

Eckpunktepapier von DGKJP und DGPPN

23. Juni 2016

## Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie

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

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

Die wichtigsten Forderungen von DGKJP und DGPPN auf einen Blick:

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

## Hintergrund

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

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

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

Reifungsprozesse verlaufen selten linear. Vielmehr sind gerade bei jungen Menschen mit psychischen Störungen teilweise Entwicklungseinbrüche oder besonders stark betonte Selbständigkeitsbestrebungen festzustellen. Entwicklungspsychologisch zeigen internationale Datenerhebungen (vgl. Seiffge-Krenke 2015) eine zunehmende Verlängerung der Übergangsphase zwischen Jugendlichen- und Erwachsenenalter. In Südeuropa hat die wirtschaftliche Situation erheblich dazu beigetragen,

dass junge Menschen oft bis zum 30. Lebensjahr bei ihren Eltern leben. Doch auch die in Deutschland findet die häufig spöttisch als „Hotel Mama“ bezeichnete Lebensform zunehmend Verbreitung. Junge Menschen leben in einer Phase des Übergangs in den Beruf oder Studium zwar oft schon in wechselnden Partnerschaften, ziehen dafür aber nicht mehr unbedingt von Zuhause aus.

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

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

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

Demgegenüber ist in der Erwachsenenpsychiatrie der Fokus stark auf die individualisierte Diagnostik und Therapie gerichtet und muss die Autonomie der Erwachsenen gegenüber ihren Herkunftsfamilien berücksichtigen. Entwicklungspsychologische Fragen treten dort gegenüber der Behandlung und Bewältigung der konkreten Erkrankungen zurück, störungsorientierten psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Interventionsmethoden und der begleitenden psychopharmakologischen Therapie kommen hingegen eine höhere Bedeutung zu. Das zu behandelnde Altersspektrum reicht von jungen Erwachsenen bis in das hohe Lebensalter und hat mit einer notwendigen Spezialisierung

einerseits die erkrankungsspezifischen Besonderheiten (Stichwort: spezielle Abteilungen für Störungsgruppen) und andererseits spezielle altersbezogene Prozesse (Stichwort: Alters- oder Gerontopsychiatrie) zu berücksichtigen.

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

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

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

### **Transitionsmedizin für Menschen mit psychischen Erkrankungen stärken**

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

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

Umgekehrt war es im Wesentlichen die Erwachsenenpsychiatrie, welche die im Kindes- und Jugendalter beginnenden psychotischen Erkrankungen in ihrem Langzeitverlauf betrachtet und so eine breite Debatte in beiden Fächern über die notwendige Früherkennung und Frühbehandlung z. B. der schizophrenen Störungen angestoßen hat (Bechdolf et al. 2012). Zu lange wurden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Ersterkrankungen als Adoleszenzkrise bagatellisiert, und damit die Chance für eine Prävention und frühe Intervention nicht hinreichend genutzt. In der Konsequenz sind in

Deutschland erste fächerübergreifende Früherkennungs- bzw. Frühbehandlungszentren in diesen Bereichen (z. B. Resch & Herpertz 2015) entstanden.

### Forschung zur Entwicklungsneurobiologie intensivieren

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

### Alters- und reifungsspezifische Besonderheiten in der Therapie berücksichtigen

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

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

### Transitionspsychiatrie in Weiterbildung und Versorgung fördern

Verläufe entwicklungsbedingter Störungsbilder der Kindheit wie z. B. Autismus und Teilleistungsstörungen sind in den letzten Jahren stärker in Bezug auf ihre Auswirkungen in der Adoleszenzphase und im Übergang zum Erwachsenenalter thematisiert worden. Es besteht hier verstärkter Bedarf an Forschung und einer Verbesserung der psychosozialen Versorgung.

In der Weiterbildung zu beiden Fachärzten gilt es, Kompetenzen für die Behandlung sowie die Verständigung bei der Behandlung im Transitionsalter stärker aufzubauen. E-Learning und neue Unterrichtsmethoden, welche auch fächerübergreifende Ausbildungsmodule ermöglichen, sind fächerübergreifend zu konzeptualisieren.

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

## Transitionspsychiatrische Erkenntnisse in Forensik beachten

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

## Bildungsabschlüsse fördern, Berufseinstieg erleichtern und Teilhabe ermöglichen

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

## Abstimmung komplementärer Versorgungssysteme verbessern

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

## Neue kooperative Angebote entwickeln

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

Entwicklungspsychopathologisch sinnvoll wären hier spezifische, den Übergang unterstützende, reifungsadäquate teilstationäre und stationäre Angebote, wie sie interdisziplinär teilweise schon modellhaft entwickelt wurden. Zentral ist, dass solche Angebote der Krankenbehandlung in der Transitionsphase vom Jugend- ins Erwachsenenalter schwankenden, ja teilweise oszillierenden Reifungsverläufen Rechnung tragen und Kernelemente jugendpsychiatrischer Behandlungscompetenz und Settings mit Kernelementen erwachsenenpsychiatrischer Behandlungscompetenz in einem für junge Menschen geeigneten Rahmen mit der entsprechenden personellen Ausstattung vereinen sollten. Elternarbeit, Psychoedukation der betroffenen jungen Menschen und ihrer Angehörigen

(Partner und Eltern), die Einbeziehung entwicklungspezifischer Fragen in psycho- und soziotherapeutische Angebote, die Einbeziehung von Peergroups, die Unterstützung der Eingliederung in den Beruf oder die Unterstützung von Ausbildungszielen sind zentrale Charakteristika solcher integrierter Angebote, die einer spezifischen Ausgestaltung bedürfen.

## Fazit

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

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

## Literatur

- Bechdolf A, Wagner M, Ruhrmann S et al (2012) Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. *Br J Psychiatry* 200(1):22–9
- Crone EA, van Duijvenvoorde AC, Peper JS (2016) Annual Research Review: Neural contributions to risk-taking in adolescence - developmental changes and individual differences, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57:353–368
- Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ (Hrsg) (2009) *Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. Schattauer-Verlag, Stuttgart
- Fegert JM, Petermann F, Freyberger HJ (2015) Editorial - Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. *ZPPP* 63(3):151–153
- Kaess M, Herpertz SC (2015) Selbstverletzendes und suizidales Verhalten. In: Lehmkuhl G, Resch F, Herpertz SC (Hrsg.) *Psychotherapie im jungen Erwachsenenalter*. Kohlhammer, Stuttgart
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE et al (2003) Juvenile Diagnoses in Adults With Mental Disorder: Developmental Follow-Back of a Prospective-Longitudinal Cohort. *Arch Gen Psychiatry* 60(7):709–717
- Kölch G, Kliemann A, Bleich S, et al (2011) Wissenschaftliche Begutachtung von ausgewählten Fragestellungen zum Hintergrundkontext des Projekts "Arbeitsbündnis Jugend & Arbeit". Expertise, Bundesagentur für Arbeit
- Mayr M, Kapusta ND, Plener PL et al (2015) Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. *ZPPP* 63(3):155–163
- Resch F, Herpertz SC (2015) Die kooperative Adoleszentenstation in Heidelberg: Das „Frühbehandlungszentrum für Junge Menschen in Krisen“ – FBZ. In: Lehmkuhl G, Resch, F, Herpertz SC (Hrsg.) *Psychotherapie im jungen Erwachsenenalter*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- Seiffge-Krenke I (2015) „Emerging Adulthood“: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. *ZPPP* 63(3):165–174