen erfasst.⁴⁹ Auch wenn der Großteil der Adressat*innen minderjährig ist, fallen ca. 10% in die Altersgruppe der jungen Volljährigen im Alter von 18 bis 27 Jahren. Trotz des geringen Anteils dieser jungen Erwachsenen stieg die Hilfe für diese seit 2008 um fast 70%.⁵⁰ Der Grund der geringen Inanspruchnahmen junger Erwachsener könnte die markante Zäsur des Erreichens der Volljährigkeit sein und die damit zusammengehörige Beendigung der Hilfe oder den Wechsel in ein anderes Unterstützungsangebot. Durch den hohen Unterschied der Beanspruchung von erzieherischen Hilfen Jugendlicher im Gegensatz zu jungen Volljährigen, wirft dies ein kritisches Licht auf das Jugendamt.⁵¹ Infolgedessen greift § 41 SGB VIII, wenn eine Beendigung der Hilfe mit der Volljährigkeit nicht ausreichend ist. In diesem Fall können Hilfeleistungen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres fortgeführt werden. In Ausnahmefällen können Unterstützungsangebote auch nach dem 21. Lebensjahr weitergeführt werden, angenommen der junge Mensch kann aus verschiedenen Gründen (noch) nicht für sich selbst sorgen.⁵² Somit sichert der Gesetzgeber „in verschiedenen Lebensbereichen für einen befristeten Zeitraum die Kontinuität ihrer Lebensstellung bzw. Prozesse im Rahmen ihrer Entwicklung, die vor der Volljährigkeit begonnen haben“⁵³. Dennoch kommt es an den Schnittstellen, sei es die Schnittstelle zur Volljährigkeit oder die zwischen den Systemen der Kinder- und Jugendhilfe und die der Eingliederungshilfe, zu

⁴⁴ Vgl. Fendrich, Pothmann, Tabel 2018: 19 ff.

⁴⁵ Vgl. § 8 SGB VIII

⁴⁶ Vgl. § 36 SGB VIII

⁴⁷ Daigler, Rosenbauer, Struck 2019: o.s.

⁴⁸ Vgl. Daigler, Rosenbauer, Struck 2019: o.s.

⁴⁹ Vgl. Fendrich, Pothmann, Tabel 2018: 11,

⁵⁰ Vgl. Fendrich, Tabel 2021: 21.

⁵¹ Vgl. Meysen, Schönecker, Wrede 2020: 30.

⁵² Vgl. Meysen, Schönecker, Wrede 2020: 17.

⁵³ Meysen, Schönecker, Wrede 2020: 16.

besonderen Herausforderungen, die vor allem in der Debatte der sogenannten Careleaver*innen oftmals verdeutlicht werden.⁵⁴ Auf diese wird in Kapitel 1.3. genauer Bezug genommen.

Ein letzter wesentlicher und hervorzuhebender Paragraf des achten Sozialgesetzbuchs bildet § 35a SGB VIII. Dieser fasst die Eingliederungshilfe bei seelischer Behinderung(en) zusammen⁵⁵ und soll im folgenden Abschnitt genauer erörtert werden.

1.2.2. Die Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII

„Kinder und Jugendliche mit einer Behinderung können nicht im gleichen Maß am Leben in der Gesellschaft teilhaben wie gleichaltrige junge Menschen ohne Beeinträchtigungen.“⁵⁶

Somit entstand im Jahr 1995 mit der Neuregelung des SGB VIII ein eigenständiger Leistungsparagraf, welcher spezielle Hilfen für Kinder und Jugendliche mit (drohender) seelischer Behinderung zusammenfasst.⁵⁷ Diese sollen Nachteile aufgrund von Einschränkung(en) ausgleichen und demzufolge eine gesellschaftliche sowie altersentsprechende Teilhabe ermöglichen.⁵⁸ Infolgedessen hat die Jugendhilfe den Auftrag, Hilfsangebote zu schaffen, welche die Folgen (drohender) seelischer Behinderungen abmildern bzw. abwenden können. Ziel dieser Hilfen sollte die Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit gesellschaftlicher Strukturen und sozialer Bezüge junger Menschen sein. Hierfür wird sich innerhalb der Eingliederungshilfe dem Prinzip der Kompetenzvermittlung bedient. Die Adressat*innen sollen bei der Bewältigung ihres Alltages, in der Fähigkeit zur Interaktion und Kommunikation sowie in ihrer Persönlichkeitsentwicklung unterstützt werden. Des Weiteren sollen Methoden zum Bewältigungshandeln der Folgen von (drohenden) seelischen Behinderungen vermittelt werden, um eine gesunde Balance zwischen sozialer Umwelt und dem psychischen Selbst herzustellen.⁵⁹ Im Hinblick darauf verstehen Moos und Müller die Eingliederungshilfe im Zusammenhang mit der Kinder- und Jugendhilfe als Hilfe zur Lebensbewältigung, welche „Zugang zu gesellschaftlichen Teilhabesystemen [schaffen soll], so dass Individuation, Sozialisation und Integration möglich wird“⁶⁰. Hauptsächlich nehmen junge Menschen Eingliederungshilfen in Anspruch, wenn diese Entwicklungsauffälligkeiten oder seelische Probleme zeigen. Des Weiteren können individuelle Problemlagen, Auffälligkeiten im Sozialverhalten sowie Schwierigkeiten im schulischen oder beruflichen Kontext Grund für die Inanspruchnahme sein. Eher

⁵⁴ Vgl. Meysen, Schönecker, Wrede 2020: 30 f.

⁵⁵ Vgl. § 35a SGB VIII

⁵⁶ Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter 2021: 4.

⁵⁷ Vgl. Fendrich, Pothmann, Tabel 2018: 47.

⁵⁸ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter 2021: 4.

⁵⁹ Vgl. Moos, Müller 2007: 12.

⁶⁰ Moos, Müller 2007: 12.

weniger zu finden, sind erzieherische bzw. familiäre Problemlagen, welche bei den erzieherischen Hilfen eine größere Präsenz haben.⁶¹ In einem von mehreren Expert*innengesprächen des Dialogforums ‚Bund trifft kommunale Praxis‘ hat Karl Materla in seinem Vortrag zum § 35a SGB VIII versucht, prägnante Unterschiede zwischen den Erziehungshilfen sowie der Eingliederungshilfe zusammenzutragen. Die Leistungsberechtigten der Hilfen zur Erziehung sind die Personensorgeberechtigten, wohingegen der Rechtsanspruch der Eingliederungshilfe bei den Kindern bzw. Jugendlichen liegt. Auch liegt bei den Eingliederungshilfen kein erzieherischer Bedarf vor, sondern eine (drohende) psychische Störung, welche zu Beeinträchtigungen der gesellschaftlichen Teilhabe eines Kindes führt. Hierdurch benötigen die Adressat*innen bei der Wiedereingliederung Unterstützung. Als letzter Vergleich wurden die Zielsetzungen der Hilfssysteme gegenübergestellt. Neben den Zielen der Erziehungshilfe, der Entwicklungsförderung junger Menschen, die Unterstützung der Eltern sowie dem Kinderschutz, kommen eben auch die Ziele der Integration, der Prävention drohender Behinderungen und der Milderung bzw. Beseitigung der Folgen einer Einschränkung dazu.⁶² Zur Erfüllung der genannten Ziele stehen den Adressat*innen vier verschiedene Leistungsbereiche der Jugendämter als Hilfeleistung zur Verfügung. Hierbei handelt es sich, um Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Teilhabe an Bildung und Arbeitsmarkt sowie Leistungen zur sozialen Teilhabe.⁶³ In diesem Zusammenhang weist Materla auf das Problem hin, dass Leistungsinhalte und Verfahren der Eingliederungshilfe in den Sozialgesetzbüchern Neun und Zwölf und nicht im SGB VIII hinterlegt sind und es demzufolge immer wieder zu Unstimmigkeiten in den Zuständigkeiten sowie Fehlern in der Umsetzung kommt.⁶⁴ Um dies zu verhindern, fordert die Umsetzung des § 35a SGB VIII verschiedene Institutionen und Professionen auf, miteinander zu kooperieren. Eingliederungshilfe bedeutet somit, die Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe für alle jungen Menschen zugänglich zu machen⁶⁵, eine „bedarfsgerechte regionalisierte medizinisch-psychiatrische Versorgung“⁶⁶ zu schaffen, wohnortnahe schulische und berufliche Aus-, Fort- und Weiterbildungen zu ermöglichen und schlussendlich Jugendarbeit zu leisten, um die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen zu fördern. Aus diesem Grund ist das Leistungsangebot der Eingliederungshilfe hoch komplex, um möglichst viele Bedürfnisse und Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen berücksichtigen zu können.⁶⁷ Um schlussendlich eine inklusive Lösung für die Hilfssysteme für Kinder und Jugendliche zu

⁶¹ Vgl. Fendrich, Pothmann, Tabel 2018: 50.

⁶² Vgl. Materla 2017: 19.

⁶³ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter 2021: 8 f.

⁶⁴ Vgl. Materla 2017: 18 f.

⁶⁵ Vgl. Moos, Müller 2007: 15 f.

⁶⁶ Moos, Müller 2007: 15

⁶⁷ Vgl. Moos, Müller 2007: 15 f.

schaffen, trat 2021 das neue Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) in Kraft.⁶⁸ Dieses soll im nächsten Abschnitt genauer beleuchtet werden.

1.3. Das neue Kinder- und Jugendstärkungsgesetz

Bei dem neuen Kinder- und Jugendstärkungsgesetz handelt es sich, um ein sogenanntes Artikelgesetz, welches Änderungen neun verschiedener Gesetze vorsieht. Diese sollen den Kinder- und Jugendschutz verbessern und junge Menschen aus Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung sowie aus Pflegefamilien stärken.⁶⁹ Dies soll mithilfe einer Kostenreduzierung sowie einem Rechtsanspruch von Eltern auf Beratung, Förderung und Unterstützung umgesetzt werden. Die Schaffung einer inklusiven Kinder- und Jugendhilfe ist eine weitere Begründung für das neue Gesetz. Hierbei ist das Ziel, eine Jugendhilfe zu schaffen, die für alle Kinder und Jugendlichen zuständig ist, wobei Beeinträchtigungen keine Rolle spielen sollen.⁷⁰ Die letzten beiden Änderungen finden sich in der verbesserten örtlichen Prävention sowie in der Beteiligung von jungen Menschen und ihren Familien wieder. Hinsichtlich der komplexen Thematik, die bereits in den vorangegangenen Abschnitten versucht wurde darzustellen, hat die Bundesregierung einen Stufenplan entworfen. Mit diesem Stufenmodell soll die inklusive Lösung der Kinder- und Jugendhilfe mit Hilfe von drei Stufen vollständig erreicht werden. Die erste Stufe, welche bereits 2021 begonnen hat, sieht vor, ein inklusives Hilfesystem für Kinder und Jugendliche zu gestalten und vor allem bessere Lösungen für die Schnittstellen zu finden. In den Jahren 2024 bis 2028 sollen innerhalb der zweiten Stufe Verfahrenslots*innen in den Jugendämtern eingesetzt werden. Die letzte Stufe soll 2028 erreicht werden. Hierfür hat die Bundesregierung festgelegt, dass Leistungen der Eingliederungshilfe für junge Menschen mit Einschränkungen vorrangig von der Kinder- und Jugendhilfe bzw. von deren öffentlichen Trägern übernommen werden sollen. Voraussetzung für die inklusive Kinder- und Jugendhilfe nach diesem Stufenmodell ist der Erlass eines entsprechenden Gesetzes vom Gesetzgeber bis zum 01. Januar 2027.⁷¹

Da vor allem Careleaver*innen im neuen Kinder- und Jugendstärkungsgesetz große Berücksichtigung finden, gilt es diesen Zusammenhang noch einmal genauer zu betrachten. Häufig haben Careleaver*innen, also junge Menschen, die in Hilfesystemen aufgewachsen sind, davon berichtet, dass sie in die Übergangsplanung und -gestaltung nicht miteinbezogen und somit Entscheidungen ohne sie getroffen werden. Dies ist nicht nur in Deutschland der Fall, sondern die Debatte um Leaving Care wird bereits international geführt. Es fällt auf, dass in Fachkursen junge Menschen meist nur über

⁶⁸ Vgl. Wiesner 2022: 503.

⁶⁹ Vgl. Wiesner 2022: 503.

⁷⁰ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2021: o.s.

⁷¹ Vgl. Wiesner 2022: 503 f.

Careleaver*innen-Organisationen teilnehmen können und aus diesem Grund nur ein kleiner Teil der Betroffenen repräsentiert wird. Zudem ist die Notwendigkeit der Einbeziehung dieser Personengruppe bekannt, denn nur so lassen sich die tatsächlichen Lebenslagen und die Breite von Careleaver*innen darstellen. Aus diesem Grund setzt sich Kristin Teuber für die Rechte von Careleaver*innen ein und fordert, dass es in der Gesellschaft mehr Informationen zu diesen jungen Menschen geben muss, um somit die Rechte und Hilfeleistungen dieser zu stärken.⁷² Außerdem müssen „[f]unktionierende kommunale Übergangsstrukturen [...] niederschwellig und gut erreichbar, sicher finanziert und dauerhaft vorhanden sein“⁷³, um Careleaver*innen nachhaltig unterstützen zu können.⁷⁴

Auch der Careleaver e.V. hat Stellung zum Referentenentwurf des Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes genommen. Diese sehen das neue Gesetz als wesentliche Grundlage der Kinder- und Jugendhilfe, um erforderliche Veränderungen umzusetzen.⁷⁵ Dabei setzen sie sich für das Ziel ein, „den Benachteiligungen, denen junge Menschen infolge des fehlenden familiären Rückhalts ausgesetzt sind, durch eine wirksame, nachhaltige und vor allem ressourcenorientierte Jugendhilfe entgegenzuwirken“⁷⁶. Zusätzlich fasst der Verein die Änderungen des neuen Gesetzes zusammen. Die Wesentlichen sollen hier noch einmal kurz erläutert werden. Vorrangig ist § 36b SGB VIII hervorzuheben, welcher nun die Zusammenarbeit beim Zuständigkeitswechsel regelt. Hierbei sollen verantwortliche Sozialleistungsträger rechtzeitig in den Übergangsprozess eingebunden werden, um somit den Wechsel in einen anderen Träger zu erleichtern. Kritik sieht der Careleaver e.V. jedoch bei der fehlenden Beteiligung der Jugendlichen in den Übergangsprozess. Außerdem sind die festen Altersgrenzen als problematisch zu betrachten, da diese keine Flexibilität bei länger andauernder Entwicklung der Selbstständigkeit bieten. Auch die fehlenden Regelungen zu einer verbindlichen Finanzierung während des Übergangs bzw. der Bearbeitungszeiten werden kritisiert. Weitere für diese Arbeit wichtige Änderungen finden sich in § 41 SGB VIII. Diesbezüglich sieht der Careleaver e.V. Kritik in der Defizitorientierung des Paragraphen. Dieser sieht für die jungen volljährigen Menschen nur Hilfe vor, wenn sie Defizite in ihrer Persönlichkeitsentwicklung vorweisen. Als Verbesserung schlägt der Verein vor, Hilfe solange zu gewährleisten, bis die jungen Volljährigen ihre schulische oder berufliche Ausbildung beendet haben. Diese Regelung sollte auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres greifen. Zudem enthält der Paragraph nun eine Coming-Back-Option, welche die Neuaufnahme einer Hilfemaßnahme vereinfachen soll. Doch auch hier wurden die Forderungen des Vereins nicht ermöglicht,

⁷² Vgl. Teuber 2022: o.s.

⁷³ Teuber 2022: o.s.

⁷⁴ Vgl. Teuber 2022: o.s.

⁷⁵ Vgl. Careleaver e.V. 2020: 1.

⁷⁶ Careleaver e.V. 2020: 1.

da der Gesetzgeber kein deutliches Rückkehrrecht für Careleaver*innen formuliert hat und somit weiterhin Benachteiligungen für diese Personengruppe entstehen.⁷⁷

Ob das neue Kinder- und Jugendstärkungsgesetz seine gewünschte Wirkung erzielt, wird sich mit der Zeit ergeben. Bis dahin gilt es, mehr Interessenvertretungen für junge Menschen durchzuführen, diese in der Gesellschaft ernst zu nehmen und schlussendlich Kinder und Jugendliche nicht als Kostenfaktor zu betrachten.⁷⁸

⁷⁷ Vgl. Careleaver e.V. 2020

⁷⁸ Vgl. Teuber 2022: o.s.

2. Lebensphase Adoleszenz

Wie bereits aus dem Abschnitt 1.1. *Begriffsbestimmungen* hervorgeht, beschreibt die Phase der Adoleszenz oftmals das Jugendalter bzw. junge Erwachsenenalter. Der Wortursprung stammt von dem lateinischen Wort *adolescere*, welches mit dem deutschen Verb *aufwachsen* übersetzt wird.⁷⁹ Bei der Verwendung des Begriffs *Adoleszenz* ist oftmals „die Lebensphase vom Ende der Kindheit bis zum Erwachsenensein, verbunden mit den psychischen, kognitiven und sozialen Umgestaltungen“⁸⁰ gemeint. Teils finden sich sowohl in der Alltagssprache als auch in der Literatur die synonyme Verwendung des Begriffs *Jugend*, da auch diese von sozialen und psychischen Veränderungen geprägt ist. Jedoch bezieht sich der Jugendbegriff lediglich auf eine Altersgruppe und nicht auf die Phase des Erwachsenwerdens. Die Trennung zwischen Adoleszenz und Jugend hat sich mit der Zeit erschwert, da durch den ständigen gesellschaftlichen Wandel typische Altersmarker und Endpunkte verschwimmen oder sich auflösen können.⁸¹ Somit kommt es immer wieder zu „unterschiedliche[n] Verwendungsweisen, Definitionen und Abgrenzungen der Begriffe Adoleszenz und Jugend“⁸². Um sich von der im Alltag gebräuchlichen Begriffsverwendung der Jugend und der Vorstellung dieser abzugrenzen, wird sich in dieser Arbeit auf den Begriff *Adoleszenz* bezogen. Ein ähnlich oft als Synonym verwendeter Begriff ist der der *Pubertät*. Der Begriff *Pubertät* wird in der Fachliteratur hauptsächlich in Bezug auf die Entwicklung der Geschlechtsreife und die damit zusammengehörigen biologisch-physiologischen Veränderungen verwendet. Psychosoziale Entwicklungen, die während der Adoleszenz stattfinden, werden nicht weiter beachtet. In dieser Hinsicht kann die Pubertät als wichtiger Bestandteil der Adoleszenz betrachtet werden und bildet eine wesentliche Grundlage für diese Phase.⁸³ Im Hinblick auf diese Arbeit ist es jedoch essentiell, die körperlichen Veränderungen während der Pubertät genauer in den Blick zu nehmen, da auch diese als Transitionsprozesse zu verstehen sind. Der Beginn der Pubertät hat in den vergangenen 150 Jahren kontinuierlich abgenommen, sodass das Durchschnittsalter nun bei 13 Jahren liegt. Grund dafür könnte eine bessere medizinische Versorgung sowie eine gesündere Ernährung sein. Die körperliche Entwicklung ist typischerweise spätestens bis zum 16. Lebensjahr abgeschlossen. Hierbei spielen die Hormonveränderungen eine wesentliche Rolle. Während der Pubertät werden verschiedene Hormone freigesetzt, die zum einen für die Aktivierung anderer Prozesse verantwortlich sind, wie zum Beispiel das Sexualhormon. Die vermehrte Ausschüttung von Sexualhormonen führt bei den Jugendlichen zu körperlichen Veränderungen sowohl an primären als auch sekundären Geschlechtsmerkmalen.

⁷⁹ Vgl. Werner, Giertz, Wagner, Möller 2023: 17.

⁸⁰ King, Benzel 2019: 1076.

⁸¹ Vgl. Kuhn, King 2021: 1304.

⁸² Kuhn, King 2021: 1304.

⁸³ Vgl. Werner, Giertz, Wagner, Möller 2023: 17 f.

Andererseits können bestimmte Hormone direkten Einfluss auf die Veränderungen im Körper nehmen, wie beispielsweise das Wachstumshormon. Das Wachstumshormon sorgt für einen Wachstumsschub des gesamten Körpers. Dieser ist anfangs nur in der Verlängerung der Extremitäten zu verzeichnen, welche zu einer vorübergehenden Veränderung der Körperproportionen führen kann. Die inneren Organe passen sich erst im späteren Verlauf dem veränderten Körper an. Dies kann während der Pubertät zu Herz-Kreislauf-Beschwerden und einer größeren Anfälligkeit für Müdigkeit bei Jugendlichen führen.⁸⁴

Doch nicht nur die verschiedenen verwendeten Begriffe können eine genaue Definition der Personengruppe adoleszenter Menschen erschweren. Auch die verschiedenen Altersspannen, die in diesem Kontext gemeint sein können, könnten eine einheitliche Begriffsverwendung behindern. Aus diesem Grund wird die Adoleszenz in drei differenzierte Phase eingeteilt. Personen im Alter von 10 bis 17 Jahren befinden sich in der Phase der frühen Adoleszenz. Danach folgt bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres die mittlere Adoleszenzphase, welche ab dem 22. bis maximal zum 30. Lebensjahr in die späte Phase übergeht.⁸⁵ In der Neurobiologie wird das Ende der Adoleszenz mit der abgeschlossenen Hirnentwicklung gleichgesetzt, welche in der Regel Anfang des dritten Lebensjahrzehnts eintritt.⁸⁶ Darüber hinaus existiert die Auffassung, dass die psychosoziale Entwicklung erst abgeschlossen ist, wenn es bei den jungen Erwachsenen zur „Übernahme reifer sozialer Verantwortung in Beruf, Partner- und Elternschaft“⁸⁷ gekommen ist. In diesem Zusammenhang geht aus der Fachliteratur oftmals eine neue Entwicklungsphase des *Emerging Adulthood* hervor, welche als Herausschieben des Erwachsenenenseins zu verstehen ist. Hierbei wurde festgestellt, dass junge Menschen heutzutage mehr Zeit zur Identitätsbildung benötigen. Sie leben länger zu Hause und stehen erst später in einem vollzeitpflichtigen Berufsverhältnis. Dies liegt vor allem an der verlängerten Zeit in der Schul- und Ausbildung, welche jedoch in unserer Gesellschaft gefördert und befürwortet wird. Daraus resultiert eine längere finanzielle Abhängigkeit junger Erwachsener von ihren Eltern oder dem Staat. Außerdem werden charakteristische Merkmale des Erwachsenenalters, wie Familiengründung und Heirat, weiter nach hinten geschoben und finden häufig nicht vor dem 30. Lebensjahr statt.⁸⁸ Aus diesem Grund lässt sich die neu entdeckte Entwicklungsphase in die Phase der späten Adoleszenz verorten und wird innerhalb der Arbeit mit dieser Personengruppe gleichgesetzt.

Ute Thyen und Kerstin Konrad verstehen die Adoleszenz als „ein kulturelles Phänomen, das jungen Menschen zunehmend erlaubt, in einer Phase des intensiven Lernens

⁸⁴ Vgl. Konrad, König 2018: 3 ff.

⁸⁵ Vgl. Werner, Giertz, Wagner, Möller 2023: 17.

⁸⁶ Vgl. Thyen, Konrad 2018: 21.

⁸⁷ Thyen, Konrad 2018: 21.

⁸⁸ Vgl. Seiffge-Krenke 2015: 165 f.

Selbsterfahrung zu sammeln und kognitive sowie sozial-emotionale Potenziale auszuschöpfen⁸⁹. Daraus lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem Aufwachsen junger Menschen sowie dem kulturellen und sozialen Kontext dessen feststellen. Je nach dem können sich Unterschiede in den Wahlmöglichkeiten der Adoleszenten ergeben. Diese Wahlmöglichkeiten können beispielsweise die Studiums- und Berufswahl, aber auch die verschiedenen zur Verfügung gestellten Freizeitmöglichkeiten betreffen. Idealerweise sollte eine angemessene materielle und finanzielle Absicherung der Grundbedürfnisse gewährleistet sein, ebenso wie die Möglichkeit, altersgerecht an der sozialen Gemeinschaft teilzuhaben. Zudem sollten gleiche Chancen sowie faire Zugangsmöglichkeiten zum Bildungsbereich gegeben sein. Dazu kommt eine zugewandte Haltung der erwachsenen Bezugspersonen gegenüber dem*der Jugendlichen als optimale Voraussetzung einer gelingenden Entwicklung.⁹⁰ Weitere charakteristischen Marker des Erwachsenseins sowie die damit zusammengehörige Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz sollen folgend näher betrachtet werden.

Die Adoleszenz ist eine bedeutende Zeit des Übergangs und der Entwicklung, in der junge Menschen eine Vielzahl von Herausforderungen und Aufgaben bewältigen müssen. Während dieser Phase treten zahlreiche Veränderungen auf, sowohl auf körperlicher als auch auf psychologischer Ebene.⁹¹ Diese Veränderungen stellen Jugendliche vor bestimmte Entwicklungsaufgaben, die ihre zukünftige Entwicklung und ihr Erwachsenwerden maßgeblich beeinflussen. Entwicklungsaufgaben werden als spezifische Ziele der Sozialisation betrachtet, die junge Menschen in jeder Phase ihres Wachstumsprozesses erlernen müssen, um eine optimale Vorbereitung für die nachfolgende Entwicklungsstufe zu gewährleisten. Auf diese Weise können sie schrittweise ihre soziale Integration als aktive Mitglieder der Gesellschaft festigen.⁹² Aus dieser Definition geht einerseits ein gewisser kultureller Druck, die Sozialisationsziele erfolgreich zu meistern, um Teil der Gesellschaft zu werden, hervor. Andererseits spielen die Veränderungsprozesse im Körper sowie die eigenen Wünsche und Werte eine signifikante Rolle. Diese können bei jedem Menschen zu unterschiedlichen Zeitpunkten beginnen und verschieden verlaufen.⁹³ Somit gibt es keinen idealtypischen Ablauf der Entwicklungsaufgaben, sondern allenfalls nur einen Orientierungsrahmen mit gewissen Zielschritten.⁹⁴

Eine der bekanntesten Theorien zu den Entwicklungsaufgaben ist die des amerikanischen Erziehungswissenschaftlers Robert J. Havighurst. Dieser schreibt Mitte der 50er-Jahre der Phase des jungen Erwachsenenalters drei essentielle Entwicklungsaufgaben

⁸⁹ Thyen, Konrad 2018: 20.

⁹⁰ Vgl. Thyen, Konrad 2018: 20.

⁹¹ Vgl. Werner, Giertz, Wagner, Möller 2023: 16.

⁹² Vgl. Faltermeier 2017: 15 f.

⁹³ Vgl. Flammer 2009: 92.

⁹⁴ Vgl. Faltermeier 2017: 17.

zu, die es zu bewältigen gilt. Hierbei erachtet er den Einstieg in das Berufsleben sowie das Eingehen in feste Partnerschaften und die Gründung eines eigenen Haushalts als besonders relevant, um sich in einer Gesellschaft als erwachsene Person zu etablieren. Jedoch haben sich im Laufe der vergangenen siebzig Jahre die zu erreichenden Ziele verändert. Zusätzlich hat sich, wie im vorherigen Abschnitt verdeutlicht, die Zeitspanne des jungen Erwachsenenalters deutlich ausgedehnt.⁹⁵ Heute, im 21. Jahrhundert, gilt die Adoleszenz als „eine Periode des Experimentierens mit Verhaltensmustern und damit verbundenem Lernen sowie Beziehungs- und Autonomieentwicklung“⁹⁶. Aus diesem Grund benennen Gudrun Quenzel und Klaus Hurrelmann vier wesentliche Entwicklungsaufgaben. Diese können in verschiedenen Ausprägungen während aller Lebensabschnitte festgestellt werden und lassen sich als *Qualifizieren*, *Binden*, *Konsumieren* und *Partizipieren* zusammenfassen. Die Aufgabe des *Qualifizierens* bezieht sich auf die sozialen und intellektuellen Kompetenzen, die es benötigt, um für sich selbst ein erfülltes Leben zu führen, aber auch um sich aktiv am Leben in der Gesellschaft zu beteiligen.⁹⁷ Dies bezieht sich beispielsweise auf das Berufsleben der jungen Erwachsenen. Havighursts früheres Entwicklungsziel über den festen und vollzeitigen Berufseinstieg wurde an den heutigen Zeitgeist angepasst. Als neues Entwicklungsziel wurde festgelegt, dass junge Menschen Vorstellungen von ihrem Berufsleben entwickeln sollen, um an der Gesellschaft teilhaben zu können.⁹⁸ Dabei wurde festgestellt, dass nur knapp 17 Prozent der 25-Jährigen in einem Arbeitsverhältnis stehen. Die restlichen Gleichaltrigen befinden sich im Studium bzw. Ausbildung⁹⁹ oder aber in keinem der beiden und beziehen öffentliche Leistungen. Ähnliche Veränderungen finden sich im Ausleben der Partnerschaften. In diesem Zusammenhang war 1950 noch circa die Hälfte der 24-Jährigen verheiratet, während 2021 nicht einmal zwei Prozent dieser Altersgruppe in Lebenspartnerschaften oder Ehen leben.¹⁰⁰ Aus diesem Grund wurde auch diese Entwicklungsaufgabe angepasst und als *Binden* umformuliert. Den aktuellen Formulierungen ist zu entnehmen, dass junge Menschen während der Entwicklungsphase des frühen Erwachsenenalters neue sexuelle Beziehungen aufbauen und infolgedessen ihre eigene sexuelle Orientierung wahrnehmen sollen. Daraus sollen sich Vorstellung für das eigene (spätere) Familienleben sowie das Leben in Partnerschaft herausbilden.¹⁰¹ Damit verbunden, ist auch die Entwicklung von bedeutungsvollen und tiefgründigen Beziehungen und Freundschaften zu Gleichaltrigen. Dies sind nur einige der Aspekte, mit denen sich viele junge Erwachsene im Laufe ihres Entwicklungsprozesses auseinandersetzen müssen.

⁹⁵ Vgl. Seiffge-Krenke 2012: 16 f.

⁹⁶ Thyen, Konrad 2018: 20.

⁹⁷ Vgl. Quenzel, Hurrelmann 2022: 24.

⁹⁸ Vgl. Thyen, Konrad 2018: 21.

⁹⁹ Vgl. Seiffge-Krenke 2012: 17.

¹⁰⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt 2023: o.s.

¹⁰¹ Vgl. Thyen, Konrad 2018: 20 f.

Diese Auseinandersetzung sowie die Akzeptanz dessen ist als neue Entwicklungsaufgabe für das junge Erwachsenenalter zu verstehen. Dazu kommen die im vorherigen Abschnitt benannten körperlichen Veränderungen, die ebenso anzunehmen sind.¹⁰² Zu der Aufgabe des *Bindens* gehört ebenso der Auszug aus dem Elternhaus. Hierbei wurde festgestellt, dass die Zahl der jungen Erwachsenen im Alter zwischen 21 und 25 Jahren, die das Elternhaus verlassen, signifikant zunimmt.¹⁰³ Das Durchschnittsalter liegt in Deutschland bei 23,6 Jahren. Auffallend ist in diesem Zusammenhang, dass die jungen Menschen oftmals nicht allein, sondern eher in Mehrpersonen-Haushalten, in Form von Wohn- oder Lebensgemeinschaften, leben.¹⁰⁴ Im Rahmen dessen müssen sich die Jugendlichen von ihren Eltern bzw. Erziehungsberechtigten ablösen und die Beziehung zu diesen neugestalten. Damit einhergehend hängt die Aufgabe des *Partizipierens* zusammen. Innerhalb dieser Entwicklungsaufgabe besteht das Ziel darin, persönliche Klarheit zu erlangen und eine Identität aufzubauen, um eine Weiterentwicklung der eigenen Werte- und Moralvorstellungen zu ermöglichen. Dabei ist es für die jungen Erwachsenen essentiell, sich intensiv mit den eigenen Einstellungen, Meinungen und Gedanken auseinanderzusetzen. Zudem ist das *Partizipieren* wichtig, um verschiedene weltanschaulichen Orientierungen zu betrachten und Zukunftsperspektiven entwickeln zu können.¹⁰⁵ Die Aufgabe des *Konsumierens* bezieht sich auf den Übergang in die Rolle des Konsumierenden.¹⁰⁶ Zu den Zielen dieser Entwicklungsaufgabe „zählen die Entwicklung des Freizeitverhaltens, die verantwortungsvolle Nutzung von Medien, die Regeneration der psychischen und körperlichen Kräfte“¹⁰⁷. Als Grundlage für die Ausschöpfung aller Entwicklungspotenziale sowie eine bestmögliche Bewältigung der genannten Entwicklungsaufgaben ist sowohl die körperliche als auch seelische Gesundheit erforderlich. Sollte diese nicht gewährleistet sein, kann es zu Entwicklungsstörungen der Betroffenen kommen.¹⁰⁸ Diese, sowie weitere psychische Erkrankungen und das damit verbundene Versorgungssystem junger Erwachsener werden folgend genauer betrachtet.

¹⁰² Vgl. Thyen, Konrad 2018: 20 ff.

¹⁰³ Vgl. Seiffge-Krenke 2012: 17.

¹⁰⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt 2023: o.s.

¹⁰⁵ Vgl. Thyen, Konrad 2018: 20 ff.

¹⁰⁶ Werner, Giertz, Wagner, Möller 2023: 19.

¹⁰⁷ Eschenbeck, Knauf 2018: 27.

¹⁰⁸ Vgl. Thyen, Konrad 2018: 20 ff.

3. Das Versorgungssystem für junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen

Innerhalb dieses Kapitels wird eingehend auf die Thematik der psychischen Erkrankungen im jungen Erwachsenenalter eingegangen. Dabei werden zunächst die allgemeinen Aspekte von psychischen Erkrankungen in dieser Altersgruppe betrachtet, darunter die Unterscheidung von Gesundheit und Erkrankung sowie die verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren. Der darauffolgende Abschnitt widmet sich den Herausforderungen im Versorgungssystem adoleszenter Menschen und beschreibt die damit verbundenen Risiken für die Heranwachsenden. Abschließend werden Möglichkeiten und Chancen für eine verbesserte Versorgung genauer beleuchtet, um auf die Bedürfnisse dieser speziellen Altersgruppe besser eingehen zu können.

3.1. *Psychische Erkrankungen bei jungen Erwachsenen*

Während der Phase der Adoleszenz sind junge Menschen besonders anfällig für Erkrankungen und Entwicklungsstörungen. Psychische Auffälligkeiten oder Störungen, die im Jugendalter auftreten, können erhebliche nachteilige Folgen für die langfristige psychische und körperliche Gesundheit sowie die Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe junger Menschen haben.¹⁰⁹ Das Verhalten und Erleben von Kindern und Jugendlichen wird als psychisch auffällig betrachtet, wenn es nicht der „Norm“ in Bezug auf den Entwicklungsstand des Kindes oder den gesellschaftlichen Erwartungen entspricht.¹¹⁰ Zusätzlich ist die Rede von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen, wenn es sie „selbst, ihre Familien oder ihr erweitertes Lebensumfeld beeinträchtigt und persönliches Leiden hervorruft“¹¹¹. Die Mehrheit der psychischen Störungen zeigt bereits vor dem 20. Lebensjahr zumindest erste Symptome, während bis zum Alter von 25 Jahren die meisten Störungen manifestiert werden.¹¹² Psychische Auffälligkeiten unterscheiden sich von psychischen Störungen, jedoch bergen sie ein Risiko für die Entwicklung solcher Störungen und können mit nachteiligen Entwicklungsverläufen in Verbindung stehen. Bei Kindern und Jugendlichen werden psychische Auffälligkeiten in zwei Hauptkategorien unterteilt: internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten.¹¹³ Internalisierende Auffälligkeiten zeichnen sich durch „eine nach innen gerichtete Symptomatik wie Ängstlichkeit, Schüchternheit, Niedergeschlagenheit, Grübeln, häufiges sich Sorgen machen oder Weinen“¹¹⁴ aus. Kinder und Jugendliche, die von internalisierenden Auffälligkeiten betroffen sind, ziehen sich häufig zurück und äußern zudem gelegentlich körperliche

¹⁰⁹ Vgl. Kölch 2023: 26.

¹¹⁰ Vgl. Robert Koch-Institut 2021: 22.

¹¹¹ Robert Koch-Institut 2021: 22.

¹¹² Vgl. Kölch 2023: 26.

¹¹³ Vgl. Robert Koch-Institut 2021: 21.

¹¹⁴ Robert Koch-Institut 2021: 21.

Beschwerden.¹¹⁵ Im Gegensatz dazu sind externalisierende Auffälligkeiten durch „eine expansive, nach außen gerichtete Symptomatik [...] beispielsweise motorische Unruhe, starke Ablenkbarkeit und Unaufmerksamkeit oder häufiges Unterbrechen und Stören Anderer“¹¹⁶ gekennzeichnet.

Michael Kölch unterscheidet darüber hinaus für die Lebensphase der Adoleszenz zwischen Störungen, die typischerweise erstmalig auftreten, komorbiden Störungen und Symptomen, die spezifische Auswirkungen in dieser Lebensphase von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Störungsbildern haben. Die erste Gruppe umfasst in der Regel schizophrene Psychosen, die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen sowie bipolare Störungen. Komorbide Störungen können vor allem entstehen, wenn bereits während der Kindheit und Jugend chronische psychische Erkrankungen, wie ADHS oder Angststörungen, bestehen. Dies ist beispielsweise der Fall bei depressiven Störungen und Substanzmissbrauch.¹¹⁷ Ergebnisse aus Forschungsstudien zeigen, dass bei fünf Prozent der Minderjährigen Anzeichen für depressive Störungen vorliegen, wohingegen die Prävalenz auf bis zu 25 Prozent während der Adoleszenz steigt. Es ist wichtig, dies von subklinischen depressiven Symptomen im Jugendalter zu unterscheiden, welche als vorübergehende Phase typisch in der Entwicklung sind. Bei Jugendlichen sind Depressionen hauptsächlich durch Rückzugsverhalten, Schlaf- und Konzentrationsprobleme sowie von einer gedrückten Stimmung gekennzeichnet. Während der mittleren und späten Adoleszenz zeigen sich Depressionen oftmals in Form von Selbstwertproblemen, depressiven Verstimmungen und dem Gefühl von Einsamkeit und Leere. Zudem können selbstverletzendes Verhalten bis hin zur Suizidalität auftreten. Suizidgedanken und suizidales Verhalten stellen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Depressionen ein ernstzunehmendes und nicht zu unterschätzendes Risiko dar, da Suizide trotz hoher Dunkelziffer die zweithäufigste Todesursache bei den unter 29-Jährigen sind.¹¹⁸

Um auf Kölchs Unterscheidung zurückzukommen, umfasst die dritte Gruppe Störungen, die bereits seit Kindheit und Jugend bestehen¹¹⁹ und „entweder spezifische Symptome in diesem Altersabschnitt zeigen oder die aufgrund der Entwicklungsaufgaben in diesem Alter den Betroffenen besondere Probleme bereiten können“¹²⁰. Als besonderes Störungsbild dieser Gruppe ist die Störung des Sozialverhaltens (SSV) anzuführen. Zusammen mit den anderen externalisierenden Verhaltensstörungen gehören die SSV zu den am häufigsten auftretenden Erkrankungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Störungen des Sozialverhaltens zeigen sich in aggressiven Verhaltensweisen, schweren

¹¹⁵ Vgl. Robert Koch-Institut 2021: 21.

¹¹⁶ Robert Koch-Institut 2021: 21.

¹¹⁷ Vgl. Kölch 2023: 27 f.

¹¹⁸ Vgl. Endres, Rexroth 2018: 336.

¹¹⁹ Vgl. Kölch 2023: 28.

¹²⁰ Kölch 2023: 28.

Regelverstößen, der Zerstörung von Eigentum sowie in Betrug und Diebstahl.¹²¹ Eine wesentliche Herausforderung dieses Krankheitsbildes besteht darin, dass die gefährdeten Jugendlichen durch ihr „rücksichtsloses Interaktionsverhalten zunehmend aus allen gesellschaftlichen Bezügen fallen und die Systeme sprengen“¹²². Während des Übergangs vom Jugendalter in das Erwachsenenalter können diese typischen Symptome auch soziale Probleme, wie einen fehlenden Schulabschluss durch Schwänzen oder Jugendhilfemaßnahmen mit sich bringen. Dadurch befinden sich die Betroffenen in einem Teufelskreis, der sowohl ihre langfristige soziale Teilhabe beeinträchtigt als auch ihre spätere psychische Gesundheit negativ beeinflussen kann. Dieses Verhalten ist jedoch von dem adoleszenztypischen impulsivem Verhalten zu unterscheiden und abzugrenzen.¹²³

3.1.1. Unterscheidung Gesundheit und Erkrankung

Für das weitere Verständnis dieser Arbeit ist es wichtig, Gesundheit von Krankheit zu unterscheiden und genauer zu definieren. Bei der Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit ist das Verständnis von Normalität ein wesentlicher Aspekt. Es basiert auf der Annahme, dass es einen Zustand gibt, der als „normal“ angesehen wird, und Abweichungen von diesem als Anzeichen von Krankheit betrachtet werden. Das Normalitätsverständnis kann sich sowohl auf physiologische als auch auf psychologische Merkmale beziehen. Es dient als Vergleichsmaßstab, um Gesundheit und Krankheit zu definieren und zu diagnostizieren. Hierbei ist jedoch wichtig anzumerken, dass das Normalitätsverständnis kulturell und gesellschaftlich geprägt ist und sich im Laufe der Zeit ändern kann.¹²⁴

Christian Lüders verdeutlicht, dass „Gesundheit nicht allein als Abwesenheit von Krankheit gesehen, sondern als ein wesentlich weiter greifender Status des ‚Wohlergehens‘“¹²⁵ verstanden wird. Hierbei kann auch der Bezug zum Salutogenese-Modell vom Gesundheitswissenschaftler Aaron Antonovsky genommen werden. Dieses beschäftigt sich mit den Fragen, welche Faktoren zur Entstehung von Gesundheit beitragen, wie Menschen trotz Risiken ihre Gesundheit erhalten können und welche Maßnahmen in der Praxis ergriffen werden, um die Gesundheit zu fördern. In diesem Zusammenhang wird oft die Determinanten von Gesundheit eingegangen.¹²⁶ Diese finden in Abschnitt 3.1.2. *Risiko- und Schutzfaktoren* genauere Betrachtung.

¹²¹ Vgl. Rhiner 2018: 357 f.

¹²² Rhiner 2018: 357.

¹²³ Vgl. Kölch 2023: 28 f.

¹²⁴ Vgl. Fangerau, Franzkowiak 2022: o.s.

¹²⁵ Lüders 2012: 15.

¹²⁶ Vgl. Faltermaier 2023: o.s.

Ebenso stellt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung fest, dass die Entstehung, Konstruktion und Organisation von Gesundheit sowohl auf individueller als auch auf sozialer Ebene erfolgt und somit als relatives Phänomen anzusehen ist. Dadurch gestaltet sich die Formulierung einer einheitlichen Definition von Gesundheit als schwierig. Dennoch lassen sich einige grundlegende Vorstellungen von Gesundheit zusammenfassen. In unserer Gesellschaft wird Gesundheit als ein Idealzustand angesehen, der von vollständigem körperlichem, psychischem und sozialem Wohlbefinden ohne jegliche Einschränkungen geprägt ist. Darüber hinaus wird Gesundheit auch mit persönlicher Stärke in Verbindung gebracht, die auf körperlichen und psychischen Eigenschaften beruht. Zudem sind gesunde Menschen in der Lage, gesellschaftliche Verpflichtungen, insbesondere alltägliche Rollenverpflichtungen, effektiv zu erfüllen.¹²⁷

Ähnlich kompliziert gestaltet sich die Definition von Krankheit, da dieser Begriff eine große Deutungsvielfalt mit sich bringt. Aus diesem Grund wurden unterschiedliche Krankheitsmodelle entwickelt, damit bestenfalls die verschiedenen Krankheitsbilder voneinander unterscheidet werden können. Eine gängige Unterscheidung erfolgt zwischen körperlich-organischen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Eine weitere Unterscheidung von Erkrankungen findet sich in der medizinischen Soziologie. Hierfür wurde eine dreistufige Ordnung entwickelt, welche für Erkrankungen nicht nur das Individuum in den Fokus setzt, sondern auch eine Wechselwirkung zwischen Gesellschaft und Medizin skizziert. Dafür werden die englischen Begriffe *disease*, *illness* und *sickness* verwendet, um die verschiedenen Krankheitsverständnisse besser verdeutlichen zu können. *Disease* meint in diesem Kontext eine Abweichung von physiologischen, psychiatrischen oder organischen Normen, die zu einer veränderten Verfassung der Person, des Körpers oder seiner Teile führt. Diese Abweichung wird durch die Medizin und dessen Professionellen festgestellt. Es handelt sich somit, um eine Fremdwahrnehmung. Wenn sich eine betroffene Person krank fühlt, ist die Rede von *illness*. Dabei geht es darum, dass Beeinträchtigungen und Unwohlsein vom Individuum selbst erfahren werden. Häufig handelt es sich hierbei, um subjektive Wahrnehmungen, bei denen veränderte Zustände bei der Person festgestellt wurden. Die Einordnung in das Krankheitsverständnis von *sickness* bezieht sich auf die rechtliche und soziokulturelle Klassifikation. Bei diesem Verständnis von Krankheit werden „gesunden“ bzw. „kranken“ Menschen soziale Rollen mit speziellen Ansprüchen und Privilegien zugeschrieben. Die Gesellschaft übernimmt hierbei die Zuweisung von Krankheit und Krankheitsrollen. Dies spielt insbesondere im Sozialversicherungssystem eine wichtige Rolle, da Krankheit als Einschränkung der Leistungsfähigkeit betrachtet werden kann und Hilfeleistungen sowie aktive Unterstützung erforderlich werden können. Durch die

¹²⁷ Vgl. Franzkowiak, Hurrelmann 2022: o.s.

verschiedenen Auffassungen von Krankheit wird deutlich, weshalb sich eine Definition dieses Begriffs sehr kompliziert gestaltet. Das Konzept von Krankheit unterliegt einem kontinuierlichen historisch-kulturellen Wandel und sollte daher als eine wertende und anpassungsfähige Zuordnung betrachtet werden. Als Beispiel ist die Veränderung in der Sichtweise und Bewertung von Homosexualität anzuführen.¹²⁸

Um Erkrankungen systematisch zu erforschen und die Beobachtungsergebnisse auf vergleichbare Weise zugänglich zu machen, sind Klassifikationssysteme erforderlich. Diese Klassifikationssysteme werden verwendet, um Diagnosen dem Symptomkomplex einer Person zuzuordnen¹²⁹ und beinhalten die „Einteilung oder Einordnung von Phänomenen, die durch bestimmte gemeinsame Merkmale charakterisiert sind, in ein nach Klassen gegliedertes System“¹³⁰. In der Regel werden folgende Kriterien verwendet, um (psychische) Erkrankungen zu definieren und voneinander zu unterscheiden: Die Einheitlichkeit von Symptomen und Syndromen, die Ätiologie und Pathogenese sowie die Differenzialdiagnose. Zusammenfassend ermöglicht die Verwendung eines Klassifikationssystems zur Einordnung von Krankheiten nicht nur die Diagnosestellung, sondern bietet auch Informationen über potenzielle Risiken und Komplikationen sowie den zu erwartenden Verlauf und Hinweise auf wahrscheinliche Ursachen oder Einflussfaktoren. Dadurch können im Idealfall therapeutische Ansätze abgeleitet werden.¹³¹

Das *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM-5), Klassifizierungssystem der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft, hat sich international als Standard zur Klassifizierung psychischer Auffälligkeiten etabliert. Im deutschen Gesundheitssystem wird zur Diagnosestellung von sowohl körperlichen als auch psychischen Erkrankungen seit 2022 die *Internationale Klassifikation von Krankheiten* in der 11. Revision (ICD-11) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwendet.¹³² Dementsprechend wird folgend nur auf dieses Klassifizierungssystem eingegangen. Im ICD-11 wird im kategorialen Ansatz bei der Kodierung von Störungen nur das „Vorhandensein“ oder „Nichtvorhandensein“ berücksichtigt, anstelle von „gesund“ und „krank“. Die Diagnosestellung erfolgt durch die Identifizierung von Symptomkriterien, bei denen vordefiniert ist, welche Auffälligkeiten in welchem Umfang und Ausmaß für eine spezifische Diagnose vorhanden sein müssen. Zusätzlich werden bei einer Reihe von Störungen Alterskriterien verwendet, um Informationen über den Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens der Auffälligkeiten zu liefern. Darüber hinaus ist es oft erforderlich, die beschriebenen Symptome mit dem Entwicklungsstand des Kindes zu vergleichen, um Abweichungen im Verhalten beurteilen zu können. Bei den meisten Diagnosen werden zudem zeitliche Kriterien

¹²⁸ Vgl. Fangerau, Franzkowiak 2022: o.s.

¹²⁹ Vgl. Wittchen 2011: 33.

¹³⁰ Wittchen 2011: 33.

¹³¹ Vgl. Wittchen 2011: 34.

¹³² Vgl. Trabandt, Wagner 2021: 213 f.

hinsichtlich der Dauer oder Häufigkeit der Auffälligkeiten angewendet, um vorübergehende Phänomene von chronischen Zuständen zu unterscheiden. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, bei einigen Störungen den Schweregrad zu unterscheiden.¹³³ Da diese Arbeit vorrangig Jugendliche und junge Erwachsene in den Fokus nimmt, die möglicherweise während ihrer Kindheit erste Symptome einer psychischen Erkrankung aufgewiesen haben, gilt es zusätzlich die Erweiterung des ICD-10, das „multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen im Kinder- und Jugendalter“¹³⁴ (MAS), genauer zu betrachten. Zusätzlich zu den klinischen Diagnosen kodiert das MAS auf insgesamt sechs Achsen. Aus diesem Grund kann durch die zweite Achse des MAS der Entwicklungsstand des Kindes kodiert werden. Zusätzlich finden im Rahmen der dritten Achse die unter- oder überdurchschnittliche Ausprägung der Intelligenz Berücksichtigung, anders als im ICD-11. Auf der fünften Achse werden die psychosozialen Umstände abgebildet, welche im Zusammenhang mit der Entwicklung einer psychischen Erkrankung wichtige Informationen zu den Risikofaktoren übermitteln. Schlussendlich soll mit der sechsten Achse das psychosoziale Funktionsniveau dargestellt werden. Durch die Bereitstellung umfangreicher Informationen durch den MAS „kann der Komplexität von Problemkonstellationen eines Patienten oftmals besser Rechnung getragen und therapeutische Interventionen können individueller geplant werden“¹³⁵.

3.1.2. Risiko- und Schutzfaktoren

Die psychische Gesundheit ist für ein Kind entscheidend, um seine vielseitigen Entwicklungspotenziale zu entfalten und Herausforderungen im Alltag erfolgreich zu bewältigen.¹³⁶ Diese psychische Gesundheit „wird sowohl von Risikofaktoren bedroht als auch von Schutzfaktoren gestützt“¹³⁷. Wenn im Verlauf der Entwicklung eines Kindes die Risiko- oder Belastungsfaktoren überwiegen und angemessene Schutzfaktoren fehlen oder unzureichend ausgeprägt sind, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind psychische Auffälligkeiten entwickelt.¹³⁸ Im Hinblick auf die Ursprünge und Entwicklungen von psychischen Erkrankungen gewinnt zunehmend das Konzept der *Risikofaktoren* an Bedeutung. Dabei findet die Tatsache Berücksichtigung, dass in der Regel kein einziger spezifischer Faktor als alleinige Erklärung für das Auftreten einer psychischen Erkrankung verantwortlich gemacht werden kann.¹³⁹ Stattdessen wird mittlerweile „davon ausgegangen, dass genetisch bzw. anlagebedingte Faktoren, physiologische

¹³³ Vgl. Wenglorz, Heinrichs 2018: 255 f.

¹³⁴ Remschmidt Schmidt, Poustka 2012: o.s.

¹³⁵ Wenglorz, Heinrichs 2018: 257.

¹³⁶ Vgl. Robert Koch-Institut 2021: 77.

¹³⁷ Robert Koch-Institut 2021: 77.

¹³⁸ Vgl. Robert Koch-Institut 2021: 77.

¹³⁹ Vgl. Ravens-Sieberer et al. 2011: 650.

konstitutionelle Faktoren, Anlage- und persönlichkeitsbedingte Temperamentsmerkmale im Zusammenspiel mit individuell lerngeschichtlichen Erfahrungen, diversen physischen, sozialen und psychosozialen Umwelteinflüssen zur Entstehung und dem Verlauf von psychischen Störungen beitragen¹⁴⁰. Aus diesem Grund lassen sich Risikofaktoren in *individuelle, familiäre* sowie *soziale* Faktoren unterteilen. Diese Risikofaktoren treten oft gemeinsam auf und beeinflussen sich gegenseitig. Die Verwundbarkeit von Kindern und Jugendlichen gegenüber diesen Risikofaktoren variiert je nach Alter und Geschlecht. Ebenso relevant ist die Zeitspanne, über die eine Risikoeinwirkung besteht, sowie die Frage, ob diese Faktoren zur gleichen Zeit oder aufeinanderfolgend auftreten.¹⁴¹

Die *individuellen Risikofaktoren* beziehen sich beispielsweise auf das Geschlecht und Alter. Es ist häufiger zu beobachten, dass Mädchen unter internalisierten Störungsbildern leiden, während bei Jungen externalisierte Störungsbilder häufiger auftreten. Darüber hinaus nimmt das Auftreten externalisierender Auffälligkeiten mit dem Alter bei beiden Geschlechtern ab, wohingegen die internalisierenden Auffälligkeiten zunehmen.¹⁴² Des Weiteren werden durch das Risikofaktorenkonzept die Frühgeburtlichkeit oder ein niedriges Geburtsgewicht als individuelle Risikofaktoren in den Blick genommen. Aber auch die Risiken, die aufgrund von Konsum von Alkohol oder das Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft auftreten können, sowie der Charakter eines Kindes werden auf dieser Ebene berücksichtigt.¹⁴³ Gesundheitsschädliches Verhalten der Mutter kann sich negativ auf die Entwicklung des fetalen Gehirns auswirken und steht in Verbindung mit späteren psychischen Beeinträchtigungen der betroffenen Kinder. Im weiteren Verlauf der Entwicklung sind Kinder mit einem solchen Hintergrund einem erhöhten Risiko ausgesetzt, sowohl internalisierende psychische Auffälligkeiten wie emotionale Probleme, als auch externalisierende Verhaltensprobleme, wie aggressives Verhalten, zu entwickeln.¹⁴⁴ Zu den personalen Risikofaktoren zählen ebenfalls körperliche Beeinträchtigungen oder Traumata.¹⁴⁵

Familiäre Risikofaktoren umfassen dysfunktionale Bindungs- und Beziehungsstörungen, mangelnde Anregung und Förderung, Kommunikationsprobleme innerhalb der Familie, Schwierigkeiten in der Erziehung, elterliche psychopathologische Zustände¹⁴⁶ sowie „strukturelle Risiken wie das Aufwachsen in einer Eineltern- oder Stieffamilie“¹⁴⁷. Zu den bedeutendsten Risikofaktoren für Kinder, Jugendliche und ihre psychische Gesundheit gehören Vernachlässigung, Gewalterfahrung, Misshandlung sowie sexueller

¹⁴⁰ Ravens-Sieberer et al. 2011: 650.

¹⁴¹ Vgl. Robert Koch-Institut 2021: 26.

¹⁴² Vgl. Giertz, Werner, Wagner, Möller 2023: 37.

¹⁴³ Vgl. Robert Koch-Institut 2021: 26.

¹⁴⁴ Vgl. Robert Koch-Institut 2021: 78.

¹⁴⁵ Vgl. Robert Koch-Institut 2021: 26.

¹⁴⁶ Vgl. Robert Koch-Institut 2021: 26.

¹⁴⁷ Robert Koch-Institut 2021: 26.

Missbrauch in der Kindheit und Jugend. Die Betroffenen können lebenslange Konsequenzen davontragen. Depressionen, Beziehungsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und Drogenkonsum sind nur einige der gravierenden Folgen von belastenden Kindheitserfahrungen.¹⁴⁸

In diesem Zusammenhang soll zusätzlich die transgenerationale Weitergabe von psychischen Erkrankungen genauer betrachtet werden. Die psychische Gesundheit der Eltern stellt einen bedeutenden Risikofaktor für die Entwicklung der Kinder dar und beeinflusst die gesamte Familie. Dies führt zu einer komplexen Problemstellung, die eine Betrachtung im familiären und transgenerationalen Kontext erfordert. Dabei liegt der Fokus auf den Zusammenhängen innerhalb eines komplexen Beziehungsgefüges, das häufig von psychischen Erkrankungen über mehrere Generationen geprägt ist.¹⁴⁹ Daher bilden Kinder von psychisch erkrankten Eltern eine spezielle Hochrisikogruppe mit deutlich höheren Raten von psychischen Auffälligkeiten im Vergleich zu Kindern aus Familien mit psychisch „gesunden“ Eltern. Sie weisen im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung ein um mehr als das Zehnfache erhöhtes Erkrankungsrisiko auf. In Anbetracht dessen muss das allgemeine Erkrankungsrisiko der Kinder als hoch angesehen werden. Ungefähr 60 Prozent dieser Kinder entwickeln während ihrer Kindheit und Jugend psychische Probleme und Auffälligkeiten. Obwohl das spezifische Erkrankungsrisiko bei etwa 10 Prozent liegt und somit als vergleichsweise niedrig angesehen werden kann¹⁵⁰, ist es wichtig zu betonen, dass „die große Mehrheit der Kinder psychotisch und affektiv erkrankter Eltern nicht dieselbe Störung entwickeln wie ihre Eltern“¹⁵¹. Jedoch weist dieses spezifische Erkrankungsrisiko im Vergleich zur Gesamtbevölkerung eine deutliche Erhöhung auf. Angesichts dieses hohen Erkrankungsrisikos stellt sich die Frage, ob psychische Erkrankungen von den Eltern auf ihre Kinder erblich übertragen werden können. Aktuelle Forschungsergebnisse legen nahe, dass genetische Faktoren und Umweltfaktoren eng miteinander interagieren und eine gleichermaßen bedeutende Rolle bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen spielen. Die Veranlagung eines Menschen, eine geringe oder hohe Vulnerabilität gegenüber bestimmten Umweltfaktoren zu haben, wird durch seine Gene beeinflusst.¹⁵² Entscheidend für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung ist dabei, ob die Person „belastenden [...] Umweltfaktoren ausgesetzt ist oder nicht und wie [sie] gelernt hat, damit umzugehen“¹⁵³.

Umweltfaktoren bzw. *Soziale Risikofaktoren* umfassen verschiedene Aspekte, wie beispielsweise einen niedrigen sozialen Status und Bildungsgrad sowie einen Hintergrund

¹⁴⁸ Vgl. Robert Koch-Institut 2021: 81

¹⁴⁹ Vgl. Wiegand-Grefe, Petermann 2016: 63.

¹⁵⁰ Vgl. Lenz 2022: 23 ff.

¹⁵¹ Lenz 2022: 25.

¹⁵² Vgl. Lenz 2022: 25 ff.

¹⁵³ Lenz 2022: 27.

mit Migrationsbezug.¹⁵⁴ Damit zusammenhängend soll kurz genauer auf die sozialen Determinanten von Gesundheit eingegangen werden. Soziale Determinanten beschäftigen sich damit, welche Faktoren für die gesundheitlichen Unterschiede und Ungleichheiten verantwortlich sind und untersuchen die Wege, auf denen diese Unterschiede und Ungleichheiten in der Gesundheit erklärt werden können.¹⁵⁵ Bei der Untersuchung dieser Determinanten wurde festgestellt, dass sie „sowohl biologische Faktoren als auch umfangreiche Aspekte, die außerhalb des Körpers liegen“¹⁵⁶, umfassen. Hervorzuheben sind insbesondere die wirtschaftlichen, sozialen sowie politischen Determinanten der Gesundheit, die Lebens- und Arbeitsbedingungen, die die Menschen umgeben, und ihr individuelles Gesundheits- und Risikoverhalten. In ihrer Kombination und Wechselwirkung bestimmen diese Faktoren das Ausmaß der gesundheitlichen Möglichkeiten sowie die Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen.¹⁵⁷ Determinanten können auf unterschiedlichen Ebenen Einfluss auf die Gesundheit eines Individuums nehmen. Unveränderbare und feste Determinanten der Gesundheit umfassen das Alter, das Geschlecht sowie die genetischen Anlagen eines Menschen. Größere Beachtung in den Forschungen zu sozialen Determinanten finden eher der individuelle Lebensstil und das Gesundheitsverhalten der Menschen. Auch die soziale Integration wird berücksichtigt, da ein Zusammenhang zwischen sozialen Netzwerken und gesundheitsförderlichen bzw. gesundheitsschädigenden Einflüssen erkannt wurde. Die individuellen Arbeits- und Lebensbedingungen, wie beispielsweise Arbeitsbelastung, Bildung und Wohnsituation, beeinflussen diese sozialen Netzwerke. Als weit vom Individuum entfernte Determinanten und somit komplexesten Determinanten¹⁵⁸ werden die „allgemeinen sozioökonomischen, kulturellen und umweltbezogenen Bedingungen – wie sie sich beispielsweise in sozialen Ungleichheiten ausdrücken“¹⁵⁹, verstanden. Studien konnten zeigen, dass Personen aus niedrigen Statusgruppen häufiger Angst- oder affektive Störungen aufweisen als Menschen mit höherem sozioökonomischem Status. Ebenso weisen arbeitslose Personen sowie alleinerziehende Elternteile ein höheres Risiko auf, eine psychische Störung zu entwickeln. Darüber hinaus wurden als Risikofaktoren für die Gesundheit belastende Arbeitsbedingungen und ein Mangel an sozialer Unterstützung identifiziert. Somit können folgende Faktoren der sozioökonomischen Unterschiede als Erklärungsansätze für die psychische Gesundheit zusammengefasst werden: Mangel an materiellen Ressourcen, ungleiche Verteilung von Ressourcen und beschränkte (gesellschaftliche) Teilhabe sowie prekäre berufliche Anbindung, die sich aufgrund einer psychischen Erkrankung

¹⁵⁴ Vgl. Robert Koch-Institut 2021: 26.

¹⁵⁵ Vgl. Rathmann 2015: 38.

¹⁵⁶ Hurrelmann, Richter 2022: o.s.

¹⁵⁷ Vgl. Hurrelmann, Richter 2022: o.s.

¹⁵⁸ Vgl. Hurrelmann, Richter 2022: o.s.

¹⁵⁹ Hurrelmann, Richter 2022: o.s.

weiter verschlechtern kann und eine dementsprechend gesteigerte Stressbelastung in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhaltes der Betroffenen.¹⁶⁰

Psychische Erkrankungen können durch eine Vielzahl von Risikofaktoren begünstigt werden, aber es gibt auch Faktoren, die vor psychischen Belastungen schützen können. Diese Schutzfaktoren spielen eine entscheidende Rolle bei der Förderung der psychischen Gesundheit und der Resilienz von Kindern und Jugendlichen, aber auch erwachsenen Personen.¹⁶¹ Silke Wiegand-Grefe und Franz Petermann definieren *Resilienz* als „psychische Widerstandsfähigkeit von Personen, die trotz biologischer, psychischer oder sozialer Entwicklungsrisiken eine gesunde Anpassungsfähigkeit an widrige Lebensumstände aufweisen“¹⁶². In der Psychologie wird der Begriff *Resilienz* verwendet, um die Fähigkeit von Kindern zu beschreiben, trotz Belastungen und prekären Lebensbedingungen keine eigenen psychischen Erkrankungen zu entwickeln und eine positive Entwicklung zu durchlaufen.¹⁶³ Das gewonnene Wissen aus der Resilienzforschung zu fördernden Bedingungen einer positiven Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, erstmalig aufgegriffen von Emmy Werner¹⁶⁴, liefert wertvolle Ansätze für gezielte Fördermaßnahmen und Stärkung der Heranwachsenden. Albert Lenz möchte in diesem Zusammenhang jedoch verdeutlichen, dass die Resilienz eines Kindes von der Dauer, der Art und dem Umfang einer Belastung abhängt und somit nicht als eine dauerhaft stabile und situationsunabhängige Eigenschaft zu verstehen ist.¹⁶⁵ Resiliente Kinder und Jugendliche zeichnen sich durch gute kommunikative Fähigkeiten und soziale Kompetenzen aus. Im Gegensatz zu Kindern aus Vergleichsgruppen zeigen sie mehr emotionalen Ausdruck und Einfühlungsvermögen und verfügen über effektivere Problemlösestrategien. Resiliente Kinder und Jugendliche weisen zudem ein positives Selbstkonzept auf. Dies beinhaltet ein gesundes Selbstwertgefühl, starkes Selbstvertrauen und eine hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung.¹⁶⁶ Wiegand-Grefe und Petermann beschreiben in diesem Zusammenhang weiter, dass „Kinder mit einem einfachen Temperament [...] mehr Unterstützung [erhalten] und [...] weniger Konflikte im Vergleich zu Kindern mit einem schwierigen Temperament“¹⁶⁷ haben. In Studien zu belastenden Lebensumständen und Bedrohungen für die kindliche Entwicklung wurden drei Gruppen von generellen *Schutzfaktoren* identifiziert. *Schutzfaktoren* sind Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit eines Auftretens von Störungen reduzieren können, wenn Belastungen auftreten. Sie unterstützen die Entwicklung von Ressourcen oder erleichtern diese. Schutzfaktoren

¹⁶⁰ Vgl. Lampert, Kroll, Hapke, Jacobi 2014: 6 ff.

¹⁶¹ Vgl. Robert Koch-Institut 2021: 77.

¹⁶² Vgl. Wiegand-Grefe Petermann 2016: 65.

¹⁶³ Vgl. Lenz 2022: 52 f.

¹⁶⁴ Vgl. Fingerle, Opp, Suess 2020: 8.

¹⁶⁵ Vgl. Lenz 2022: 52 f.

¹⁶⁶ Vgl. Wiegand-Grefe Petermann 2016: 65.

¹⁶⁷ Wiegand-Grefe Petermann 2016: 65.

wirken im Sinne eines Puffers. In der Fachliteratur findet sich die Unterscheidung in *personale*, *familiäre* und *soziale Schutzfaktoren*. *Personale Schutzfaktoren* beziehen sich auf individuelle Faktoren, wie ein positives Selbstwertgefühl, soziale Kompetenz und kognitive Fähigkeiten, die den Heranwachsenden zur Verfügung stehen. *Familiäre Schutzfaktoren* zeigen sich in einer positiven Beziehung zu den Eltern oder Erziehungsberechtigten, guten Erziehungsqualitäten sowie sicheren Bindungen. Die letzte Gruppe der *sozialen Schutzfaktoren* bezieht sich auf die soziale Umwelt, in der die Kinder und Jugendlichen aufwachsen. Dies umfasst das soziale Netzwerk sowie dessen Unterstützung, ebenso wie außerfamiliäre erwachsene Bezugspersonen und die gute schulische Qualität. Viele der genannten Schutzfaktoren können allgemein als Ressourcen positive Wirkungen entfalten. Dazu gehören zum Beispiel Selbstregulationsfähigkeiten, soziale Kompetenz und kognitive Fertigkeiten.¹⁶⁸

3.2. Risiken und Herausforderungen

Der Übergang von der Jugend in das Erwachsenenalter stellt für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen eine besondere Phase dar, die mit verschiedenen Risiken und Herausforderungen verbunden ist. Während dieser Zeit müssen sie sich nicht nur den genannten typischen Herausforderungen des Erwachsenwerdens stellen, sondern auch den Übergang von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in das Versorgungssystem für Erwachsene bewältigen, sofern sie in (psychologischer) Behandlung sind. Dieser Übergangsprozess kann für die Betroffenen und ihre Familien mit Unsicherheiten, Unterbrechungen in der Behandlung und fehlender Kontinuität verbunden sein.¹⁶⁹ In diesem Abschnitt soll sich eingehender mit den spezifischen Risiken und Schwierigkeiten, mit denen junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen in dieser Übergangsphase konfrontiert sind, auseinandergesetzt werden.

Trotz der potenziellen Risiken und Herausforderungen, die mit psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter verbunden sein können, scheint nur eine geringe Anzahl von betroffenen Kindern und Jugendlichen tatsächlich psychiatrische und psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch zu nehmen.¹⁷⁰ Weltweit haben junge Erwachsene im Vergleich zu anderen Altersgruppen über die gesamte Lebensspanne hinweg die geringste Zugangsrates zur Gesundheitsversorgung, obwohl die meisten chronischen psychischen Erkrankungen das Ersterkrankungsalter in der Phase der Adoleszenz oder früher haben.¹⁷¹ Im Jahr 2014 befanden sich knapp 110.000 Patient*innen im Altersbereich von 15 bis unter 20 Jahren in Behandlung in kinder- und jugendpsychiatrischen

¹⁶⁸ Vgl. Eschenbeck, Knauf 2018: 35 f.

¹⁶⁹ Vgl. Fegert, Hauth, Banaschewski, Freyberger 2016: 2.

¹⁷⁰ Vgl. Giertz, Werner, Wagner, Möller 2023: 42.

¹⁷¹ Vgl. Loos, Becker 2019: 24 f.

Einrichtungen. Die Anzahl der behandelten Patient*innen der Altersgruppe von 20 bis unter 25 Jahren reduzierte sich auf 8310.¹⁷² Im Alter von 18 bis 21 Jahren stehen junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen vor der Herausforderung, von der psychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche in das Erwachsenenversorgungssystem zu wechseln. Bei diesem Übergang erschweren die unterschiedlichen strukturellen, organisatorischen, funktionellen und kulturellen Prinzipien der verschiedenen Fachdisziplinen eine erfolgreiche Transition.¹⁷³ Fegert et al. definieren *Transition* in diesem Zusammenhang als „die gezielte Begleitung des Transitionsprozesses im Sinne einer Koordination der Anbieter und Sicherung der Versorgungskontinuität auf den Weg von der jugendlichen- hin zur erwachsenenorientierten Versorgung“¹⁷⁴.

Bisher ist das psychiatrische Hilfesystem noch nicht ausreichend auf die spezifischen Herausforderungen im Übergang von der Jugend in das Erwachsenenalter eingestellt. An vielen Standorten gibt es erhebliche Schwierigkeiten bei der reibungslosen Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Die Vernetzung dieser Bereiche ist jedoch von grundlegender Bedeutung, um den spezifischen Problemen gerecht zu werden, die sich während des Übergangs vom Jugend- in das Erwachsenenalter ergeben.¹⁷⁵ Aufgrund „individueller psychoemotionaler Defizite“¹⁷⁶ können adoleszente Patient*innen oft noch nicht vollständig von Therapieangeboten aus der Erwachsenenpsychiatrie profitieren, obwohl sie den Angeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie bereits entwachsen sind.¹⁷⁷ In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird nahezu immer die gesamte Familie in die Behandlung einbezogen. Die Behandlung von minderjährigen Patient*innen legt vor allem Augenmerk darauf, sie als Teil des Familiensystems zu betrachten und zu behandeln. Dabei wird besondere Bedeutung auf den Entwicklungsaspekt sowie bestimmte Bildungsziele und Entwicklungsaufgaben gelegt. Hierfür arbeiten oftmals multiprofessionelle Teams aus Sozialarbeiter*innen, Krankenpflegepersonal, Heilerziehungspfleger*innen sowie diversen Therapeut*innen in den Einrichtungen zusammen. Im Gegensatz dazu liegt der Schwerpunkt in der Erwachsenenpsychiatrie auf einer individuellen Diagnostik sowie Therapie und junge Erwachsene sollen Autonomie gegenüber ihrer Herkunftsfamilie entwickeln, die im weiteren Behandlungsverlauf berücksichtigt werden muss. Somit sind keine entwicklungspsychologischen Fragen, wie es im kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungssystem der Fall ist, im Fokus.¹⁷⁸ Stattdessen erhalten die „störungsorientierten psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Interventionsmethoden und [die]

¹⁷² Vgl. Berg, Roth-Sackenheim 2019: 617.

¹⁷³ Vgl. Abzieher et al. 2019: 646.

¹⁷⁴ Fegert et al. 2021: 3.

¹⁷⁵ Vgl. Fegert et al. 2021: 3.

¹⁷⁶ Fegert et al. 2021: 3.

¹⁷⁷ Vgl. Fegert et al. 2021: 3.

¹⁷⁸ Vgl. Fegert, Hauth, Banaschewski, Freyberger 2016: 3.

begleitende psychopharmakologisch[e] Therapie [...] eine höhere Bedeutung“¹⁷⁹. Dieser Umstand führt dazu, dass junge Patient*innen während ihrer Adoleszenz nicht nur die üblichen Entwicklungsaufgaben bewältigen müssen, sondern auch schrittweise für ihre eigene psychische Stabilität und die selbstständige Organisation der Behandlung Verantwortung übernehmen sollen.¹⁸⁰ Sowohl der Fokus auf Erziehung als auch auf den Bildungsaspekt bei jungen Menschen in psychiatrischer Behandlung erfordern einen erhöhten Personalbedarf. Dieser wird jedoch abrupt beendet, sobald die Person die Volljährigkeit erreicht und die Behandlung in erwachsenenorientierten Einrichtungen fortgesetzt wird, selbst wenn weiterhin spezifische und erhöhte Personalanforderungen aufgrund von Entwicklungsproblemen und damit verbundenen psychischen Schwierigkeiten bestehen. Häufig haben adoleszente Patient*innen den idealen Reifungsgrad für erwachsenorientierte Behandlungsangebote noch nicht erreicht, weshalb sie deren Versorgungsangebote nur unzureichend nutzen können.¹⁸¹ Die Herausforderungen in der Transition zeigen sich vor allem an den Schnittstellen in Form von ungeklärten Zuständigkeiten und Behandlungsunterbrechungen. Als Konsequenz ergeben sich bei den heranwachsenden Personen mehrere Auswirkungen. Bis zu 75 Prozent der Patient*innen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie brechen ihre Therapie ab. Zudem sucht nur eine geringe Quote von 13 bis 36 Prozent der jungen Erwachsenen mit psychischen Problemen professionelle Hilfe auf. Daraus resultiert eine durchschnittliche Verzögerung der Behandlung um sieben Jahre bei allen psychischen Erkrankungen. Diese Verzögerung birgt ein hohes Risiko für eine frühzeitige Chronifizierung der Erkrankung.¹⁸² Dazu kommen die Angst vor Stigmatisierung, geringes Vertrauen in den Erfolg der Therapie, Hürden in der Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten vor allem in ländlichen Regionen sowie lange Wartezeiten bis hin zu fehlenden Therapieplätzen und Versorgungsangeboten.¹⁸³ Zusätzlich beschreiben Anne Karow et al., dass es bislang nur eine „unzureichende, nicht flächendeckende Früherkennung und Frühintervention mit interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie, ein Unterangebot an ambulanten sektor- und fachübergreifenden, nachgehenden, flexiblen teambasierten Komplexbehandlungen und sozialen und beruflichen (Re-)Habitationsmaßnahmen und die Versorgungsverlagerung schwerer psychischer Erkrankungen in die stationäre (Akut-)Psychiatrie“¹⁸⁴ gibt. Daraus lässt sich ableiten, dass es zu erheblichen Defiziten in der Versorgung von Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen während ihres Übergangs in das Erwachsenenalter kommt. Der dafür

¹⁷⁹ Fegert, Hauth, Banaschewski, Freyberger 2016: 3.

¹⁸⁰ Vgl. Loos, Becker 2019: 25.

¹⁸¹ Vgl. Fegert et al. 2021: 3 f.

¹⁸² Vgl. Abzieher et al. 2019: 646.

¹⁸³ Vgl. Robert Koch-Institut 2021: 111.

¹⁸⁴ Karow et al. 2019: 630.

entstandene Begriff *Transitionsücke* soll die aufgeführten Herausforderungen im Übergang aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in das psychiatrische Versorgungssystem für Erwachsene umfassen. In diesem Zusammenhang hat sich die *Transitionspsychiatrie* als interdisziplinäres Feld entwickelt.¹⁸⁵ Diese soll folgend als Möglichkeit und Chance genauer beleuchtet werden.

3.3. Möglichkeiten und Chancen

„Es gilt einen Ort zu schaffen, der ein Zuhause darstellen kann, in dem unter professioneller Begleitung eine Gemeinschaft entsteht, in der die Besonderheiten des Jugendalters berücksichtigt werden, die ein Nachholen von Erfahrungen ermöglicht und die ein heilsames Klima mit entsprechenden Schutzfaktoren bietet.“¹⁸⁶

Vor dem Hintergrund der Transitions- und Versorgungslücke sowie den schwerwiegenden Folgen für die Betroffenen haben die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) sowie die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) ein Eckpunktepapier erarbeitet, welches Forderungen für einen gelingenden Übergangsprozess beinhaltet. Die wichtigsten Forderungen zeigen sich in der Krankenversorgung. Diese soll sowohl ambulante und (teil-)stationäre als auch komplementäre Leistungsangebote entwickeln, die speziell auf den Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter zugeschnitten sind. Dabei soll der zusätzliche Bedarf an therapeutischen Angeboten berücksichtigt werden, die auf entwicklungsbezogene Herausforderungen abzielen. Die genannten Ansätze sollen zudem auf das ergänzende Versorgungssystem angewendet werden. Dabei sollen einrichtungseigene Ansätze und Entwicklungen von Lösungsvorschlägen gefördert werden. Darüber hinaus setzen sich die DGKJP und DGPPN dafür ein, dass in Aus-, Fort- und Weiterbildungen beider Fachdisziplinen die Transitionsphase und das Adoleszenzalter stärkere Berücksichtigung finden und demensprechende Programme etabliert werden. In diesem Zusammenhang sollen fächerübergreifende und interdisziplinäre Weiterbildungen angeboten werden. Schlussendlich wird in dem Eckpunktepapier der dringende Forschungs- und politische Handlungsbedarf hervorgehoben. Es fehle an Forschungsförderungsprogrammen, die die Transitionsvorgänge thematisieren, und einheitliche Regelungen zu den Übergängen der komplementären Versorgungssysteme.¹⁸⁷

Anhand dieser Forderungen wird die Notwendigkeit eines therapeutisch-pädagogischen Angebots deutlich. Um Lösungsansätze für die genannten Risiken und

¹⁸⁵ Vgl. Fegert et al. 2021: 5.

¹⁸⁶ Tipi gGmbH, Arbeitsgemeinschaft der Sozialpsychiatrischen Zentren im Kreis Mettmann 2012: 12 f.

¹⁸⁷ Vgl. Fegert, Hauth, Banaschewski, Freyberger 2016: 1 ff.

Herausforderungen zu entwickeln, haben die DGKJP und DGPPN die *Task-Force Transitionspsychiatrie* gegründet. Im Sinne einer interdisziplinären *Transitionspsychiatrie* wird der Aufbau einer bedarfsgerechten und fächerübergreifenden Expertise angestrebt. Dazu betont die Task-Force, dass es bei der Behandlung von adolescenten Patient*innen von großer Bedeutung ist, einen individualisierten und angepassten Ansatz zu verfolgen, der die Prinzipien der interdisziplinären Transitionspsychiatrie berücksichtigt. Dazu gehören die Übertragung von Informationen über die Patient*innen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in das erwachsenenorientierte Versorgungssystem. Dies ermöglicht einen reibungslosen Übergang und eine fundierte Fortführung der Behandlung. Dazu wird die Entwicklung einer gemeinsamen und fächerübergreifenden Behandlungsplanung als notwendig erachtet. Durch die enge Zusammenarbeit verschiedener Fachbereiche können ganzheitliche Therapieansätze entwickelt werden, die den individuellen Bedürfnissen der Patient*innen gerecht werden. Außerdem ist es ratsam, bei komplexeren Situationen oder schweren Erkrankungen eine Übergangszeit einzuplanen, in der eine parallele Behandlung in beiden Versorgungssystemen stattfindet. Diese Übergangsphase, die in der Regel einige Wochen bis wenige Monate dauert, stellt sicher, dass die Patient*innen kontinuierlich betreut werden und sich langsam an die neue Versorgungssituation anpassen und gewöhnen können. Die Gewährleistung der Behandlungskontinuität ist ein weiteres zentrales Element. Dadurch wird sichergestellt, dass Behandlungen nicht abrupt enden, sondern nahtlos fortgesetzt werden. Somit lassen sich Unterbrechungen und potenzielle Risiken minimieren. Die Umsetzung dieser Prinzipien in der Transitionspsychiatrie ist essentiell, um den adolescenten Patient*innen eine bestmögliche Behandlung und Unterstützung während des Übergangs vom Jugend- zum Erwachsenenalter zu bieten.¹⁸⁸ Als Beispiel einer regionalen Adoleszenzpsychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern ist die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und psychosomatik des MEDICLIN Müritz-Klinikums anzuführen. Im Jahr 2011 wurde innerhalb der Klinik das *Netzwerk Adoleszentenpsychiatrie* ins Leben gerufen.¹⁸⁹ Ihr Hauptziel war und ist es, „den Jugendlichen, jungen Erwachsenen und ihren Familien die Wege durch die Hilfesysteme, Gesetzgebung und Institutionen zu erleichtern und altersspezifische Versorgungsstrukturen zu entwickeln“¹⁹⁰. Die identifizierten Bedürfnisse dieser Patient*innengruppe erfordern folgende spezialisierte Maßnahmen: Es sollte angestrebt werden, Wohnheime speziell für junge Menschen im Alter von 16 bis 23 Jahren zu schaffen. Des Weiteren ist es wichtig, Übergangsprogramme von der Jugendhilfe zur Sozialhilfe zu standardisieren, um den Transitionsprozess zu erleichtern. Darüber hinaus ist eine individuelle Vernetzung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit

¹⁸⁸ Vgl. Fegert et al. 2021: 5 ff.

¹⁸⁹ Vgl. Ilg, Heydenreich, Korich 2023: 107.

¹⁹⁰ Ilg, Heydenreich, Korich 2023: 107.

der Erwachsenenpsychiatrie in der ambulanten Versorgung notwendig, um eine lückenlose Betreuung zu gewährleisten. Zusätzlich wird eine spezialisierte Station in der Versorgungsklinik für die Altersgruppe von 16 bis 23 Jahren als essentiell gesehen, um gezielte Behandlungsmöglichkeiten bereitzustellen. Ebenso sind individualisierte Integrationsangebote von großer Bedeutung, damit junge Patient*innen bei der Eingliederung in das Arbeitsleben unterstützt werden können.¹⁹¹

Dennoch gilt es nicht nur bessere Bedingungen in der Versorgung von jungen Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen zu schaffen, sondern auch präventiv psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter vorzubeugen. Dies soll einer besseren Gesundheitsförderung dienen. Das Robert Koch-Institut (RKI) hat in ihrem Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit in Deutschland Handlungsempfehlungen für solche Präventionsmaßnahmen zusammengestellt. Diese umfassen sowohl die Familien, Schulen und Kommunen als auch die digitalen Medien und die Forschung mitsamt ihrer Qualitätssicherung und sollen folgend genauer betrachtet werden. Bei der Betrachtung wird sich aus Kapazitätsgründen jeweils auf maximal zwei Empfehlungen des RKIs bezogen. Das RKI legt bei den Präventionsmaßnahmen besonderen Fokus auf die Familie. Grund dafür ist das familiäre Setting, welches sowohl gesundheitsfördernde Schutzfaktoren als auch schadende Risikofaktoren mit sich bringen kann. Für eine familienbasierte Prävention ist es essentiell, die Eltern- und Gesundheitskompetenz zu stärken, damit zum einen positive Eltern-Kind-Beziehungen entstehen können. Andererseits sollen dadurch Risikofaktoren abgemildert werden, sodass Kinder eine gesunde psychische Entwicklung durchleben können. Hierfür empfiehlt das RKI Elterntrainings als Unterstützung, die den Aufbau von positiven Eltern-Kind-Beziehungen unterstützen sowie eine Verbesserung in den elterlichen Fähigkeiten und ihren Erziehungsstil anstreben. Für die Stärkung der Gesundheitskompetenz erscheinen vor allem Mütter und junge Familien aus mittleren und niedrigen sozioökonomischen Statusgruppe als besonders wichtig. Diese sollen zu den Themen Schwangerschaft, Geburt und Früherkennung von psychischen Auffälligkeiten informiert und aufgeklärt werden, um für die psychische Gesundheit und, wie diese im familiären Kontext gestärkt bzw. geschädigt werden kann, zu sensibilisieren. Auch das Umfeld der Schule soll zur gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen. Innerhalb dieses Settings können Kinder und Jugendliche unabhängig von ihrer familiären, kulturellen und sozioökonomischen Herkunft leicht erreicht werden. In diesem Sinne engagiert sich das Robert Koch-Institut für die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Schüler*innen.¹⁹² Dabei liegt der Fokus auf der „Förderung von Kompetenzen und Ressourcen [...], die sich positiv auf das psychische

¹⁹¹ Vgl. Ilg, Heydenreich, Korich 2023: 108.

¹⁹² Vgl. Robert Koch-Institut 2021: 114 ff.

Wohlbefinden auswirken oder auf die Prävention und Verbesserung spezifischer Symptomatik ausgerichtet sind“¹⁹³. Erfolgsfaktoren solcher Präventionsprogramme in Schulen beinhalten die Konzentration auf der Vermittlung von Fähigkeiten, die Integration der Programmpunkte in den Lehrplan sowie die frühzeitige Einführung und Fortsetzung der Präventionsmaßnahmen und qualifiziertes Personal, das das Programm durchführt. Dafür schlägt das RKI vor, Lehr- und Fachkräfte für diese Präventionsprogramme zu qualifizieren und mit der Bereitstellung von Wissen zur psychischen Gesundheit die Förderung der Hilfefähigkeit sowie den gleichzeitigen Abbau von Stigmatisierung zu unterstützen. Auch die Kommune als unmittelbarer Lebensraum für Kinder, Jugendliche und ihre Familien kann durch den Aufbau von gesundheitsförderlichen Wohn- und Lebensbedingungen profitieren.¹⁹⁴ Obwohl die Erforschung der „Etablierung integrierter, kommunaler Präventionsstrategien, aufbauend auf vorhandenen oder zu entwickelnden multiprofessionellen und settingübergreifenden Netzwerken“¹⁹⁵ bisher begrenzt ist, haben verschiedene Studien gezeigt, dass das unmittelbare Lebensumfeld einen positiven bzw. negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit hat. Das RKI erkennt in diesem Kontext eine Möglichkeit, familienfreundlichen und bezahlbaren Wohnraum bereitzustellen sowie eine sichere und gewaltfreie Wohnumgebung zu fördern. Zu diesen Maßnahmen zählt auch beispielsweise die nachhaltige städtebauliche Planung, die unter anderem ausreichend Spiel- und Grünflächen in ihre Gestaltung mit einbezieht. Präventionsmaßnahmen in Form von digitalen Medien sind zwar noch nicht vollständig erforscht, könnten aber durch die hohe Erreichbarkeit von jungen Menschen eine gute Möglichkeit zur Gesundheitsförderung sein. Als Idee beschreibt das RKI den Aufbau einer Public-Health-Plattform, welche Informationen zur (psychischen) Gesundheit zusammenfassen und Beratungsangebote bereitstellen soll. Eine solche digitale Präventionsstrategie sei niederschwellig und für eine große Masse zugänglich. Außerdem erhalten die Betroffenen sofortige Unterstützung durch die ständige Verfügbarkeit der Gesundheitsinformationen. Erste Forschungsergebnisse belegen, dass digitale Maßnahmen wirksame Effekte auf die Prävention beziehungsweise Verbesserung von Depressionen oder Angstzuständen bei Heranwachsenden haben können. Ähnlichkeit zu einer solchen Plattform hat die Vermittlung von Gesundheitskompetenz und -informationen mit Hilfe von Social Media. Aufgrund der weit verbreiteten Nutzung von Social Media unter Kindern und Jugendlichen könnte es als möglicher Zugangsweg dienen, um ihnen gesundheitsbezogene Informationen zu vermitteln. Allerdings ist die Menge an Informationen innerhalb dieses digitalen Settings sehr groß und die Wahrscheinlichkeit, geeignete Angebote wahrzunehmen,

¹⁹³ Robert Koch-Institut 2021: 118.

¹⁹⁴ Vgl. Robert Koch-Institut 2021: 118 ff.

¹⁹⁵ Robert Koch-Institut 2021: 122.

eher gering.¹⁹⁶ Deshalb kooperieren Gesundheitsbehörden und Unternehmen vermehrt mit Influencer*innen, „Kanälen oder Plattformen, die in der Zielgruppe über hohe Reichweiten verfügen und als glaubwürdige ‚Botschafter‘ geeignet sind“¹⁹⁷. Ein konkretes Beispiel hierfür ist die Kampagne „*It’s okay to not feel okay*“, die im April 2021 von der nationalen Gesundheitsbehörde Englands in Zusammenarbeit mit Influencer*innen ins Leben gerufen wurde. Ziel war es, Jugendliche und junge Erwachsene zu erreichen, die unter den psychischen Auswirkungen der Corona-Pandemie leiden, und sie dabei zu unterschützen, Unterstützungsstrukturen zu finden. Als letztes Setting der Gesundheitsprävention und -förderung gibt das RKI die Wissensbasierung und Qualitätssicherung an.¹⁹⁸ In diesem Zusammenhang wird die These aufgestellt, dass die „Forschung zu Erfolgsfaktoren und Barrieren, gerade in Bezug auf intersektorale, netzwerkbasierte Präventionsarbeit, in den für Deutschland spezifischen Gesundheitsstrukturen [...] ausbaufähig und eine wichtige Voraussetzung für [...] weiterer Maßnahmen“¹⁹⁹ ist. Die genannten Handlungsempfehlungen können dazu beitragen, die psychische Gesundheit zu stärken und psychische Erkrankungen präventiv zu bekämpfen, sofern sie bedarfsgerecht, praxisorientiert und auf Evidenz basierend konzipiert sind.²⁰⁰

¹⁹⁶ Vgl. Robert Koch-Institut 2021: 123 ff.

¹⁹⁷ Robert Koch-Institut 2021: 125.

¹⁹⁸ Vgl. Robert Koch-Institut 2021: 125 ff.

¹⁹⁹ Robert Koch-Institut 2021: 128.

²⁰⁰ Vgl. Robert Koch-Institut 2021: 114.

4. Handlungsanforderungen und -möglichkeiten für die Soziale Arbeit

Die Soziale Arbeit konzentriert sich auf die sozialen Aspekte menschlichen Lebens. Kommt es in diesem Bereich zu Herausforderungen oder Problemen, zielt sie darauf ab, sowohl den Betroffenen als auch deren sozialen Umfeld Unterstützung zu bieten und gesellschaftliche Strukturen zu beeinflussen. Das Hauptziel der Sozialen Arbeit besteht darin, die individuelle Handlungsfähigkeit und Teilhabechancen zu stärken, um den Menschen ein eigenständiges und zufriedenstellendes Leben zu ermöglichen.²⁰¹ Die Arbeitsfelder, in denen Sozialarbeiter*innen tätig sind, sind breit gefächert und können innerhalb dieser Arbeit nur zu einem kleinen Teil beleuchtet werden. Im Hinblick auf die beschriebenen Herausforderungen im Versorgungssystem und dem besonderen Unterstützungsbedarf von Adoleszenten mit psychischen Erkrankungen gilt es, die Arbeit mit dieser Adressat*innengruppe genauer zu betrachten. Sozialarbeitende in diesem Tätigkeitsbereich betrachten ihre Arbeit hauptsächlich als verantwortungsvolle und reflektierte Beziehungsarbeit, die darauf abzielt, jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen eine angemessene und an ihren Entwicklungsstand angepasste Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Die lebensweltorientierte Fallarbeit und das reflexive Fallverstehen werden als zentrale Kompetenzen der Sozialen Arbeit betrachtet, welche als ressourcen- und lösungsorientierte Arbeitsweisen zu verstehen sind. In der Arbeit mit psychisch erkrankten Personen spielen für Fachkräfte außerdem folgende vier Kompetenzen eine besondere Rolle: Durch ihre fachliche Kompetenz, die *Sachkompetenz*, sollen Sozialarbeitende ein umfassendes Verständnis für die Umstände, Dynamiken und Entwicklungen von psychischen Auffälligkeiten und Erkrankungen erlangen. Dies befähigt sie, die Gestaltung pädagogischer Beziehungsangebote entsprechend den Bedürfnissen von Heranwachsenden mit psychischen Beeinträchtigungen anzupassen. Im Rahmen der *Methodenkompetenz* streben Sozialarbeiter*innen an, ein vielfältiges methodisches Repertoire zu entwickeln. Dieses Ziel wird durch Fort- und Weiterbildungen oder gegebenenfalls durch eine Zusatzausbildung verfolgt. Die Methodenkompetenz hat dabei den Zweck, die eigene Qualifikation im Arbeitsfeld zu gewährleisten und die methodischen Fähigkeiten kontinuierlich zu verbessern. Silvia Denner nennt als abschließende Kompetenzen die *Fähigkeit zur Teamarbeit* im Kontext interdisziplinärer Zusammenarbeit sowie die *Selbstreflexionskompetenz* und Psychohygiene. Diese Fähigkeiten und Kompetenzen sind auch in anderen Arbeitsbereichen der Sozialen Arbeit als Teil der Professionalität relevant. Dennoch kommen sie bei der Arbeit mit psychisch erkrankten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in besonderer Weise zum Tragen und haben eine herausragende Bedeutung. Sie sind essentielle Voraussetzungen für

²⁰¹ Vgl. Walther 2023: 17.

diese spezifische Tätigkeit.²⁰² Für Sozialarbeitende im psychiatrischen Kontext ist das Arbeiten in multidisziplinären Teams sowie die Kooperation mit verschiedensten Einrichtungen fast schon der Regelfall. Hierbei wird die Notwendigkeit eines Basiswissen zur Psychologie und gegebenenfalls Medizin bewusst, damit Fachkräfte aus unterschiedlichen Disziplinen auf gleicher Ebene miteinander kooperieren können. In diesem Zusammenhang gilt es jedoch für Sozialarbeiter*innen bereits eine professionelle Identität aufgebaut zu haben, damit die Kooperationsbeziehungen gelingen können und keine asymmetrischen Beziehungsstrukturen entstehen.²⁰³

Innerhalb dieser Bachelorarbeit soll die *klinische Sozialarbeit* als eine von vielen Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit im Fokus stehen. Der Begriff *klinische Sozialarbeit* wird verwendet, um die Soziale Arbeit in Behandlungskontexten zu beschreiben, in denen sie eigene Beratungs- und Behandlungsaufgaben übernimmt. In der klinischen Sozialarbeit hat sich ein breites Spektrum an vielfältigen Praxisfeldern entwickelt,²⁰⁴ bei dem Sozialarbeiter*innen „u.a. in Psychiatrie, Rehabilitation, Akutkrankenhäuser, Beratungsstellen, [...] heilpädagogischen Einrichtungen, Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe für Personen mit besonderen Behandlungsbedarf [...]“²⁰⁵ tätig sind. Die klinische Sozialarbeit hat das Ziel, psychosoziale Belastungen zu verhindern bzw. zu reduzieren sowie das Handlungsrepertoire ihrer Klient*innen zu erweitern. Sie zielt darauf ab, die psychosozialen Auswirkungen chronischer und akuter Erkrankungen zu bewältigen. Zusätzlich setzt sie sich dafür ein, die gesellschaftliche Teilhabe und Beteiligung ihrer Klient*innen am sozialen Leben zu fördern, indem sie diese zu befähigen versucht, ihre eigenen Bedürfnisse zu äußern und in die Tat umzusetzen. In diesem Sinne gibt es verschiedene psychosoziale Interventionsformen als Handlungsmöglichkeiten für Sozialarbeiter*innen, welche folgend nur kurz genannt werden sollen. Durch *niederschwellige, aufsuchende und barrierefreie Angebote* erlangen Sozialarbeitende einen lebensweltnahen Zugang zu ihren Klient*innen und können im besten Fall einfacher den Kontakt aufnehmen und gestalten. Die *psychosoziale Diagnostik* bezeichnet einen systematischen Prozess, der dazu dient, den Beratungs- und Behandlungsprozess zu erfassen und zu analysieren, ein Verständnis der Situation zu entwickeln und Behandlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Die *psychosoziale Beratung* und *Einzelfallhilfe* bieten den Klient*innen direkte Unterstützung, die im Erfolgsfall dazu führt, psychosoziale Notlagen zu überwinden und ihre eigene Handlungsfähigkeit zu verbessern. Als weitere Interventionsmöglichkeiten sind die *Sozialtherapie* sowie die *soziale Gruppenarbeit* zu nennen.²⁰⁶

²⁰² Vgl. Denner 2008: 291 ff.

²⁰³ Vgl. Walther 2023: 25 ff.

²⁰⁴ Vgl. Gahleitner, Röh 2023: o.s.

²⁰⁵ Gahleitner, Röh 2023: o.s.

²⁰⁶ Vgl. Walther, Deimel 2023: 41 ff.

Für die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen beschreibt Dario Deloie eine inklusionsfördernde Perspektive als sozialpsychiatrische Grundhaltung von Sozialarbeiter*innen.²⁰⁷ Eine inklusionsfördernde Perspektive impliziert, dass sämtliche Hilfeangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen darauf abzielen, ihnen die Möglichkeit zu bieten, „selbstbestimmt, partizipativ und gleichberechtigt das individuell gewünschte Ausmaß an Teilhabe an der Gesellschaft zu erreichen“²⁰⁸. Als Prinzipien schlägt Deloie beispielsweise die Resilienzförderung und Salutogenese vor. Hierfür sollen Schutzfaktoren aufgebaut werden, um die Entwicklung der Resilienz zu begünstigen. In diesem Zusammenhang fordert Deloie ebenso eine Alltags- und Lebensweltorientierung von Sozialarbeitenden, um Risikofaktoren der Adressat*innen festzustellen und bestenfalls abzubauen. Wenn dies nicht möglich ist, gilt es für Sozialarbeiter*innen das Empowerment zu fördern. Dies bedeutet, dass sie ihre Klient*innen dazu befähigen, ihre täglichen Herausforderungen eigenständig zu bewältigen. Parallel geht es um die Gesundheitsförderung, welche in der Behandlung von Klient*innen Beachtung finden soll. Neben der akuten Behandlung ist es stets von Bedeutung, gezielt das allgemeine Gesundheitsverhalten zu fördern, um somit aktiv zur Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit beizutragen. Hierbei soll auch die Förderung von Beschäftigung und Arbeit berücksichtigt werden, da die berufliche (Nicht-)Teilhabe den Krankheitsverlauf beeinflussen kann. Zusätzlich betont Deloie die Ressourcenorientierung der Sozialen Arbeit, bei der der Aspekt der Nützlichkeit von Unterstützungsmöglichkeiten im Fokus liegt. Weitere Prinzipien finden sich in der Netzwerkorientierung, der Orientierung an den Menschenrechten sowie der sozialen Gerechtigkeit und der Beziehungsorientierung.²⁰⁹

Als weitere Handlungsmöglichkeiten und -anforderungen der Sozialen Arbeit sind an dieser Stelle die Prävention, Früherkennung und Gesundheitsförderung zu nennen, welche kurz genauer beleuchtet werden sollen. Prävention umfasst hauptsächlich Maßnahmen zur Verhinderung von Krankheiten. Auf der anderen Seite zielt die Früherkennung darauf ab, den Verlauf und die Auswirkungen psychischer Erkrankungen durch frühe Interventionen positiv zu beeinflussen.²¹⁰ Frederike Rogge betont in diesem Zusammenhang, dass vor allem bei Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsförderungen junge Erwachsene als Zielgruppe fokussiert werden sollen. Ihr Standpunkt verdeutlicht, dass es wichtig ist, junge Erwachsene bei der Entwicklung ihrer Ressourcen zu unterstützen und sie in die Lage zu versetzen, eigenverantwortliche Entscheidungen für ihren Übergang ins Erwachsenenalter zu treffen. Dadurch sollen die Betroffenen besser in der Lage sein, den Herausforderungen des Erwachsenwerdens erfolgreich zu begegnen. In

²⁰⁷ Vgl. Deloie 2023: 216 ff.

²⁰⁸ Deloie 2023: 220.

²⁰⁹ Vgl. Deloie 2023: 220 ff.

²¹⁰ Vgl. Wüthrich, Sabatella 2018: 109.

diesem Zusammenhang gilt es, junge Erwachsene vor Überforderungen zu schützen und gegebenenfalls bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben zu unterstützen, damit kein weiteres Risiko für Krisen entstehen kann. Als letzte Maßnahme sind niedrigschwellige psychosoziale Beratungsstellen sowie die Schaffung eines Bewusstseins für ein erhöhtes psychisches Erkrankungsrisiko, um so beispielsweise zusätzlich der Stigmatisierung entgegenzuwirken, zu nennen. Innerhalb solcher Beratungsangebote könnten Gespräche über den Übergang ins Erwachsenenalter, die damit verbundenen Herausforderungen und die individuellen Ziele junger Erwachsener geführt werden.²¹¹ Rogge sieht eine Möglichkeit, besonders „im beruflichen Kontext junger Erwachsener, die Verantwortungsträger [...] zu sensibilisieren und so ein Bewusstsein zu schaffen für die möglichen besonderen Belastungen junger Mitarbeiter“²¹². Zusammenfassend konnte dargestellt werden, dass die Aufgabenbereiche und pädagogischen Interventionsmaßnahmen innerhalb der Sozialen Arbeit sehr vielfältig sind und daher nur teilweise in dieser Arbeit umrissen werden konnten.

²¹¹ Vgl. Rogge 2020: 346 ff.

²¹² Rogge 2020: 352.

Fazit

Die vorliegende Bachelorarbeit hat sich mit den Transitionsprozessen für junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen auseinandergesetzt und wichtige Erkenntnisse zu dieser komplexen Thematik gewonnen, um die anfängliche Fragestellung beantworten zu können.

Junge erwachsene Menschen stehen in der Adoleszenz vor besonderen Herausforderungen, da sie zwischen verschiedene Hilfssysteme wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie fallen. Insbesondere die Veränderung des Rechtsstatus mit Erreichen der Volljährigkeit führt zu Schnittstellenbrüchen und es kann demzufolge zu unzureichenden Behandlungen kommen. Diese Problematik wurde eingehend betrachtet und verdeutlichte die Notwendigkeit einer verbesserten Vernetzung und Kooperation zwischen den unterschiedlichen Hilfssystemen, um einen nahtlosen Übergang zu gewährleisten.

Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit lag auf der Betrachtung der Adoleszenz als eigenständige Lebensphase, die für alle Heranwachsenden mit spezifischen Herausforderungen im Sinne der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben verbunden ist. Hierbei wurde herausgestellt, dass gerade in dieser Phase Jugendliche und junge Erwachsene besonders anfällig für das Auftreten psychischer Auffälligkeiten und Erkrankungen sind. Die psychosozialen Belastungen, die mit dem Übergang ins Erwachsenenalter einhergehen, können zu einer Verschärfung oder Neuausprägung von psychischen Störungen führen. Es wurde deutlich, dass eine frühzeitige und zielgerichtete Unterstützung für diese Zielgruppe von großer Bedeutung ist, um negative Langzeitfolgen zu verhindern und eine positive Entwicklung zu fördern.

In diesem Zusammenhang wurde festgestellt, dass das bestehende Versorgungssystem für junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen noch ausbaufähig und nicht zufriedenstellend ist. Die derzeitigen Herausforderungen im Versorgungssystem sind vielschichtig und bedürfen dringender Lösungsansätze. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wurde auf verschiedene problematische Aspekte hingewiesen, die es zu bewältigen gilt. Ein besonderes Problem ist die häufig auftretende Unterbrechung in der Behandlung während des Übergangs von der Jugend- in die Erwachsenenhilfe. Diese Unterbrechungen können den Therapieerfolg beeinträchtigen und zu einer Verschlechterung des Zustands der Betroffenen führen. Kontinuierliche Begleitung und Betreuung über diese Übergangsphase hinweg sind daher von relevanter Bedeutung. Die mangelnde Kontinuität in der Versorgung ist ein weiterer kritischer Faktor. Es fehlt an einer nahtlosen Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen. Dies führt zu Kommunikationsproblemen und einem unklaren Zuständigkeitsbereich, was die Behandlungsqualität beeinträchtigen kann. Ein weiterer Punkt ist die geringere Unterstützung

des Personals bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben junger Erwachsener. Oft liegt der Fokus der Behandlungsangebote für erwachsene Menschen eher auf der Förderung der Autonomie sowie Diagnostik und Therapie, während die individuellen Bedürfnisse und Herausforderungen Adoleszenter mit psychischen Erkrankungen nicht angemessen berücksichtigt werden (können). Dies kann zu Überforderung der Betroffenen führen und die erfolgreiche Bewältigung der Entwicklungsaufgaben erschweren. Die begrenzte Verfügbarkeit von Therapieplätzen sowie fehlende flächendeckende Angebote sind weitere problematische Aspekte. Insbesondere in ländlichen Regionen oder kleineren Städten gibt es oft nicht genügend Behandlungsmöglichkeiten, was zu langen Wartezeiten und einem Mangel an angemessener Versorgung führt. Um dieser Herausforderungen zu bewältigen, ist eine gezielte Verbesserung des Versorgungssystems erforderlich. Als Lösungsvorschlag hat sich in den letzten Jahren die Adoleszenzpsychiatrie als ein spezifisches Versorgungsmodell entwickelt, das die besonderen Anforderungen und Bedürfnisse dieser Altersgruppe in den Blick nimmt. Die Etablierung der Adoleszenzpsychiatrie zeigt, dass ein Umdenken stattgefunden hat und die Gesundheitsversorgung vermehrt auf die spezifischen Bedürfnisse von jungen Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen eingeht. Weitere mögliche Schritte, um die Lebensqualität adoleszenter Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern und sie in ihrem Übergangsprozess angemessen zu unterstützen, finden sich in der engen Kooperation zwischen den Versorgungsbereichen, der Sicherstellung der Kontinuität in der Behandlung, der gezielten Schulung des Personals für die Bedürfnisse junger Erwachsener und einer bedarfsgerechten Versorgung. Die Soziale Arbeit kann hierbei einen wesentlichen Beitrag leisten, um die Möglichkeiten und Chancen psychisch erkrankter junger Erwachsener zu verbessern. Dies kann beispielsweise durch die klinische Sozialarbeit erfolgen, die eine individuelle Begleitung und Unterstützung in therapeutischen Prozessen bietet. Darüber hinaus sind Präventionsmaßnahmen, Früherkennung und Gesundheitsförderung von großer Bedeutung, um psychische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und geeignete Maßnahmen zur Stärkung der psychischen Gesundheit zu ergreifen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Transitionsprozess für junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen eine komplexe Herausforderung darstellt, die eine interdisziplinäre und gezielte Unterstützung erfordert. Die Arbeit hat gezeigt, dass eine verbesserte Vernetzung der Hilfssysteme, eine Anerkennung der Adoleszenz als eigenständige Lebensphase sowie die Entwicklung spezifischer Versorgungsmodelle, wie die Adoleszenzpsychiatrie, von großer Bedeutung sind, um den Übergang für diese Adressat*innengruppe erfolgreich zu gestalten und ihre Lebensqualität nachhaltig zu verbessern. Die Soziale Arbeit nimmt dabei eine wichtige Rolle ein, welche die Bedürfnisse dieser Zielgruppe erkennt und entsprechende Unterstützungsangebote entwickeln soll.

Literaturverzeichnis

Abzieher, Pia; Lipp, Michael; Staats, Johannes H.; Banaschewski, Tobias; Driessen, Martin; Karow, Anne (2019): Behandlungsangebote der Adoleszenzpsychiatrie – Ergebnisse einer deutschlandweiten Erhebung, Zeitschrift Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie, Ausgabe 87, Thieme, S. 645-652.

Autorengruppe Kinder- und Jugendhilfestatistik (Hrsg.) (2021): Kinder- und Jugendhilfereport 2021 – Eine kennzahlenbasierte Kurzanalyse, Eigenverlag Forschungsverbund DJI/TU Dortmund an der Fakultät 12 der TU Dortmund, Dortmund.

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (Hrsg.) (2018): Die UN-Behindertenrechtskonvention – Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Berlin.

URL: https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/PublikationenErklaerungen/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile&v=8 , letzter Aufruf am 03.08.2023.

Berg, Gundolf; Roth-Sackenheim, Christa (2019): Transitionspsychiatrie in der vertragsärztlichen Versorgung, Zeitschrift Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie, Ausgabe 87, Thieme, S. 616-618.

Bischkopf, Jeannette; Deimel, Daniel; Walther, Christoph; Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.) (2023): Soziale Arbeit in der Psychiatrie – Lehrbuch, 1. Auflage, Psychiatrie Verlag, Köln.

Böwing-Schmalenbrock, Melanie; Detemple, Jonas; Meiner-Teubner, Christiane (2021): Aufwachsen in Deutschland – Rahmenbedingungen der Kinder- und Jugendhilfe. In: Autorengruppe Kinder- und Jugendhilfestatistik (Hrsg.) (2021): Kinder- und Jugendhilfereport 2021 – Eine kennzahlenbasierte Kurzanalyse, Eigenverlag Forschungsverbund DJI/TU Dortmund an der Fakultät 12 der TU Dortmund, Dortmund, S. 7-11.

Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter (Hrsg.) (2021): Teilhabe ermöglichen – Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung nach § 35a SGB VIII.

URL: https://www.unterstuetzung-die-ankommt.de/media/filer_public/d5/1a/d51a9e12-b519-4540-9bca-3a5846337ec9/210921-pocketbroschuere-35a-barrierefrei.pdf , letzter Aufruf am 03.08.2023.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.) (2023): ICD-10-WHO – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO.

URL: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-WHO/_node.html , letzter Aufruf am 03.08.2023.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2020): Kinder- und Jugendhilfe, Berlin.

URL: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94106/40b8c4734ba05dad4639ca34908ca367/kinder-und-jugendhilfe-gesetz-sgb-viii-data.pdf> , letzter Aufruf am 03.08.2023.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2021): Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz – KJSG).

URL: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/gesetze/neues-kinder-und-jugendstaerkungsgesetz-162860> , letzter Aufruf am 03.08.2023.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2023): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.

URL: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/> , letzter Aufruf am 03.08.2023.

Careleaver e.V. (Hrsg.) (2020): Stellungnahme des Careleaver e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen, Hildesheim.

URL: https://www.careleaver.de/wp-content/uploads/2021/05/Stellungnahme_KJSG_Careleaver-eV.pdf , letzter Aufruf am 03.08.2023.

Daigler, Claudia; Rosenbauer, Nicole; Struck, Norbert (2019): Hilfe zur Erziehung, socialnet Lexikon, Bonn.

URL: <https://www.socialnet.de/lexikon/Hilfe-zur-Erziehung> , letzter Aufruf am 03.08.2023.

Deinet, Ulrich; Sturzenhecker, Benedikt; von Schwänenflügel, Larissa; Schwerthelm, Moritz (Hrsg.) (2021): Handbuch Offene Kinder- und Jugendarbeit, 5., vollständig neugestaltete Auflage, Band 1, Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Deloie, Dario (2023): Leitideen einer sozialpsychiatrischen Grundhaltung. In: Bischkopf, Jeannette; Deimel, Daniel; Walther, Christoph; Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.) (2023): Soziale Arbeit in der Psychiatrie – Lehrbuch, 1. Auflage, Psychiatrie Verlag, Köln, S. 216-229.

Denner, Silvia (Hrsg.) (2008): Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen, Kohlhammer, Stuttgart.

Denner, Silvia (2008): Fachliche Kompetenzen und professionelles Selbstverständnis in der Sozialen Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. In: Denner, Silvia (Hrsg.) (2008): Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen, Kohlhammer, Stuttgart, S. 291-298.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.) (2022): Fachlexikon der Sozialen Arbeit, 9., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Nomos Verlag, Baden-Baden.

Endres, Manfred; Rexroth, Christian A. (2018): Verhaltensauffällige Jugendliche – Depressive Jugendliche. In: Stier, Bernhard; Weissenrieder, Nikolaus; Schwab, Karl Ottfried (Hrsg.) (2018): Jugendmedizin, 2., vollständig überarbeitete Auflage, Springer-Verlag, Berlin, S. 336-341.

Faltermaier, Toni (2023): Salutgenese. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2023): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.

Faltermeier, Josef (2017): Care Leaver – Entwicklung und Begründung von Handlungsstrategien für eine erfolgreiche nachstationäre Begleitung junger Erwachsener, Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen, Eigenverlag, Frankfurt am Main.

Fangerau, Heiner; Franzkowiak, Peter (2022): Krankheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2023): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.

Fegert, Jörg M.; Freyberger Harald J. (2012): Neue Entwicklungen in der Adoleszenzpsychiatrie und -psychotherapie, Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, Jahrgang 60, Heft 1, Hans Huber Verlag, Hogrefe AG, Bern, S. 11-14.

Fegert, Jörg M.; Hauth, Iris; Banaschewski, Tobias; Driessen, Martin; König, Elisa (2021): Einführung in die Transitionspsychiatrie, KJPP, Universitätsklinikum Ulm.

URL: https://ackpa.de/wp-content/uploads/2021/07/L1_1_GT_Fegert-et-al_Einfuehrung-Transitionspsychiatrie.pdf , letzter Aufruf am 03.08.2023.

Fegert, Jörg M.; Hauth, Iris; Banaschewski, Tobias; Freyberger, Harald J. (2016): Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie, Eckpunktepapier von DGKJP und DGPPN, Berlin.

URL: <https://www.escap.eu/uploads/Events/Geneva%202017/key-issue-paper-eckpunkte-transitionspsychiatrie-der-adoleszenz-und-des-jungen-erwachsenalters-final.pdf> , letzter Aufruf am 03.08.2023.

Fegert, Jörg M.; Streeck-Fischer, Annette; Freyberger, Harald J. (Hrsg.) (2009): Adoleszenzpsychiatrie – Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters, Schattauer, Stuttgart.

Fendrich, Sandra; Pothmann, Jens; Tabel, Agathe (2018): Monitor Hilfen zur Erziehung, Eigenverlag Forschungsverbund DJI/TU Dortmund an der Fakultät 12 der TU Dortmund, Dortmund.

Fendrich, Sandra; Tabel, Agathe (2021): Hilfen zur Erziehung (§§ 27 bis 35, 41 SGB VIII). In: Autorengruppe Kinder- und Jugendhilfestatistik (Hrsg.) (2021): Kinder- und Jugendhilfereport 2021 – Eine kennzahlenbasierte Kurzanalyse, Eigenverlag Forschungsverbund DJI/TU Dortmund an der Fakultät 12 der TU Dortmund, Dortmund, S. 21-25.

Fingerle, Michael; Opp, Günther; Suess, Gerhard (2020): Einleitung. In: Opp, Günther; Fingerle, Michael; Suess, Gerhard (Hrsg.) (2020): Was Kinder stärkt – Erziehung zwischen Risiko und Resilienz, 4., neu bearbeitete Auflage, Ernst Reinhardt, München, S. 7-8.

Flammer, August (2009): Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz. In: Fegert, Jörg M.; Streeck-Fischer, Annette; Freyberger, Harald J. (Hrsg.) (2009): Adoleszenzpsychiatrie – Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters, Schattauer, Stuttgart, S. 92-104.

Franzkowiak, Peter; Hurrelmann, Klaus (2022): Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2023): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.

Gahlleitner, Silke B.; Röh, Dieter (2023): Sektion Klinische Sozialarbeit – Was ist Klinische Sozialarbeit?

URL: <https://www.dgsa.de/sektionen/klinische-sozialarbeit> , letzter Aufruf am 03.08.2023.

Giertz, Karsten; Werner, Antje; Kölch, Michael (Hrsg.) (2023): Adoleszenzpsychiatrie: Teilhabechancen für junge Menschen in Klinik und Gemeinde, 1. Auflage, Psychiatrie Verlag, Köln.

Giertz, Karsten; Werner, Antje; Wagner, Anke; Möller, Julia (2023): Die psychiatrische und psychosoziale Versorgungssituation von jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland. In: Giertz, Karsten; Werner, Antje; Kölch, Michael (Hrsg.) (2023): Adoleszenzpsychiatrie: Teilhabechancen für junge Menschen in Klinik und Gemeinde, 1. Auflage, Psychiatrie Verlag, Köln, S. 35-50.

Grimmer, Bernhard; Sammet, Isa; Dammann, Gerhard (Hrsg.) (2012): Psychotherapie in der Spätadoleszenz, Kohlhammer, Stuttgart.

Hirschberg, Marianne (2011): Positionen – Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention - Behinderung: Neues Verständnis nach der Behindertenrechtskonvention, Nr. 4, Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin.

URL: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/_migrated/tx_commerce/positionen_nr_4_behinderung_neues_verstaendnis_nach_der_behindertenrechtskonvention_02.pdf , letzter Aufruf am 03.08.2023.

Hurrelmann, Klaus; Richter, Matthias (2022): Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2023): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.

Ilg, Sylke; Heydenreich, Mareike; Korich, Silke (2023): Adoleszenzpsychiatrie in der regionalen Versorgungsklinik. In: Giertz, Karsten; Werner, Antje; Kölch, Michael (Hrsg.) (2023): Adoleszenzpsychiatrie: Teilhabechancen für junge Menschen in Klinik und Gemeinde, 1. Auflage, Psychiatrie Verlag, Köln, S. 104-120.

Karow, Anne; Holtmann, Martin; Koutsouleris, Nikolaus; Pfennig, Andrea; Resch, Franz (2019): Früherkennung und Frühintervention bei psychotischen Störungen in der Transitionsphase, Zeitschrift Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie, Ausgabe 87, Thieme, S. 629-633.

King, Vera; Benzel, Susanne (2019): Adoleszenz: Lebensphase zwischen Kindheit und Erwachsensein. In: Kortendiek, Beate; Riegraf Brigit; Sabisch, Katja (Hrsg.) (2019): Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung, Springer-Verlag, Wiesbaden, S. 1075-1082.

Kölch, Michael (2023): Besonderheiten psychischer Erkrankungen in der Adoleszenz. In: Giertz, Karsten; Werner, Antje; Kölch, Michael (Hrsg.) (2023): Adoleszenzpsychiatrie: Teilhabechancen für junge Menschen in Klinik und Gemeinde, 1. Auflage, Psychiatrie Verlag, Köln, S. 26-34.

Konrad, Kerstin; König, Johanna (2018): Biopsychologische Veränderungen. In: Lohaus, Arnold (hrsg.) (2018): Entwicklungspsychologie des Jugendalters, Springer-Verlag, Berlin, S. 1-21.

Kortendiek, Beate; Riegraf Brigit; Sabisch, Katja (Hrsg.) (2019): Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung, Springer-Verlag, Wiesbaden.

Kuhn, Magdalena; King, Vera (2021): Adoleszenz. In: Deinet, Ulrich; Sturzenhecker, Benedikt; von Schwanenflügel, Larissa; Schwerthelm, Moritz (Hrsg.) (2021): Handbuch Offene Kinder- und Jugendarbeit, 5., vollständig neugestaltete Auflage, Band 1, Springer Fachmedien, Wiesbaden, S. 1303-1313.

Lampert, Thomas; Kroll, Lars Eric; Hapke, Ulfert; Jacobi, Frank (2014): Sozioökonomischer Status und psychische Gesundheit, Zeitschrift Public Health Forum, Band 22, Heft 1, S. 6-8.

Lenz, Albert (2022): Kinder psychisch kranker Eltern stärken – Informationen zur Förderung von Resilienz in Familie, Kindergarten und Schule, 2., vollständig überarbeitete Auflage, Hogrefe Verlag, Göttingen.

Lohaus, Arnold (hrsg.) (2018): Entwicklungspsychologie des Jugendalters, Springer-Verlag, Berlin.

Loos, Sabine; Becker, Thomas (2019): Lost in transition? Versorgung psychischer Erkrankungen am Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter als besondere Herausforderung für die Erwachsenenpsychiatrie, Zeitschrift Sozialpsychiatrische Informationen, Jahrgang 49, Heft 3, Psychiatrie-Verlag, S. 24-27.

Lüders, Christian (2012): Was ist Gesundheit? Was heißt Kranksein?. In: Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. (Hrsg.) (2012): Jugendliche mit psychischen Handicaps fördern und integrieren, Berlin, S. 15-18.

Meiner-Teuber, Christiane; Olszenka, Ninja (2021): Kinder- und Jugendhilfe im Überblick. In: Autorengruppe Kinder- und Jugendhilfestatistik (Hrsg.) (2021): Kinder- und Jugendhilfereport 2021 – Eine kennzahlenbasierte Kurzanalyse, Eigenverlag Forschungsverbund DJI/TU Dortmund an der Fakultät 12 der TU Dortmund, Dortmund, S. 12-20.

Meysen, Thomas; Schönecker, Lydia; Wrede, Nadja (2020): Gesetzliche Altersgrenzen im jungen Erwachsenenalter, SOCLES International Centre for Socio-Legal Studies, Heidelberg/ Berlin.

URL: https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2020/2020-SOCLES_Altersgrenzen_im_jungen_Erwachsenenalter.pdf , letzter Aufruf am 03.08.2023.

Moos, Marion; Müller, Heinz (2007): Einführung und Arbeitshilfe zur Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII, Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V.

URL: https://www.ism-mz.de/fileadmin/uploads/Downloads/Arbeitshilfe___35a.pdf , letzter Aufruf am 03.08.2023.

Opp, Günther; Fingerle, Michael; Suess, Gerhard (Hrsg.) (2020): Was Kinder stärkt – Erziehung zwischen Risiko und Resilienz, 4., neu bearbeitete Auflage, Ernst Reinhardt, München.

Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. (Hrsg.) (2012): Jugendliche mit psychischen Handicaps fördern und integrieren, Berlin.

Quenzel, Gudrun; Hurrelmann, Klaus (2022): Lebensphase Jugend – Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung, 14., überarbeitete Auflage, Beltz Juventa, Weinheim Basel.

Rathmann, Katharina (2015): Bildungssystem, Wohlfahrtsstaat und gesundheitliche Ungleichheit – Ein internationaler Vergleich für das Jugendalter, Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Ravens-Sieberer, Ulrike; Erhart, Michael; Dettenborn-Beltz, Lucia; Cronjäger, Hanna; Möller, Birgit (2011): Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: Wittchen, Hans-Ulrich; Hoyer, Jürgen (Hrsg.) (2011): Klinische Psychologie und Psychotherapie, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, S. 643-672.

Remschmidt, Helmut; Schmidt, Martin H.; Poustka, Fritz (Hrsg.) (2017): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 – Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-5, 7., aktualisierte Auflage, Hogrefe, Göttingen.

Rhiner, Bruno (2018): Weitere psychische Störungen bei Jugendlichen – Störungen des Sozialverhaltens, Dissozialität und Delinquenz. In: Stier, Bernhard; Weissenrieder, Nikolaus; Schwab, Karl Otffried (Hrsg.) (2018): Jugendmedizin, 2., vollständig überarbeitete Auflage, Springer-Verlag, Berlin, S. 356-362.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2021): Psychische Gesundheit in Deutschland, Erkennen – Bewerten – Handeln, Schwerpunktbericht Teil 2 – Kindes- und Jugendalter, Fokus: Psychische Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening und Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS), RKI, Berlin.

Rogge, Frederike (2020): Gesundheit und Wohlbefinden im Übergang ins Erwachsenenalter – Eine triangulative Untersuchung über gelingendes Erwachsenwerden und die Bedeutung von sozialen Beziehungen, Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Sabatella, Filomena; von Wyl, Agnes (Hrsg.) (2018): Jugendliche im Übergang zwischen Schule und Beruf – Psychische Belastungen und Ressourcen, Springer-Verlag, Berlin.

Schmid, Marc; Höger, Christoph; Specht, Friedrich; Becker, Thomas (2009): Psychosoziale Hilfssysteme für Adoleszente mit psychischen Erkrankungen. In: Fegert, Jörg M.;

Streeck-Fischer, Annette; Freyberger, Harald J. (Hrsg.) (2009): Adoleszenzpsychiatrie – Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters, Schattauer, Stuttgart, S. 824-842.

Seiffge-Krenke, Inge (2012): Entwicklungspsychologie der Adoleszenz: Erwachsen werden im 21. Jahrhundert. In: Grimmer, Bernhard; Sammet, Isa; Dammann, Gerhard (Hrsg.) (2012): Psychotherapie in der Spätadoleszenz, Kohlhammer, Stuttgart, S. 15-34.

Seiffge-Krenke, Inge (2015): „Emerging Adulthood“: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken, Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, Jahrgang 63, Heft 3, Hans Huber Verlag, Hogrefe AG, Bern, S. 165-173.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2023): Jugend in Zahlen, Wiesbaden.

URL: https://www.destatis.de/DE/Im-Fokus/Jahr-der-Jugend/_inhalt.html , letzter Aufruf am 03.08.2023.

Stier, Bernhard; Weissenrieder, Nikolaus; Schwab, Karl Ottfried (Hrsg.) (2018): Jugendmedizin, 2., vollständig überarbeitete Auflage, Springer-Verlag, Berlin.

Teuber, Kristin (2022): Rechte von Careleaver*innen verwirklichen.

URL: <https://www.sos-kinderdorf.de/portal/paedagogik/fachthemen/leaving-care/nicht-aufschiebbar--rechte-von-careleaver-innen-verwirklichen-> , letzter Aufruf am 03.08.2023.

Thyen, Ute; Konrad, Kerstin (2018): Psychosoziale Entwicklung in der Adoleszenz. In: Stier, Bernhard; Weissenrieder, Nikolaus; Schwab, Karl Ottfried (Hrsg.) (2018): Jugendmedizin, 2., vollständig überarbeitete Auflage, Springer-Verlag, Berlin, S. 19-24.

Tipi gGmbH; Arbeitsgemeinschaft der Sozialpsychiatrischen Zentren im Kreis Mettmann (2012): Zur Notwendigkeit eines therapeutisch-pädagogischen Angebots für junge psychisch Kranke. In: Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. (Hrsg.) (2012): Jugendliche mit psychischen Handicaps fördern und integrieren, Berlin, S. 9-13.

Trabandt, Sven; Wagner, Hans-Jochen (2021): Psychologisches Grundwissen für die Soziale Arbeit, Barbara Budrich, Opladen & Toronto.

Walther, Christoph (2023): Soziale Arbeit und Psychiatrie. In: Bischkopf, Jeannette; Deimel, Daniel; Walther, Christoph; Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.) (2023): Soziale Arbeit in der Psychiatrie – Lehrbuch, 1. Auflage, Psychiatrie Verlag, Köln, S.16-39.

Walther, Christoph; Deimel, Daniel (2023): Theorien und Konzepte Klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie. In: Bischkopf, Jeannette; Deimel, Daniel; Walther, Christoph; Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.) (2023): Soziale Arbeit in der Psychiatrie – Lehrbuch, 1. Auflage, Psychiatrie Verlag, Köln, S. 40-70.

Wenglorz, Markus; Heinrichs, Nina (2018): Psychische Störungen. In: Lohaus, Arnold (hrsg.) (2018): Entwicklungspsychologie des Jugendalters, Springer-Verlag, Berlin, S. 251-282.

Werner, Antje; Giertz, Karsten; Wagner, Anke; Möller, Julia (2023): Lebensphase Adoleszenz: Erwachsenwerden in einer sich wandelnden Gesellschaft. In: Giertz, Karsten; Werner, Antje; Kölch, Michael (Hrsg.) (2023): Adoleszenzpsychiatrie: Teilhabechancen für junge Menschen in Klinik und Gemeinde, 1. Auflage, Psychiatrie Verlag, Köln, S. 16-25.

Wiegand-Grefe, Silke; Petermann, Franz (2016): Kinder psychisch erkrankter Eltern, Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie, Kindheit und Entwicklung, Jahrgang 25, Heft 2, Hogrefe, S. 63-67.

Wiesner, Reinhard (2022): Kinder und Jugendstärkungsgesetz (KJSG). In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.) (2022): Fachlexikon der Sozialen Arbeit, 9., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Nomos Verlag, Baden-Baden, S. 503-504.

Wittchen, Hans-Ulrich (2011): Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In: Wittchen, Hans-Ulrich; Hoyer, Jürgen (Hrsg.) (2011): Klinische Psychologie und Psychotherapie, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, S. 27-55.

Wittchen, Hans-Ulrich; Hoyer, Jürgen (Hrsg.) (2011): Klinische Psychologie und Psychotherapie, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.

Wüthrich, Verena; Sabatella, Filomena (2018): Früherkennung psychisch auffälliger Jugendlicher in der Beratung: eine Vorstudie bei institutionellen Anlaufstellen. In: Sabatella, Filomena; von Wyl, Agnes (Hrsg.) (2018): Jugendliche im Übergang zwischen Schule und Beruf – Psychische Belastungen und Ressourcen, Springer-Verlag, Berlin, S. 107-119.