

Aus dem Zentrum für Neurologie und Psychiatrie der Universität zu Köln
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. F. Jessen

**Interdisziplinäre Zusammenarbeit zur
Verbesserung der Versorgung junger Menschen
in psychischen Krisen. Eine Evaluation der
Inanspruchnahme des niedrigschwelligen
Kontakt- und Beratungsangebots *soulspace* in
Berlin-Kreuzberg**

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Sinah Alena Hanser
aus Berlin

promoviert am 19. November 2024

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

2025

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. G. R. Fink
1. Gutachter: Professor Dr. med. A. Bechdorf
2. Gutachter: Professor Dr. med. G. Schulte-Körne

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl des Materials habe ich Unterstützungsleistungen erhalten von:

Frau PD Dr. med. habil. Karolina Leopold (Oberärztin in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Vivantes Klinikum Am Urban)

Weitere Personen waren an der Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Der dieser Arbeit zugrundeliegende Datensatz wurde von der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Vivantes Klinikum Am Urban (KAU) bereitgestellt. Die Daten wurde von ärztlichen und psychologischen Mitarbeiter*innen des KAU sowie von Psycholog*innen und Sozialarbeiter*innen der Kontakt- und Beratungsstelle *transit* der ajb in Berlin erhoben. Der eingesetzte Fragebogen wurde von Frau PD Dr. med. habil. K. Leopold konzipiert und mithilfe der o.g. Personen und meiner Person weiterentwickelt. Die Aufbereitung und Dateneingabe der bereitgestellten Daten sowie die Datenbereinigung wurde von mir selbstständig durchgeführt. Die Datenauswertung erfolgte in Absprache mit der Forschungs Koordinatorin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Vivantes Klinikum Am Urban, Frau Dr. phil. Johanna Baumgardt und mithilfe des Statistikprogramms SPSS (IBM® SPSS® Statistics).

Erklärung zur guten wissenschaftlichen Praxis:

Ich erkläre hiermit, dass ich die Ordnung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten (Amtliche Mitteilung der Universität zu Köln AM 132/2020) der Universität zu Köln gelesen habe und verpflichtete mich hiermit, die dort genannten Vorgaben bei allen wissenschaftlichen Tätigkeiten zu beachten und umzusetzen.

Köln, den 27.01.2023

Unterschrift:

Danksagung

Zunächst möchte ich mich bei allen Mitarbeitenden des Vivantes Klinikum Am Urban sowie der Kontakt- und Beratungsstelle *transit* bedanken, die an der Datenerhebung beteiligt waren und den zeitlichen Mehraufwand dieser Erhebung nicht gescheut haben. Ohne die sorgfältige Erhebung der Daten jedes und jeder Einzelnen wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Ich bin mir sicher, dass sich mit den Ergebnissen neue Erkenntnisse zur Verbesserung der Versorgungslage junger Menschen gewinnen lassen und danke allen herzlich, die daran mitgearbeitet haben.

Auch möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. med. Andreas Bechdorf bedanken, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, durch welchen diese Arbeit überhaupt erst ermöglicht wurde. Ich danke ihm und seinem Engagement im Bereich der Forschung dafür, Menschen wie mir die Möglichkeit der Promotion zu bieten, unter Verwendung klinikintern-erhobener Daten. Herzlichen Dank für diese wunderbare Chance, das wissenschaftliche Arbeiten im Fachbereich der Psychiatrie somit kennenlernen zu dürfen.

Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. phil. Johanna Baumgardt, Forschungskordinatorin im Vivantes Klinikum Am Urban, auf deren intensive Unterstützung ich die gesamte Arbeitsphase des Projektes hinweg zählen konnte. Ihre durchweg positive, herzliche und wohlgesonnene Art ließ mich immer wieder neuen Mut und Motivation schöpfen. Ebenfalls danke ich ihr für ihr Vertrauen in die Zusammenarbeit und in das Projekt selbst. Fachliche Fragen konnte ich zu jedem Zeitpunkt stellen und konnte mir einer zeitnahen und hilfreichen Beantwortung der Fragen sicher sein. Ebenso profitierte ich von einem stets konstruktiven Feedback zu diversen Schritten im Arbeitsprozess, wodurch ich viel lernen konnte. Auch im Fall von Schwierigkeiten ermutigte sie mich stets, die neuen Herausforderungen anzunehmen und die Arbeit somit letztlich fertigzustellen. Zweifelsohne war sie eine große Stütze in der gesamten Arbeitsphase und rückblickend bin ich sehr glücklich und dankbar über diese bereichernde Zusammenarbeit.

Auch Frau. Dr. med. habil. Karolina Leopold gilt mein Dank. Durch ihre Bereitstellung der erforderlichen Fragebögen konnte das Projekt umgesetzt werden. Ebenfalls danke ich ihr für die Beantwortung von Fragen sowohl klinischer Art als auch Fragen bzgl. der Datenerhebung. Ihre Erfahrungen in Projekten mit ähnlich aufgebauten Studien waren dabei eine sehr hilfreiche Unterstützung.

Von Herzen möchte ich mich auch bei meinem Freund Simon Fischer und bei meiner Familie für deren Rückhalt bedanken.

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	6
1. ZUSAMMENFASSUNG	7
2. EINLEITUNG	8
2.1 Prävalenzen und Ersterkrankungsalter	8
2.1.1. Adoleszenz und junges Erwachsenenalter	8
2.1.2. Folgen einer frühen Erkrankung	9
2.1.3. Krankheitslast und Kosten	10
2.2 Aktuelle Hemmschwellen der Inanspruchnahme	11
2.3 Schnittstellenproblematik	11
2.3.1. Exkurs: Transitionsmedizin	12
2.3.2. „Best-Practice“ – Beispiele für stationäre Lösungsansätze	13
2.4 Erweiterter Handlungsbedarf: Prävention durch Früherkennungszentren	13
2.5 „Best-Practice“ – Beispiele für Früherkennungszentren	15
2.6 soulspace: Struktur und Netzwerkbildung	16
2.6.1. Zugangs- und Versorgungswege	17
2.7 Fragestellung und Ziel der Arbeit	20
3. MATERIAL UND METHODEN	20
3.1 Erhebungszeitraum	20
3.2 Studiendesign	20
3.3 Statistische Auswertung	22
4. ERGEBNISSE	22
4.1 transit-Erstkontakt	25
4.2 FIT-Sprechstunde	25
4.2.1. Vorherige Inanspruchnahme	25
4.2.2. Ausbildungshintergrund und aktuelle Haupttätigkeit	26

4.2.3.	Selbst- und Fremdgefährdung	27
4.2.4.	Sucht- und Familienanamnese	27
4.2.5.	Vorgehen nach Erstkontakt	27
4.2.6.	Diagnostische Einschätzung	28
5.	DISKUSSION	31
5.1	Alter, Begleitung und Geschlechterverteilung	31
5.2	Bildungshintergrund	32
5.3	Kontaktinitiierung, Zugangswege und Beweggründe der Inanspruchnahme	33
5.4	Vor- und Weiterbehandlung	34
5.5	Diagnosen	35
5.6	Fazit und Ausblick	36
6.	ANHANG	37
6.1	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	37
6.2	Erhebungsinstrumente	37
6.3	Ethikvotum	47
7.	LITERATURVERZEICHNIS	48

Abkürzungsverzeichnis

APP	Application
DALY	Disability Adjusted Life Years
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychiatrie e.V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EIS	Early Intervention Service
EP	Erwachsenenpsychiatrie
FETZ	Früherkennungs- und Therapiezentrum für psychische Krisen
FIT	Früherkennungsinitiative
FRITZ	Frühinterventions- und Therapiezentrum
IPS	Individual Placement and Support
KAU	Vivantes Klinikum Am Urban
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
StäB	Stationsäquivalente Behandlung
WHO	World Health Organisation
YLD	Years Lived With Disability
YLL	Years Of Life Lost

1. Zusammenfassung

Eine Vielzahl psychischer Erkrankungen manifestiert sich im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter. Doch gerade diese Altersgruppe weist besonders geringe Inanspruchnahme- und Behandlungszahlen auf. Zudem sind therapeutische Interventionen in diesem Alter von starker Diskontinuität geprägt. Dazu tragen u.a. die eher unstete, teils durch Instabilität gekennzeichnete Lebensphase der Adoleszenz sowie die defizitäre Versorgungslage alters- und zielgruppenspezifischer Angebote bei. Angesichts langfristiger und gravierender persönlicher sowie gesamtgesellschaftlicher Folgen einer verzögerten Behandlung psychischer Krisen und Erkrankungen besteht demnach Handlungsbedarf. Vor diesem Hintergrund wurde 2018 das multidisziplinär geführte Früherkennungs- und Interventionszentrum *soul space* in Berlin-Kreuzberg gegründet. In einer Kooperation bestehend aus der lokalen Kontakt- und Beratungsstelle *transit* und dem Vivantes Klinikum Am Urban (KAU) arbeiten im *soul space* Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen und Fachärzt*innen unter einem Dach. Im Sinne der Niedrigschwelligkeit und zugunsten der Entstigmatisierung erfolgte die Verortung bewusst abseits des Klinikgeländes in einem neutralen Gebäude ohne „Krankenhaus-Charakter“. Für eine erste Evaluation der Inanspruchnahme wurden in zwei Angeboten des *soul space* (*transit*, *FIT*) die dortigen Erstkontakte analysiert. Ziel der Untersuchung war die Auswertung soziodemografischer und erkrankungsbezogener Daten der Klient*innen beider Angebote sowie von Daten zu dem Erstkontakt folgenden Prozedere. Die Ergebnisse dieser Evaluation wurden in der vorliegenden Arbeit deskriptiv analysiert und angebotsspezifisch miteinander verglichen. Im Untersuchungszeitraum (*transit*: Juni 2018 – Dezember 2021; *FIT*: Januar 2016 – Dezember 2021) nutzten 899 Personen den *transit-Erstkontakt* ($M_{\text{Alter}} = 24,74 \pm 5,06$) und 592 Personen die *FIT-Sprechstunde* ($M_{\text{Alter}} = 23,51 \pm 4,79$). Nach dem Erstkontakt wurden vor allem weiterführende interne Angebote häufig genutzt, was auf eine erfolgreiche Annahme des Angebots hindeutet. Im *transit-Erstkontakt* vorstellige Klient*innen waren mehrheitlich nicht vorbehandelt (53,5 %; $n = 347$). Dem gegenüber steht, dass die deutliche Mehrheit der Klient*innen der *FIT-Sprechstunde* zu einem früheren Zeitpunkt bereits Versorgungsangebote genutzt hatten (85,4 %; $n = 437$) und überwiegend zur Diagnostik in die *FIT-Sprechstunde* vermittelt wurde (92 %; $n = 183$). Durch seine gute Zugänglichkeit konnte der *transit-Erstkontakt* den niedrigschwelligen Charakter des *soul space* somit stärken und fungierte dabei wie intendiert als Bindeglied in der Versorgungsstruktur.

Neben einem hohen Anteil bereits manifester Diagnosen konnte in der *FIT-Sprechstunde* bei 110 Personen (71,4 %) eine Hochrisikokonstellation festgestellt werden. Somit wurde die angestrebte Zielgruppe mehrheitlich erreicht. Um bereits erreichte Erfolge in der Versorgung synergistisch zu nutzen, sind weitere Kooperationen mit bereits bestehenden Angeboten

anzustreben. Grundsätzlich sollte der Aufbau weiterer Früherkennungszentren und niedrigschwelliger Präventionsangebote mit Nachdruck vorangetrieben werden.

2. Einleitung

2.1 Prävalenzen und Ersterkrankungsalter

In Deutschland sind pro Jahr 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen.^{1,2} Vornehmlich handelt es sich dabei um Angsterkrankungen (15,4 %), gefolgt von affektiven Störungen (9,8 %) sowie Störungen durch den Konsum von Alkohol und Medikamenten (5,7 %). Dieselbe Studie zeigte zudem, dass jüngere Menschen häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen sind als ältere Menschen, da die Prävalenz in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen zwischen 18 – 34 Jahre mit 36,7 % am höchsten ist (ebenda). Untersuchungen von Kessler et al. aus den USA zur 12-Monatsprävalenz psychischer Erkrankungen unter 13 bis 17 Jährigen zeigten eine Betroffenheit von 40,3 %.³ Diese und weitere^{4,5} Untersuchungen belegen, dass sich eine Vielzahl psychischer Erkrankungen im frühen Jugend- und jungen Erwachsenenalter manifestiert, was sowohl das Individuum als auch die Gesellschaft vor große Herausforderungen stellt.

2.1.1. Adoleszenz und junges Erwachsenenalter

Empirische Studien zeigten, dass junge, schwer und chronisch erkrankte Personen „[...] über geringere soziale Kompetenzen und Bewältigungsstrategien [...] verfügen, seltener einen Schulabschluss oder eine Berufsausbildung erreichen und seltener über ein stabiles soziales Unterstützungssystem verfügen [...]“ (S.125)⁶, als nicht erkrankte Personen. Der Umstand, dass diverse Lebensbereiche betroffen sein können, ist mitunter auf die zentrale Bedeutung der Adoleszenz (lat. *adolescere* = heranwachsen) und die zu bewältigende „*Entwicklungsaufgabe*“ (S.80)⁷ zurückzuführen, vor welcher junge Menschen in dieser Lebensphase stehen. Betroffene Heranwachsende sind demnach in mehrfacher Hinsicht stark belastet, da die Adoleszenz sowohl eine Weichenstellung bezüglich Ausbildung und beruflicher Entwicklung erfordert als auch die persönliche, partnerschaftliche und soziale Weiterentwicklung in dieser Zeit stark geprägt werden.⁶ Darüber hinaus steht in der Adoleszenz vor allem die Identitätsbildung sowie der vermehrte Wunsch nach Selbstständigkeit im Vordergrund. Da dies in der Regel mit einer Abgrenzung zu Bezugspersonen einhergeht, kann dieser Prozess unter Umständen zu einer (kurzfristigen) Orientierungslosigkeit und Überforderung führen. Zusätzlich bedingen eine Vielzahl allgemeiner Umbrüche, wie häufige Änderungen des Wohnortes, wiederholte Wechsel von Arbeits- oder Ausbildungsverhältnissen, aber auch neurobiologische Entwicklungsprozesse,

die besondere Gefährdungslage jener Altersgruppe, psychisch zu erkranken.⁸ Es liegt dementsprechend nahe, dass eine psychische Erkrankung in der – ohnehin herausfordernden – Entwicklungsphase der Adoleszenz beträchtliche Folgen für das weitere Leben haben kann.

Dass diese Entwicklungsschritte mit Eintritt in die Volljährigkeit nicht gänzlich abgeschlossen sind, sondern sich noch weit ins junge Erwachsenenendasein ziehen können, wurde u. a. von dem Psychologen Jeffrey J. Arnett konstatiert.⁹ Jene durch Instabilität gekennzeichnete Lebensphase von der späten Adoleszenz bis ins junge Erwachsenenalter beschrieb er mit dem Begriff der „*Emerging adulthood*“ (ebenda, S. 469). Arnett verweist damit auf eine gesellschaftlich sowie soziokulturell bedingte Verschiebung des Erwachsenwerdens – vornehmlich in westlichen Industrienationen – weit über das 18. Lebensjahr hinaus. Damit definierte er eine neue Entwicklungsphase zwischen dem 18. und 25. bzw. 30. Lebensjahr, die in Versorgungskonzepten und therapeutischen Ansätzen für jene Altersgruppe mitbedacht werden muss.¹⁰

2.1.2. Folgen einer frühen Erkrankung

Neben den akuten Belastungen für die junge erkrankte Person und deren Umfeld ist zudem besorgniserregend, dass eine Vielzahl der früh entwickelten psychischen Beschwerden und Erkrankungen im Erwachsenenalter bestehen bleiben und nur selten mit dem „Herauswachsen“ aus der Adoleszenz verschwinden.¹¹ Vielmehr verläuft ein Großteil der Erkrankungen chronisch-rezidivierend. Kessler et al. stellten bspw. fest, dass dies bei knapp $\frac{3}{4}$ aller psychischen Störungen von Jugendlichen zwischen 13 und 17 Jahren der Fall ist.³ Mitunter stellen diese Phasen Vorstadien und Erstmanifestationen schwerer psychischer Störungen dar.¹¹ Ein verspäteter Behandlungsbeginn kann wiederum zu einer Chronifizierung mit langfristig geringeren Behandlungserfolgen führen.¹² Die Problematik als passagere „*Adoleszenzkrise*“ (S. 82)⁷ zu bezeichnen gleicht demnach einer Verharmlosung und unter Umständen einer Verkennung der Lage. Eine Verzögerung der Kontaktaufnahme zum professionellen Helfersystem kann die Folge sein.

Zusammenfassend zeichnen sich verschiedene Problemfelder bezüglich einer unentdeckten bzw. unbehandelten psychischen Erkrankung in der Adoleszenz ab:

- Die akute Symptomatik und damit einhergehende Beschwerden
- Langfristige Auswirkungen wie bspw. schlechtere bildungs- und berufsbezogene Chancen durch ein krankheitsbedingtes Unvermögen, die erforderlichen Leistungen zum entscheidenden Zeitpunkt zu erbringen

- Ein hohes Chronifizierungsrisiko (u. a. aufgrund von Behandlungsverzögerungen) und damit persistierend hohe Belastungen auch im Erwachsenenalter

Eine psychische Erkrankung in der vulnerablen Zeitspanne der Adoleszenz birgt somit ein beträchtliches Risiko, auch längerfristig zu einer schlechteren sozialen und ökonomischen Situation zu führen. Verschiedene Studien belegen, dass eine gelungene Intervention in dieser entscheidenden Entwicklungsperiode einen deutlich positiven prognostischen Effekt auf das spätere Leben hat.¹³ Um den potenziell negativen Folgen psychischer Erkrankungen entgegenwirken zu können, müssen diese also möglichst *früh* erkannt und behandelt werden. Untersuchungen zeigen jedoch, dass gerade Jugendliche und junge Erwachsene entsprechende Hilfs- und Behandlungsangebote vergleichsweise wenig und spät nutzen.^{14,15} Oftmals bestehen erhebliche Verzögerungen zwischen Erkrankungsbeginn und der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten sowie dem Einleiten einer entsprechenden Therapie. Wang et al. beschrieben, dass insbesondere ein früher Krankheitsbeginn mit einer Behandlungsverzögerung assoziiert ist.¹⁶ An diesem Punkt steht vor allem das Gesundheitssystem in der Verantwortung, diese Lücke durch passgenaue Angebote zu schließen und eine effektive Versorgung sicherzustellen.

2.1.3. Krankheitslast und Kosten

Ein früher Krankheitsbeginn, eine verspätete Behandlungsinitiation und eine mögliche Chronifizierung erlauben Rückschlüsse auf die Reichweite einer ungenügenden Versorgung junger Menschen in psychischen Krisen. Gore et al. stellten dazu bspw. in Untersuchungen zum *Global Burden of Disease* fest, dass 15,5 % aller *Disability adjusted Life Years*¹ auf Krankheiten zurückzuführen sind, welche im Alter von 10 bis 24 Jahren auftreten.¹⁷ Davon sind neuropsychiatrische Erkrankungen mit 45 % die häufigste Ursache für die mit Krankheit/Behinderung gelebten Lebensjahre (*Years Lived with Disability; YLDs*). Hinzu kommen erhebliche finanzielle Belastungen für das Gesundheitssystem durch direkte Behandlungskosten sowie durch indirekte Kosten aufgrund von Produktivitätsausfällen.¹³ Zusammenfassend verursachen psychische Erkrankungen demnach nicht nur immense sozioökonomische Kosten, sondern sind auch maßgeblich für einen großen Anteil eingebüßter Lebensqualität vieler Menschen verantwortlich.

¹ DALYs; deutsch = behinderungskorrigierte- bzw. krankheitskorrigierte Lebensjahre

2.2 Aktuelle Hemmschwellen der Inanspruchnahme

Eine Hürde der Inanspruchnahme ist unter anderem die komplexe und teilweise unübersichtliche Struktur der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland.¹⁸ Diese gerade in seelischen Krisen überblicken zu können, überfordert viele Menschen. Dazu kommen Unsicherheiten bezüglich passender Ansprechpartner*innen, wodurch Erstkontakte zusätzlich verzögert oder verhindert werden. Eine weitere Hürde der Inanspruchnahme besteht in oft langen Wartezeiten: Laut Statistiken beträgt die Wartezeit für eine Richtlinienpsychotherapie in Deutschland bei Erwachsenen durchschnittlich ca. fünf Monate und bei Kindern und Jugendlichen ca. vier Monate.¹⁹ Hinzu kommen mangelnde Aufklärung bzgl. psychischer Erkrankungen, die Sorge vor gesellschaftlicher Stigmatisierung sowie selbststigmatisierende Gedanken und Urteile.²⁰ Diese tragen ebenso dazu bei, das Aufsuchen von Hilfsangeboten zu verzögern oder zu unterlassen (ebenda). Das Verschweigen psychischer Probleme, aber auch die Stigmatisierung nach deren Offenlegung, wirken sich zudem als starke Stressoren somit bedeutend nachteilig auf das Wohlergehen der betroffenen Person aus.²¹

Die dargelegten Hürden der Inanspruchnahme drücken sich auch in geringen Behandlungszahlen der Altersgruppe aus^{15,22} und stehen damit in einem deutlichen Missverhältnis zur hohen Anzahl an Krankheitsfällen in der entsprechenden Gruppe.¹¹

Lambert et al. formulierten diesbezüglich, dass *„[...] die Altersgruppe mit der höchsten Prävalenz und Inzidenz für psychische Erkrankungen und dem höchsten Risiko für frühe Chronifizierung und langfristige negative Konsequenzen die niedrigste Behandlungsrate hat.“*, (S.620).¹¹

2.3 Schnittstellenproblematik

Indes birgt die Behandlung von psychisch erkrankten Jugendlichen und jungen Erwachsenen gesonderte Herausforderungen. Dabei ist vor allem der Übergang von der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) in die Erwachsenenpsychiatrie (EP) von Bedeutung. Dieser Wechsel erfolgt im ambulanten Sektor spätestens ab dem 21. Lebensjahr, während im teilstationären und stationären Setting ein Zuständigkeitswechsel bereits ab dem 18. Lebensjahr vorgesehen ist.²³ Der Übergang geht oft mit erheblichen Komplikationen einher und erweist sich häufig als *Sollbruchstelle* in der Therapiekontinuität.²⁴ Daraus resultierende Therapieabbrüche können zum Beispiel in Symptomverschlechterungen resultieren und akute Krisen mit wiederkehrenden Akutvorstellungen zur Folge haben.⁶ Zudem können sich ein plötzlicher Therapeut*innenwechsel, das meist deutlich ältere Patienten Klientel im stationären Bereich

und die erwachsenenbezogene therapeutische Ausrichtung nachteilig auf den Behandlungserfolg auswirken.²⁵ Letztgenannte entspricht zum Teil nicht den Bedürfnissen jüngerer Patient*innen, da sich zum Beispiel der zuvor stark familienzentrierte Ansatz in der KJP auf einen Ansatz verschiebt, den/die Patient*in vornehmlich losgelöst von der jeweiligen Ursprungsfamilie betrachtet. Auch verfolgt die EP einen geringeren entwicklungspsychologischen und weniger einen pädagogischen Fokus als die KJP.^{7,8,23} Da es bei psychischen Erkrankungen zu Entwicklungsverzögerungen kommen kann und die Reifeentwicklung ohnehin individuell stark variiert, kann eine familienausgerichtete therapeutische Arbeit durchaus auch nach dem 18. Lebensjahr geeignet und notwendig sein.^{8,23,25} Es scheint somit sinnvoll, diese beiden Disziplinen weniger strikt voneinander zu trennen. Stattdessen sollten an der Schnittstelle zum Erwachsenwerden Inhalte aus KJP und EP vermehrt miteinander verknüpft werden, bspw. in Form von adoleszenzspezifischen Angeboten bzw. transitionsmedizinischer Konzepte.

2.3.1. Exkurs: Transitionsmedizin

Transitionsmedizinische Konzepte gewinnen im Rahmen der Behandlung chronischer und/oder seltener Erkrankungen mit Beginn im Kindesalter zunehmend an Aufmerksamkeit.²⁶ Dabei beschreibt der Begriff Transition (lat. *transitio* = Übergang) im medizinischen Kontext einen geführten und aufeinander abgestimmten Übergang von einer kindlich- hin zu einer erwachsenenorientierten Behandlung.²⁷ Dem gegenüber steht der Begriff Transfer (lat. *transferre* = hinüberbringen), welcher als „[...] direkte Übergabe des Patienten von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin als einmaliges Ereignis.“, (S. 7, ebenda) definiert ist. Die Autor*innen der S3-Leitlinie „Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin“ adressieren eine Patientenzielgruppe von etwa 12 – 24 Jahren (ebenda). Das Ziel der Transitionsmedizin besteht somit darin, diesen Übergang therapeutisch bestmöglich zu begleiten und durch eine koordinierte, interdisziplinäre Zusammenarbeit Versorgungslücken in dieser Zeit zu vermeiden.²⁸ Dies ist sowohl bei somatisch wie auch bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von großer Relevanz. Angesichts der oben geschilderten Ausgangslage zur Versorgung junger Menschen mit psychischen Erkrankungen und dem zeitlichen Verlauf mit häufig früher Erstmanifestation und Chronifizierung ist die strukturierte Überleitung ohne Unterbrechungen der Therapie maßgeblich, um die Lebensqualität dieser Personen zu verbessern. 2016 gründete die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) deshalb die „Task Force Transitionspsychiatrie“. In ihrem Eckpunktepapier⁷ von 2017 machte diese „Task Force“ auf die Komplexität der Versorgung junger Menschen in der Transitionsphase aufmerksam und formulierte diesbezüglich

verschiedene Forderungen und Lösungsansätze. Diese umfassten unter anderem fächerübergreifende, ambulante, teilstationäre, stationäre und komplementäre Versorgungsangebote zu schaffen.

2.3.2. „Best-Practice“ – Beispiele für stationäre Lösungsansätze

Ein Beispiel für ein transitionsmedizinisches, stationäres Behandlungsangebot ist die Adoleszentenstation am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Seit 2013 werden dort 21 stationäre Behandlungsplätze für junge Menschen zwischen 16 und 25 Jahren zur Verfügung gestellt. Die Betreuung erfolgt durch ein multidisziplinäres Team von Behandler*innen aus KJP und EP. Ungeachtet des jungen Alters handelte es sich bei den Patient*innen überwiegend um bereits schwere psychiatrische Erkrankungen, wobei der Altersdurchschnitt genau am Übergang zwischen KJP und EP liegt. Auswertungen von Daten zu deren Inanspruchnahme aus einer Studie von 2018 konnten die Dringlichkeit der Etablierung transitionsmedizinischer Konzepte daher uneingeschränkt bestätigen.²⁹

Ein weiteres adoleszentenorientiertes (teil-) stationäres Beratungs- und Behandlungsangebot für junge Menschen ist das *FRITZ (FRühInterventions- und TherapieZentrum)* im Vivantes Klinikum Am Urban in Berlin-Kreuzberg. Mit Gründung einer Schwerpunktstation für junge Erwachsene mit beginnenden psychotischen Symptomen im Jahr 2013 wurde das Angebot seither stetig weiterentwickelt. Für junge Menschen werden im *FRITZ* spezialisierte kinder-, jugend- und erwachsenenpsychiatrische Behandlungsoptionen angeboten. Je nach Indikation können Behandlungen stationär, ambulant oder tagesklinisch stattfinden. Neben der Integration von zwei Home-Treatment-Plätzen im Rahmen eines Modellprojektes ist seit 2018 im Rahmen der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) auch eine aufsuchende Behandlung mit täglichen Visiten im heimischen Umfeld möglich. Vor diesem Hintergrund kann für jede*n Patient*in eine passende Behandlungsstrategie in einem passenden Behandlungssetting gefunden werden.³⁰

2.4 Erweiterter Handlungsbedarf: Prävention durch Früherkennungszentren

Die oben dargelegte Ausgangslage verdeutlicht den Bedarf entsprechender Unterstützungsangebote mit Ausrichtung auf die Bedürfnisse und Anliegen *junger* Menschen in psychischen Krisen. Dabei gilt es insbesondere den Weg ins Versorgungssystem zu erleichtern, Behandlungskontinuität abzusichern, die Notwendigkeit stationärer Aufenthalte und Akutaufnahmen möglichst zu minimieren und die Schnittstellenproblematik zwischen KJP und EP zu reduzieren. Eingangs dargelegte Hürden bezüglich der Inanspruchnahme sowie Defizite im Versorgungssystem müssen dabei gezielt abgebaut werden, um jene vulnerable

Gruppe *rechtzeitig* zu erreichen und damit die von Karow et al. beschriebene „*Krankheitsprogressionskaskade*“ (S. 632)¹³ aufzuhalten. Ein zielführender Ansatzpunkt besteht demnach in der Unterbrechung dieser Kaskade durch eine systematische und vor allem *frühzeitige* Intervention und Stärkung präventiver Ansätze. Auch im Hinblick auf das oftmals junge Ersterkrankungsalter ist vor allem die *frühe* Intervention entscheidend für die weitere Entwicklung der Erkrankung.

Entsprechende Empfehlungen wurden bereits vielfach formuliert, unter anderem seitens der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem nachdrücklichen Aufruf, diesbezügliche Versorgungsangebote zu implementieren.³¹ Die Forderungen umfassen unter anderem die Ergänzung der bestehenden Versorgungsstruktur durch Hilfsangebote in Form sogenannter Früherkennungszentren (*Early Intervention Service, EIS*).^{13,32} Während sich adoleszenten-spezifische stationäre Angebote als Lösungsversuch der Schnittstellenproblematik auf Ebene der stationären Versorgung auffassen lassen (siehe 2.3.2.), stellen die *EIS* gewissermaßen einen Lösungsversuch für die ambulanten Bereiche von Prävention, Diagnostik und Therapie dar.

EISs zeichnen sich dabei vor allem durch Niedrigschwelligkeit sowie Interdisziplinarität aus, wodurch vielschichtige Interventionsmöglichkeiten geboten werden. Durch ihren Aufbau soll es gelingen, jungen Menschen unkompliziert Unterstützung zugänglich zu machen, psychische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und bei entsprechender Indikation therapeutisch zu versorgen. Neben einer aufeinander abgestimmten Zusammenarbeit von EP und KJP ist auch die Kooperation mit weiteren Einrichtungen und Personen wie bspw. Sozialarbeiter*innen, Pädagog*innen, Psycholog*innen, Hausärzt*innen etc. von hoher Bedeutung.¹³ Eine breite professionelle Aufstellung soll den Weg ins Versorgungssystem an diversen Stellen erleichtern bzw. für eine breite Klientel ermöglichen. Ferner sollen altersgerechte Sprache und Informationsvermittlung sowie eine Lokalisation in einem nicht-stigmatisierenden Umfeld die Kontaktaufnahme zusätzlich erleichtern. Ein weiterer Grundpfeiler ist die jugendfreundliche Ausrichtung der Zentren. Dazu untersuchten Hawke et al. in einem Scoping-Review verschiedene Hilfsangebote, um eine bis dato fehlende allgemeingültige Definition des Begriffs *Jugendfreundlichkeit* im Kontext „*mental health and substance use*“ zu formulieren. Auf Basis der Ergebnisse wurde folgende Definition von den Autoren vorgeschlagen:

„A youth-friendly mental health and substance use service is one that is accessible, appealing, flexible, confidential and integrated, where youth feel respected, valued, and welcome to express themselves authentically, without discrimination of any kind; it is a developmentally

and culturally appropriate service that mandates youth participation in service design and delivery, to empower youth and help them gain control over their lives.”, (S.13).³³

Diese Charakteristika können beim Aufbau und bei der Implementierung neuartiger Konzepte und Hilfsangebote zukünftig Orientierung bieten.

2.5 „Best-Practice“ – Beispiele für Früherkennungszentren

Internationaler Vorreiter auf dem Gebiet jugendfreundlicher Früherkennungsinitiativen ist Australien. Mit der Gründung von *headspace* im Jahr 2006 wurde ein flächendeckendes und landesweites Hilfsnetzwerk für junge Menschen zwischen 12 und 25 Jahren in psychischen Krisen geschaffen.³⁴ Der Ansatz umfasst dabei eine diagnoseunspezifische Ausrichtung. Mittlerweile gibt es in Australien über 110 *headspace*-Zentren, deren Programm von telefonischen und persönlichen Beratungen bis zu digitalen Hilfsangeboten reicht (ebenda). Um Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge zu fördern, steht die aktive Partizipation der Klient*innen bei der Entwicklung der Beratungs- und Behandlungspläne im Vordergrund. Ebenfalls werden die Miteinbeziehung sowie Schulung von Familienmitgliedern und Freund*innen angeboten und gefördert (ebenda). In anderen Ländern wurde der Ausbau von Früherkennungsangeboten ebenfalls ausgeweitet, sodass entsprechende Angebote mittlerweile weltweit existieren, unter anderem in Kanada, Irland und Großbritannien.^{35,36}

Das erste Früherkennungszentrum in Europa, das **FrühErkennungs- & Therapie-Zentrum (FETZ)**, wurde im Jahr 1997 in Köln gegründet.³⁷ Das *FETZ* ist organisatorisch und räumlich Teil der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Köln. Um einen niedrigschwelligen Zugang zu ermöglichen, ist es durch einen separaten Eingang abseits des Stationssettings zu erreichen. Das Angebot des *FETZ* richtet sich an junge Menschen mit erhöhtem Risiko für psychotische Störungen und der Erstmanifestation einer Psychose (ebenda). Weitere Angebote zur Früherkennung existieren mittlerweile in zahlreichen deutschen Städten. Ein landesweit einheitliches Angebot fehlt bislang, vielmehr handelt es sich um jeweils eigenständige Angebote der verschiedenen Regionen – unter anderem in Hamburg (*Früherkennungssambulanz für Psychische Störungen, FePS*), Bochum (*BoFiT, Bochumer Früherkennungsinitiative und Therapie*), Düsseldorf (*FEZ, Früherkennungszentrum Düsseldorf*), München (*Pronia – Früherkennung*), Dresden (*DD früh dran*) sowie an der Berliner Charité (*FeTZ, Früherkennungs- und Therapiezentrum für Psychosen Berlin-Brandenburg*).^{38,39} Die Internetseite www.psycho-check.com, erstellt und betreut von der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Vivantes Klinikum Am Urban, gibt einen Überblick zu Früherkennungsangeboten in Deutschland zzgl. der Schweiz und hat entsprechende Kontaktadressen hinterlegt. Zudem kann online ein Selbsttest, der sogenannte „*Schnell-Check*“, zur eigenen psychischen Gesundheitssituation durchgeführt werden.

Ein Großteil der Früherkennungszentren ist auf die Diagnostik und Behandlung ausgewählter Krankheitsbilder, beispielsweise Psychosen, spezialisiert. Dies ist vor allem durch die Tatsache bedingt, dass insbesondere Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis oftmals schon Jahre vor Krankheitsmanifestation in Form sog. „*Prodromalphasen*“ (S. 223)⁴⁰ symptomatisch werden können. Krankheitsdefinierende Kriterien werden in diesem Stadium noch nicht erfüllt und erschweren den Betroffenen und Behandler*innen die Einschätzung der Situation. Mithilfe der Identifikation sog. Basissymptome konnten jedoch spezifische Testkriterien entwickelt werden, welche unter anderem in den Früherkennungszentren zur Risikobewertung und Früherkennung eingesetzt werden.^{41,42}

Um ein größeres Publikum zu erreichen, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass Risikosyndrome für (schwere) psychische Erkrankungen ein sehr heterogenes klinisches Bild zeigen^{43,44} und um die Umsetzung internationaler Empfehlungen im deutschen Versorgungssystem weiter voranzubringen⁴⁵, wurde in Berlin-Kreuzberg im Jahr 2018 ein diagnoseübergreifendes Früherkennungs- und Interventionszentrum, das *soulspace*, gegründet.

2.6 soulspace: Struktur und Netzwerkbildung

Als interdisziplinär aufgestelltes Früherkennungs- und Interventionszentrum für Menschen zwischen 15 und 35 Jahren in psychischen Krisen vereint das *soulspace* Hilfsangebote von Ärzt*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, Pflegenden sowie Peer-Mitarbeiter*innen. Es befindet sich im *Haus der Parität* in Berlin-Kreuzberg und ist fußläufig vom Vivantes Klinikum Am Urban zu erreichen. Die räumliche Verortung des Zentrums im Sozialraum des Krankenhauses soll die Kontaktaufnahme erleichtern und möglichen Stigmatisierungen entgegenwirken.

Die sozialarbeiterische Betreuung im *soulspace* erfolgt durch die für Nutzer*innen kostenlose, kommunal finanzierte Kontakt- und Beratungsstelle *transit*. Als Teil der im Jahr 2000 gegründeten *ajb GmbH – Gemeinnützige Gesellschaft für Jugendberatung und psychosoziale Rehabilitation* bietet *transit* seither ein breites Spektrum an Einzel-, Paar- und Familiengesprächen, Kursen und Gruppen zu Themen wie Stressbewältigung oder den Umgang mit Emotionen, Medikamenten, Konflikten und Krisen.⁴⁶ Neben den Angeboten des *transit* besteht im *soulspace* die Möglichkeit einer beruflichen Beratung nach dem Individual Placement and Support (IPS) – Prinzip durch Mitarbeiter*innen des Vivantes Klinikum Am Urban.⁴⁵

Die psychologische und fachärztliche Betreuung und Beratung im *soulspace* erfolgt im Rahmen der ambulanten *FrüherkennungsInitiative (FIT) – Sprechstunde* durch Psycholog*innen und Ärzt*innen der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

des Vivantes Klinikum Am Urban und der Ambulanz des Vivantes Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Friedrichshain. Die Kooperation einer niedrigschwelligen Jugendberatungsstelle mit einem klinischen Beratungs- und Behandlungsangebot schafft im *soulspace* eine zusätzliche Möglichkeit, die Kontaktaufnahme zu vereinfachen. Dieses Format unterscheidet das *soulspace* von anderen Früherkennungszentren. Zudem besteht im *soulspace* der Anspruch, die Klient*innen bis zum indizierten Unterstützungsangebot zu begleiten. Die fächerübergreifende Netzwerkbildung soll diesen Prozess erleichtern und beschleunigen, Wartezeiten verringern und insgesamt die Zugänglichkeit zum Helfersystem erleichtern.

2.6.1. Zugangs- und Versorgungswege

Klient*innen können telefonisch, per E-Mail oder vor Ort im *transit* vorstellig werden. Das Erstgespräch dient einer ersten Einschätzung der aktuellen Situation und dem Sammeln der Anliegen des Klienten/ der Klientin. In gemeinsamer Absprache kann daraufhin das weitere Vorgehen geplant werden. Dies ist individuell von den Wünschen und Bedürfnissen der vorstelligen Person abhängig. Neben der Erstberatung besteht die Option der Inanspruchnahme interner Angebote (siehe Tab. 1), welche einmalig, mehrmalig, oder regelmäßig in Form fortlaufender Kurse und Gruppen besucht werden können.

Tab. 1: Interne Angebote des *transit*.

Angebot	Beschreibung
Allgemeine psychosoziale Beratung	Ressourcenorientierte Beratung in herausfordernden Lebenskrisen unter Berücksichtigung des sozialen und gesellschaftlichen Kontextes (mit und ohne bestehenden psychiatrischen Diagnosen)
Krisenintervention	Stabilisierung, Erarbeitung von Bewältigungsstrategien sowie möglicher nächster Schritte; gemeinsame Suche nach weiteren persönlichen bzw. professionellen Unterstützer*innen (ggf. Erstellung eines Krisenplans; falls notwendig Weitervermittlung an eine Klinik)
Netzwerkgespräch	„Hier begegnen sich alle relevanten Personen des sozialen und professionellen Netzwerks

	des Betroffenen auf Augenhöhe. Alle Stimmen werden dabei wertschätzend gehört.“, (S. 6). ⁴⁷ (Bspw. mit Eltern/ Betreuer*in/ Partner*in).
Therapeutische Gruppen	Sicherheits- und Kommunikationstraining (Kommunikation und Konflikte), Recovery-Gruppe (Umgang mit Diagnosen, Medikamenten etc.)
Nicht-therapeutische Gruppen	Bspw. Zeichengruppe
Weiterleitung bei entsprechendem Anliegen	Bspw. Selbsthilfegruppen, themenspezifische Beratungsstellen, etc.

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Angaben der Homepage des *transit*.⁴⁸

Zudem wird im *transit* einmal wöchentlich die „offene Tür“ als Kennlernangebot im Sinne eines niedrigschwelligen Zugangs angeboten.⁴⁸ Weitere Informationen zum *transit* können der Website www.ajb-berlin.de entnommen werden.

Sollte nach einem Erstkontakt die Abklärung einer psychischen Erkrankung angezeigt sein, kann der Nutzer/die Nutzerin direkt vom *transit-Erstkontakt* zur *FIT-Sprechstunde* weitergeleitet werden. Alternativ ist es möglich, die *FIT-Sprechstunde* direkt bzw. ohne ein Erstgespräch im *transit* oder die Inanspruchnahme eines anderen Versorgungsangebots zu nutzen.

Die Kontaktdaten zur *FIT-Sprechstunde* sind der Homepage des Vivantes Klinikum Am Urban sowie den Homepages des klinikinternen Frühinterventions- und Therapiezentrums *FRITZ* (www.fritz-am-urban.de) und des *soulspace* (www.soulspace-berlin.de) zu entnehmen. Die Kontaktaufnahme zur *FIT-Sprechstunde* kann telefonisch, per E-Mail oder direkt vor Ort im *soulspace* erfolgen. Eine ärztliche Überweisung ist nicht notwendig, um dieses Angebot zu nutzen. Auf Wunsch kann der Erstkontakt anonym und ohne das Einlesen der Krankenkassenkarte erfolgen. Ein Erstgespräch dauert zwischen 30 bis 50 Minuten und kann allein oder in Begleitung einer Vertrauensperson stattfinden. Sollten sich in der *FIT-Sprechstunde* Hinweise auf eine manifeste psychische Erkrankung zeigen, kann ein zusätzlicher Facharztkontakt vereinbart werden. In einer interdisziplinären Fallkonferenz wird anschließend über weitere Behandlungsschritte beraten. Bei Bedarf besteht die Möglichkeit einer Weitervermittlung an eine Drogenberatungsstelle, ambulante Psychotherapeut*innen, Selbsthilfegruppen und Ähnliches. Bei bestehender Indikation kann zudem direkt eine teil- oder vollstationäre Behandlung im Vivantes Klinikum Am Urban eingeleitet werden.

Anonyme & kostenlose Kontaktaufnahme

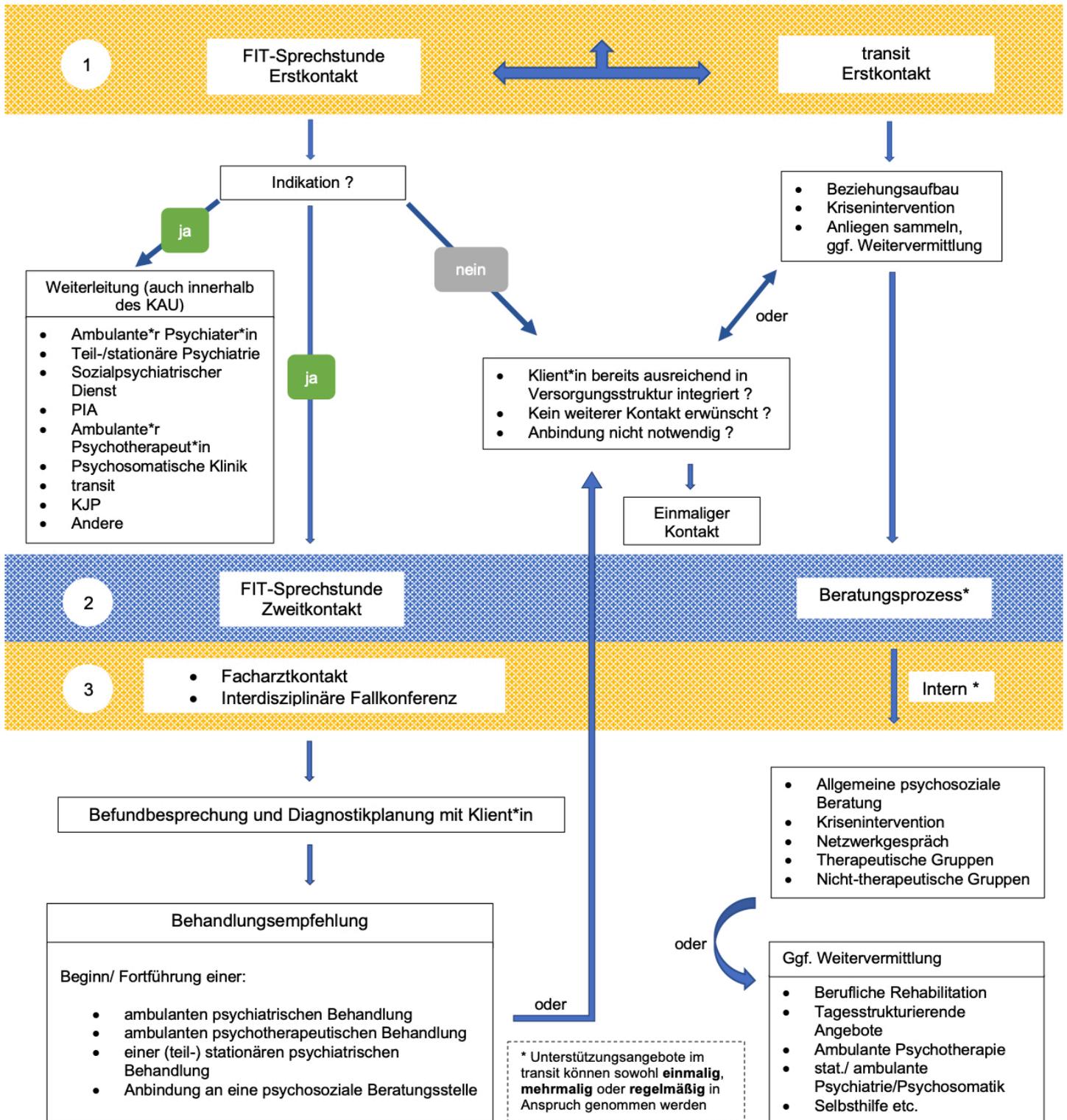


Abb. 1: Zugangs- und Versorgungswege im soulpace. (Quelle: Eigene Darstellung)

2.7 Fragestellung und Ziel der Arbeit

In der vorliegenden Studie sollen die Inanspruchnahme des Erstkontaktes von zwei *soul-space*-Angeboten (*transit-Erstkontakt* und *FIT-Sprechstunde*) sowie die klinischen und soziodemografischen Charakteristika Hilfesuchender beschrieben werden. Zudem soll untersucht werden, ob durch den interinstitutionellen Charakter von *soul-space* Menschen mit psychischen Störungen so frühzeitig wie intendiert erreicht werden können. Des Weiteren soll die Arbeit Erkenntnisse darüber liefern, welche Empfehlungen sich an den Erstkontakt anschließen. Diese Informationen sollen dazu dienen, Versorgungsangebote künftig zielgruppenspezifisch und passgenau aufzubauen und Versorgungslücken möglichst flächendeckend zu schließen.

3. Material und Methoden

3.1 Erhebungszeitraum

Im Folgenden wird die Inanspruchnahme der beiden Versorgungsangebote aus dem Zeitraum Juni 2018 – Dezember 2021 für die *transit-Erstkontakte* und Januar 2016 – Dezember 2021 für die *FIT-Sprechstunde* bzw. der in diesem Zeitraum abgeschlossenen Fälle ausgewertet.

3.2 Studiendesign

Während oder nach jedem Erstkontakt im *transit* und in der *FIT-Sprechstunde* wurde von den jeweiligen Mitarbeiter*innen ein selbstentwickelter Fragebogen ausgefüllt. Die Fragebögen sind dieser Arbeit im Abschnitt 7.2 (Erhebungsinstrumente) beigelegt.

In beiden Angeboten wurden soziodemografische Angaben (*Alter, Geschlecht*), Grund der Vorstellung (*psychische oder körperliche Probleme, Drogen-Konsum, Probleme in Ausbildung/Schule, Probleme mit Familie/Freunden/Tagesstruktur/Partnerschaft; zusätzliche Erhebung in der FIT-Sprechstunde: Probleme mit Wohnung/Justiz/Schulden*) und das Gesprächssetting (*Gespräch allein oder in Begleitung*) erfasst. Um welche Begleitperson es sich handelte, wurde nur im Rahmen der *FIT-Evaluation* erhoben. Für beide Angebote wurde erfragt, ob die Klient*innen selbst auf das Versorgungsangebot aufmerksam geworden sind und worüber (*Mundpropaganda, Flyer, Internet, persönliche Empfehlung, Sonstiges*) oder ob eine andere Person bei der Kontaktabstimmung beteiligt war. Falls dem so war, wurde gefragt welche Person dies war (*Hausarzt/ Hausärztin, Familie, Partner*in, Freunde, Lehrer*in/Ausbilder*in, Arbeitgeber, Jobcenter, Beratungsstelle/Träger, ambulante*r Psychiater*in, andere*r Facharzt/ Fachärztin, ambulante*r Psychotherapeut*in, Sozialpsychiatrische Dienst, Sonstiges*). Im Falle des Erstkontaktes in der *FIT-Sprechstunde* standen zudem weitere Institutionen zur Auswahl (*transit, KJP, FRITZ-Station, Klinik,*

Rettungsstelle). Zudem wurde die psychiatrisch/psychotherapeutische Vorbehandlung erfragt; je nachdem, wo der Erstkontakt stattfand, ergaben sich hier unterschiedliche Antwortmöglichkeiten (*Erstkontakt bei transit: ja aktuell, ja in der Vergangenheit, nein noch nie; Erstkontakt FIT-Sprechstunde: ja, nein.*) Durch wen und wie oft jene Vorbehandlung erfolgte, wurde nur bei Erstkontakt in der *FIT-Sprechstunde* erhoben (siehe unten). Zusätzlich wurde dort eruiert, welches weitere Vorgehen nach dem Erstkontakt empfohlen wurde. Auch hier ergaben sich je nach Ort des Erstkontaktes unterschiedliche Empfehlungen. Im *transit*-Erstkontakt wurde wie folgt differenziert: a) offen, wie es weiter geht (*Entscheidung des Klienten/ der Klientin, keine Indikation, Klient*in ist bereits ausreichend in Versorgungsstruktur integriert*) oder b) Weitervermittlung (*FIT, PIA, Psychosoziale Beratungsstelle, transit, Sonstiges Versorgungsangebot*). Bei Weitervermittlung an Angebote innerhalb des *transit* wurde das entsprechende Angebot dokumentiert (*allgemeine psychosoziale Beratung, Krisenintervention, Netzwerkgespräch, therapeutische Gruppen, nicht-therapeutische Gruppen, Sonstiges*). Das weitere Vorgehen nach Erstkontakt in der *FIT-Sprechstunde* beinhaltete zum einen die Möglichkeit der Vereinbarung eines Zweitkontaktes im Rahmen eines Folgetermins, eine Weitervermittlung oder keine der genannten Möglichkeiten.

Im Rahmen der Evaluation der Inanspruchnahme der *FIT-Sprechstunde* wurden zusätzlich Angaben zum höchsten Bildungsabschluss (*kein Abschluss, (erw.) Hauptschulabschluss, mittlere Reife, Berufsausbildung, (Fach-) Abitur, Studium, letzte Schule/Ausbildung/Studium abgebrochen, andere*), zur aktuellen Haupttätigkeit (*arbeitssuchend, Studium, Schule, Ausbildung, Berufsvorbereitung, krankgeschrieben, selbstständig, angestellt, Sonstiges*), zur vorherigen Behandlung (*Vorherige Behandlung bei wem: Hausarzt/Hausärztin, ambulante*r Psychiater*in, Sozialpsychiatrischem Dienst, Psychiatrischer Institutsambulanz, Beratungsstelle, ambulante*r Psychotherapeut*in/Psycholog*in, teil-/ stationäre Psychiatrie, psychosomatische Klinik, andere*r ambulante*r Facharzt/ Fachärztin, transit, KJP, Rettungsstelle, Sonstiges*) sowie zum Grund der zusätzlichen Inanspruchnahme der *FIT-Sprechstunde* erfasst (*Überleitung bzw. auf Empfehlung durch vorherigen Behandler, zur Diagnostik, Unzufriedenheit mit bisherigem Angebot, kein weiteres Angebot, falscher Ansprechpartner, Kontakt zum vorherigen Angebot verloren, Sonstiges*). Ebenfalls wurde erhoben, durch wen die Überleitung empfohlen wurde und in welchem zeitlichen Rahmen eine mögliche vorherige Behandlung stattgefunden hat. Zudem wurde die Frage nach Suizidversuchen und akuter Eigen- und Fremdgefährdung (*jeweils ja oder nein*) gestellt. Auch wurde eine Familienanamnese (*psychiatrische oder neurologische Erkrankungen*) sowie eine ausführliche Drogen- und Medikamentenanamnese durchgeführt (*nein, aktuell ja, anamnestisch ja*). Dazu wurde erfasst, um welche Substanzklasse es sich jeweils handelte. Zusätzlich wurden Angaben zum entsprechenden Verwandtschaftsgrad bei positiver

Familienanamnese, zur diagnostischen Einschätzung (Einteilung gemäß des „*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*“⁴⁹, (DSM-IV): *manifeste Achse I Störung: F10-F19, F20-F29, F30-F39, F40-F49, F50-F59, F60-F69, F70-F79, F80-F89, F90-98; manifeste Achse II Störung: F60.0, F60.1, F60.2, F60.3, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8, F60.9; Symptomatik substanzinduzierter oder organischer Genese; Hochrisiko Psychose oder bipolare Störung; sonstige Störung*) und zum weiteren Prozedere nach erfolgter Fallkonferenz sowie zur sich anschließenden Befundbesprechung und Diagnostikplanung erhoben. Abschließend wurde die Behandlungsempfehlung nach Zweitgespräch bzw. Fallkonferenz erfasst (*ambulante psychotherapeutische/ psychiatrische Behandlung, (teil-) stationäre psychiatrische Behandlung, Anbindung an psychosoziale Beratungsstelle, keine Empfehlung*).¹¹

3.3 Statistische Auswertung

Alle oben genannten Parameter wurden mittels deskriptiver Statistik evaluiert. Kategoriale Variablen werden mit absoluten und relativen Häufigkeiten (n, %), metrische Variablen mit dem Mittelwert (M) und der Standardabweichung (SD) sowie den Spannweiten (R) dargestellt. Für die Auswertungen wurde das Statistik-Programm SPSS 25 verwendet.⁵⁰

4. Ergebnisse

Im Untersuchungszeitraum wurden 899 Erstkontakte im *transit-Erstkontakt* und 592 Erstkontakte in der *FIT-Sprechstunde* verzeichnet. Das durchschnittliche Alter der Nutzer*innen im *transit-Erstkontakt* betrug 24,74 Jahre (SD = 5,06; R = 14 – 50) und in der *FIT-Sprechstunde* 23,51 Jahre (SD = 4,79; R = 16,96 – 49,47). Weitere Daten zur Soziodemografie und Inanspruchnahme aus beiden Versorgungsangeboten zeigt Tab. 2.

¹¹ Anmerkung: Im Laufe der Evaluation wurde der Fragebogen punktuell überarbeitet, sodass einige Parameter erst ab einem späteren Zeitpunkt der Untersuchung in die Erhebung miteinbezogen wurden. Die zeitlich spätere Aufnahme in den Fragebogen erklärt den Umstand, dass einige wenige Parameter eine verhältnismäßig kleine Stichprobengröße aufweisen.

Tab. 2: Daten zur Soziodemografie und Inanspruchnahme (*transit-Erstkontakt*: n = 899; *FIT-Sprechstunde*: n = 592).

	transit-Erstkontakt	FIT-Sprechstunde
	n (%)	n (%)
Durchführung des Gesprächs erfolgte ...	841 (100)	529 (100)
• allein	644 (76,6)	375 (70,9)
• in Begleitung	197 (23,4)	154 (29,1)
Geschlecht	891 (100)	556 (100)
• männlich	372 (41,8)	354 (63,7)
• weiblich	511 (57,4)	198 (35,6)
• divers	8 (0,9)	4 (0,7)
Grund der Vorstellung¹	896 (100)	589 (100)
• Psychische Probleme	762 (85)	560 (95,1)
• Körperliche Probleme	24 (2,7)	38 (6,5)
• Drogen-Konsum	37 (4,1)	206 (35)
• Probleme in Ausbildung/Arbeit/Schule	112 (12,5)	117 (19,9)
• Probleme in der Familie/mit Freunden	103 (11,5)	94 (16)
• Probleme in der Partnerschaft	40 (4,5)	30 (5,1)
• Probleme mit der Tagesstruktur	44 (4,9)	61 (10,4)
• Sonstige	115 (12,8)	16 (2,7)
• Probleme mit Justiz/ Delinquenz ²		7 (12,3)
• Probleme mit der Wohnung ²	nicht erhoben	1 (2,0)
• Schulden ²		2 (3,8)

¹ Mehrfachnennung möglich

² kleine Grundgesamtheit, da diese Antwortoption erst zu einem späteren Zeitpunkt in den Fragebogen aufgenommen wurde

	transit- Erstkontakt n (%)	FIT- Sprechstunde n (%)
Art der Kontaktaufnahme	859 (100)	528 (100)
• Erstkontakt: Eigeninitiative	384 (44,7)	108 (20,5)
• Erstkontakt: Fremdinitiative	475 (55,3)	420 (79,5)
Selbst auf <i>soulspace</i> aufmerksam geworden über...	396 (100)	111 (100)
• Mundpropaganda	32 (8,1)	8 (7,2)
• Flyer	50 (12,6)	8 (7,2)
• Internet	170 (42,9)	59 (53,2)
• Persönliche Empfehlung	114 (28,8)	13 (11,7)
• Sonstiges	30 (7,6)	23 (20,7)
Welche andere Person/Institution hatte die Idee zur Kontaktaufnahme mit <i>soulspace</i>?	509 (100)	412 (100)
• Hausarzt/ Hausärztin	33 (6,5)	25 (6,1)
• Familie	122 (24)	53 (12,9)
• Partner*in	22 (4,3)	4 (1,0)
• Freunde	115 (22,6)	15 (3,6)
• Lehrer/ Ausbilder	20 (3,9)	8 (1,9)
• Arbeitgeber	4 (0,8)	1 (0,2)
• Jobcenter	17 (3,3)	12 (2,9)
• Beratungsstelle/Träger	99 (19,4)	98 (23,8)
• ambulante*r psychiatrische*r Facharzt/Fachärztin	11 (2,2)	33 (8,0)
• andere*r Facharzt/Fachärztin	13 (2,6)	14 (3,4)
• ambulante*r Psychotherapeut*in	12 (2,4)	51 (12,4)
• Sozialpsychiatrischer Dienst	7 (1,4)	15 (3,6)
• Sonstiges	34 (6,7)	19 (4,6)
• KJP		9 (2,2)
• transit		24 (5,8)
• FRITZ- Station	nicht erhoben	7 (1,7)
• Rettungsstelle ²		16 (3,9)
• Klinik ²		8 (1,9)

Anbahnung der Kontaktaufnahme

¹ Mehrfachnennung möglich

² kleine Grundgesamtheit, da diese Antwortoption erst zu einem späteren Zeitpunkt in den Fragebogen aufgenommen wurde

4.1 transit-Erstkontakt

Etwa die Hälfte der Klienten, die bei *transit* erstmals vorstellig wurden, waren zuvor noch nie in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung (53,5 %; n = 347). Ca. 1/3 der Personen hat zu einem früheren Zeitpunkt therapeutische Hilfe in Anspruch genommen (36,1 %; n = 234); 10,5 % (n = 68) befanden sich zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme bereits in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung. Am Ende des Erstkontaktes haben ca. 4/5 der Nutzer*innen der Inanspruchnahme konkreter weiterführender Versorgungsangebote zugestimmt (83,3 %; n = 738). 84,3 % (n = 630) dieser Personen wurden an eine psychosoziale Beratungsstelle vermittelt; bei fast allen Personen (93,6 %; n = 627) war dies das *transit* selbst. Innerhalb des *transit* wurde am häufigsten die allgemeine psychosoziale Beratung empfohlen (66 %; n = 434). Seltener angezeigt waren therapeutische Gruppen (9,6 %; n = 63), die Krisenintervention (9,4 %; n = 62), Netzwerkgespräche (2 %; n = 13) und nicht-therapeutische Gruppen (0,3 %; n = 2). 17 % (n = 112) der Weitervermittlungen wurden nicht weiter spezifiziert.

Bei 9,8 % (n = 73) der Nutzenden des *transit* fand nach Abschluss des Erstgesprächs eine Weitervermittlung an die *FIT-Sprechstunde* statt, um eine mögliche psychische Erkrankung abklären zu lassen. 6,4 % (n = 48) der Nutzenden wurden direkt in die *soulspace*-PIA weitergeleitet. 19,5 % der Nutzenden (n = 146) wurden an sonstige Versorgungsangebote vermittelt. Bei Nutzenden, bei denen das weitere Prozedere offengelassen wurde (16,7 %; n = 148), geschah dies zumeist auf eigenen Wunsch (88,8 %; n = 71); selten lag keine Indikation für eine Weiterbehandlung vor (6,3 %; n = 5) oder war die Versorgungsstruktur bereits ausreichend etabliert (5 %; n = 4).

4.2 FIT-Sprechstunde

4.2.1. Vorherige Inanspruchnahme

85,4 % (n = 437) der in der *FIT-Sprechstunde* vorstelligen Klient*innen hatten aufgrund psychischer Probleme bereits andernorts eine Behandlung in Anspruch genommen.

Ein Großteil der Vorstelligen in der *FIT-Sprechstunde* gab an, eine vorherige Behandlung aufgrund psychischer Probleme *regelmäßig* (z.B. 1x pro Quartal) in Anspruch genommen zu haben (40,2 %; n = 151). Ein etwas geringerer Anteil (39,1 %; n = 147) war *mehrfach* (> 2x) in vorheriger Behandlung. 20,7 % (n = 78) der Vorstelligen gaben an, *einmalig* zuvor in Behandlung gewesen zu sein.

Eine vorherige Behandlung aufgrund von psychischen Problemen erfolgte bei 52,8 % (n = 224) der Personen bei einem/ einer ambulanten Psychotherapeut*in oder Psycholog*in. Eine vorherige Behandlung durch einen ambulanten Psychiater/ eine ambulante Psychiaterin war nur bei 26 % (n = 109) der Fall. Bei 20,8 % (n = 38) der Personen erfolgte die frühere

Behandlung durch die KJP sowie bei 18,5 % (n = 77) im Rahmen von (teil-) stationären psychiatrischen Aufenthalten. 13,4 % der Personen (n = 56) gaben an, aufgrund psychischer Probleme zuvor durch den/die Hausärzt*in behandelt worden zu sein. Ein etwas geringerer Anteil teilte mit, bei anderen Beratungsstellen in Behandlung gewesen zu sein (13,2 %; n = 55). Bei 9,4 % (n = 40) der Personen fand eine frühere Behandlung in einer psychosomatischen Klinik statt; in 5,8 % (n = 24) wurde eine frühere Behandlung vom Sozialpsychiatrischen Dienst durchgeführt. Seltener wurde zuvor eine Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz in Anspruch genommen (3,1 %; n = 13). 2,3 % (n = 4) der Vorstelligen führten an, zuvor im *transit* in Behandlung gewesen zu sein und bei 1,7 % (n = 7) der Personen erfolgte die vormalige Behandlung durch eine*n andere*n ambulante*n Facharzt/Fachärztin. 20 % (n = 8) der Vorstelligen gaben an, aufgrund psychischer Probleme zuvor in einer Rettungsstelle behandelt worden zu sein. Bei 5,1 % (n = 21) wurde nicht näher spezifiziert, durch wen die Behandlung zu einem früheren Zeitpunkt erfolgte.

Die Beweggründe der Klient*innen für den über diese Behandlung hinausgehenden Termin zur Beratung in der *FIT-Sprechstunde* sind divers: 92 % (n = 183) der Nutzenden vereinbarten den Termin zur weiteren diagnostischen Abklärung. Dabei wurden 51, 2 % (n = 174) durch vorherige Behandler*innen zur spezifischen Diagnostik an die *FIT-Sprechstunde* weitergeleitet; in 23,3 % (n = 7) der Fälle geschah dies auf eigenen Wunsch des/der Klient*in. 19,1 % (n = 65) hatten den Kontakt zum/zur vorherigen Behandler*in bzw. zum früheren Behandlungsangebot verloren; 16,2 % (n = 55) waren unzufrieden mit dem vorherigen Behandlungsangebot. Als weitere Beweggründe wurden der Mangel eines weiteren Angebots (8,2 %; n = 28) sowie falsche Ansprechpartner*innen (5,3 %; n = 18) genannt und 7,6 % (n = 26) wurden nicht weiter spezifiziert. Es wurden 7,4 % (n = 10) der Personen auf Empfehlung vorheriger Behandler*innen aus der KJP übergeleitet, 3,7 % (n = 5) von FRITZ, eine Person (2,2 %) von der Rettungsstelle und sieben Personen (13,7 %) von anderen, nicht näher spezifizierten Behandler*innen.

4.2.2. Ausbildungshintergrund und aktuelle Haupttätigkeit

Ein Großteil der Vorstelligen in der *FIT-Sprechstunde* gab das (Fach-) Abitur als höchsten Bildungsabschluss an (35,5 %; n = 114). Häufig genannt wurde zudem ein Studienabschluss (18,4 %; n = 59) sowie die mittlere Reife (18,1 %; n = 58). Seltener verfügten die Vorstelligen über keinen Abschluss (8,7 %; n = 28) oder über den (erweiterten) Hauptschulabschluss (8,4 %; n = 27). Nicht näher spezifiziert wurde der höchste Bildungsabschluss in 2,5 % (n = 8) der Fälle. 74 Personen (35,9 %) hatten die letzte Schule/ Ausbildung/ ihr letztes Studium abgebrochen.

Zur aktuellen Haupttätigkeit gab der größte Anteil der Vorstelligen der *FIT-Sprechstunde* an, aktuell ein Hochschulstudium zu absolvieren (26,4 %; n = 87). Ähnlich viele Personen (24,2 %; n = 80) waren aktuell arbeitssuchend. 18,5 % (n = 61) der Vorstelligen gaben an, angestellt zu sein; 11,8 % (n = 39) befanden sich zum Zeitpunkt des Erstkontaktes in einer Ausbildung. 9,4 % (n = 31) der Klient*innen gaben an, zur Schule zu gehen, während sich 5,2 % (n = 17) in berufsvorbereitenden Maßnahmen wie Praktika etc. befanden. Ein weitaus geringerer Anteil gab an, selbstständig zu sein (1,2 %; n = 4); 0,6 % (n = 2) waren zum Zeitpunkt des Erstkontaktes krankgeschrieben. Bei 2,7 % (n = 9) der Personen wurde die aktuelle Haupttätigkeit nicht näher spezifiziert.

4.2.3. Selbst- und Fremdgefährdung

Zum Zeitpunkt des Erstgesprächs lag bei fünf Personen (1,1 %) akute Eigen- und bei einer Person (0,2 %) akute Fremdgefährdung vor. 34 Personen (7,7 %) hatten in der Vergangenheit einen Suizidversuch unternommen.

4.2.4. Sucht- und Familienanamnese

Bei der Mehrheit der Klient*innen (68,8 %; n = 313) lag eine positive Drogenanamnese vor. Bei ca. der Hälfte der Klient*innen (52,4 %; n = 195) lagen psychiatrische Vorerkrankungen in der Familie vor; neurologische Vorerkrankungen wurden seltener verzeichnet (6,9 %; n = 17).

4.2.5. Vorgehen nach Erstkontakt

Nach dem Erstgespräch wurde zur weiteren Abklärung mit 61,8 % (n = 296) der Klient*innen ein Zweitkontakt in der *FIT-Sprechstunde* vereinbart; 3,8 % (n = 12) der Klient*innen, für die ein solcher ebenfalls angezeigt gewesen wäre, lehnten dieses Angebot ab. 40,7 % (n = 188) der Klient*innen wurden weitervermittelt; in 8 % (n = 35) der Fälle wurde weder ein Zweitkontakt noch eine Weitervermittlung vereinbart.

Im Falle einer Weitervermittlung handelte es sich überwiegend um die Weitervermittlung an einen/eine ambulante*n Psychotherapeut*in (28,1 %; n = 47). 23,4 % (n = 39) der Klient*innen wurde an eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) weitervermittelt; die gleiche Anzahl an Klient*innen (23,4 %, n = 39) wurde an ein Teil-/ stationäres Versorgungsangebot geleitet. In 6 % (n = 10) der Fälle wurde an andere Beratungsstellen vermittelt; 4,8 % (n = 8) wurden an einen/eine ambulante*n Psychiater*in vermittelt. Selten wurde an ein Angebot der KJP (1,8 %; n = 3), an *transit* (1,2 %; n = 2) und an eine psychosomatische Klinik (0,6 %; n = 1) vermittelt. Wurde weder ein Zweitkontakt noch eine Weitervermittlung vereinbart, geschah dies überwiegend aufgrund bereits ausreichender Anbindung des/der Klientin an entsprechende Hilfsangebote (41,7 %; n = 10). In 29,2 % (n = 7) der Fälle war aktuell keine Anbindung

notwendig; 8,3 % (n = 2) lehnte der/die Klient*in eine weitere Anbindung ab. In 20,8 % (n = 5) der Fälle wurde der Grund nicht näher spezifiziert. Gründe für eine Weitervermittlung der Klient*innen waren seltener das Fehlen von aktuellen Hinweisen auf eine psychiatrische Erkrankung (35,7 %; n = 15); häufiger lagen andere Gründe vor (64,3 %, n = 27).

4.2.6. Diagnostische Einschätzung

Im Rahmen der Fallkonferenzen diagnostizierte das Behandler*innen-Team bei 256 (83,1 %) Personen eine manifeste Achse I Störung und bei 80 (29,6 %) Personen eine manifeste Achse II Störung. Bei 110 (71,4 %) Personen zeigte sich eine Hochrisikosymptomatik für eine psychotische oder bipolare Störung; bei 59 (22,3 %) Personen war die Symptomatik substanzinduziert oder organischer Genese.

Bei 70,3 % (n = 142) der Klient*innen, bei denen ein Verdacht auf eine manifeste Achse I Störung bestand, wurden die Symptome vollständig durch diese Einschätzung erklärt; bei den übrigen nur zum Teil. Bei 50,8 % (n = 31) der Klient*innen, bei denen ein Verdacht auf eine manifeste Achse II Störung bestand, wurden die Symptome vollständig durch diese Diagnose erklärt. Bei Klient*innen, deren Symptomatik eine substanzinduzierte oder organische Genese aufwies, war diese Erklärung in 54,5 % (n = 30) der Fälle vollumfänglich. Bei 35,7 % (n = 5) der Klient*innen mit Hochrisikokonstellation für psychotische oder bipolare Störungen waren die Symptome durch diese Diagnose vollständig erklärt. Die Verteilungen der konkreten Verdachtsdiagnosen der diagnostischen Einschätzungen in den Fallkonferenzen sind in den Abb. 2 und 3 dargelegt.

Abb. 2 zeigt die diagnostischen Einschätzungen, die während der Fallkonferenzen vom Behandler*innen-Team gestellt wurden (n = 309). Bei 42 Personen wurde zur ersten Diagnose eine zweite Diagnose angegeben. Die Spezifizierung der Zweitdiagnosen geht ebenfalls aus Abb. 2 hervor.

Abb. 2: Spezifizierung der diagnostischen Einschätzungen im Rahmen der Fallkonferenzen.

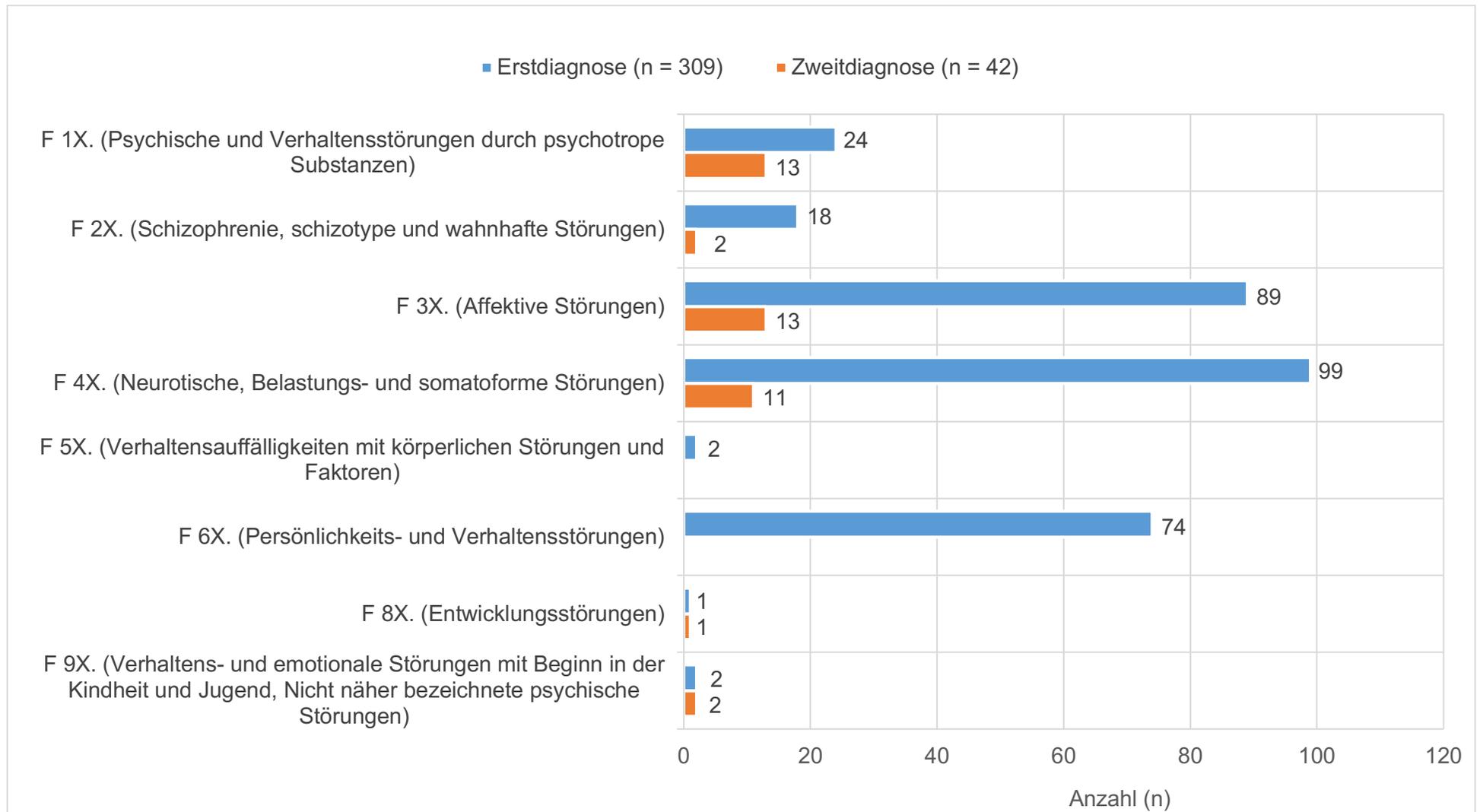
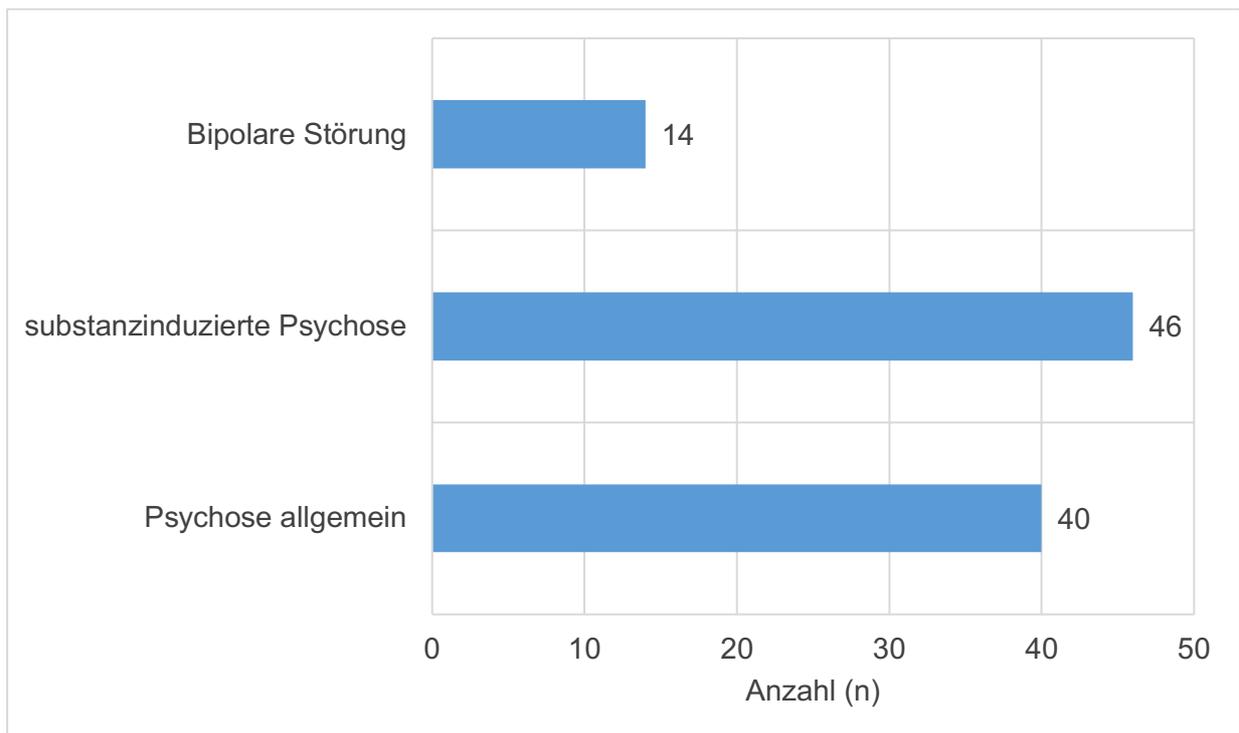


Abb. 3: Spezifizierung Hochrisiko in der *FIT-Sprechstunde* (n = 100).



Der Mehrheit der Klient*innen wurde im Rahmen des Zweitgesprächs ein weiterführendes Versorgungsangebot empfohlen bzw. wurden sie an ein solches weitervermittelt (73,9 %; n = 113); zumeist an eine ambulante psychotherapeutische Behandlung (72,6 %; n = 143). Der Beginn bzw. die Fortführung einer ambulanten psychiatrischen Behandlung wurde den Klient*innen in 36,5 % (n = 72) der Fälle empfohlen; eine (teil-) stationäre psychiatrische Behandlung war in 19,9 % der Fälle (n = 39) angezeigt. 8,2 % der Klient*innen (n = 16) wurde das Aufsuchen einer psychosozialen Beratungsstelle empfohlen; in 5,1 % (n = 10) der Fälle erfolgte keine Empfehlung.

5. Diskussion

Mit der vorliegenden Erhebung wurde erstmals ein niedrigschwelliges, interdisziplinäres Früherkennungs- und Interventionszentrum mit außerklinischem Standort für junge Menschen in seelischen Krisen in Deutschland evaluiert. Durch die Implementierung des Versorgungsangebots im *soulspace* im Rahmen der Kooperation der Kontakt- und Beratungsstelle *ajb e.V.* mit der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des KAU wurde versucht, interinstitutionelle Zusammenarbeit zu fördern und Hemmschwellen der Inanspruchnahme zu reduzieren. Die vorliegende Erhebung evaluiert diese Initiative mit dem Ziel, die Versorgung junger Menschen in psychischen Notlagen weiter und nachhaltig zu verbessern. Damit entspricht diese Arbeit unter anderem der vom Referat „Prävention psychischer Erkrankungen“ der DGPPN formulierten Forderung nach „*Förderung der Forschung und Übertragung der Ergebnisse in die Klinische Versorgung*“.³⁹

5.1 Alter, Begleitung und Geschlechterverteilung

Das Alter der Nutzer*innen des transit-Erstkontaktes und der FIT-Sprechstunde ist denen des Dresdner Früherkennungszentrum *DD Früh dran* (M = 25 Jahre, Median = 24 Jahre) sowie denen des *FETZ* in Köln (M der einzelnen Subgruppen = 24,5 Jahre) sehr ähnlich.^{18,37} Ergebnisse des letztgenannten Zentrums sind aufgrund der abweichenden Zielgruppenausrichtung an dieser Stelle jedoch nur eingeschränkt vergleichbar. Die Nutzer*innen des australischen *headspace* waren etwas jünger als die in dieser Arbeit untersuchte Population – sowohl unter den männlichen als auch unter den weiblichen Klient*innen war dort die Altersgruppe der 15 bis 17 Jährigen am stärksten vertreten.⁵¹ Diese verhältnismäßig jüngere Klientel ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass sich das *headspace* an eine jüngere Altersgruppe richtet als die deutschen Zentren. Innerhalb der untersuchten Kohorte waren die Nutzer*innen im *transit-Erstkontakt* geringfügig älter als die Nutzer*innen der *FIT-Sprechstunde*. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass hinsichtlich Alter die intendierte Zielgruppe in beiden Versorgungsangeboten erreicht wurde.

Der Großteil der evaluierten Erstgespräche fand in beiden Angeboten ohne Begleitperson statt. Diesbezügliche Daten wurden in vergleichbaren Zentren in Dresden (*DD früh dran*), Köln (*FETZ*) und Australien (*headspace*) nicht erhoben.^{18,37,51} Hinsichtlich der Geschlechterverteilung zeigte sich, dass im *transit-Erstkontakt* verhältnismäßig mehr weibliche Personen vorstellig wurden, während es in der *FIT-Sprechstunde* vorwiegend männliche Personen waren. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass sich Frauen im Vergleich zu Männern tendenziell häufiger und zu einem früheren Zeitpunkt in Behandlung begeben.⁵² Somit sind sie öfter in Versorgungsangeboten, die für frühe Phasen einer möglichen

Erkrankung indiziert sind, zugegen. Dass auch das auf ein jüngeres Publikum fokussierende *headspace* überwiegend von weiblichen Personen aufgesucht wird, stützt diese Erklärung.⁵¹ Die geringfügig höhere Anzahl männlicher Klienten der *FIT-Sprechstunde* steht in Einklang mit der Inanspruchnahme des Zentrum *DD früh dran*¹⁸. Die zuvor dargelegte Erklärung greift auch hier, da eine psychotherapeutische bzw. fachärztliche Beratung – im Vergleich zu niedrigschwelligeren Versorgungsangeboten – umso wahrscheinlicher ist, je weiter fortgeschritten ein Krankheitsprozess ist.

5.2 Bildungshintergrund

Dass die Mehrheit der Klient*innen der *FIT-Sprechstunde* die mittlere Reife oder einen höheren Schulabschluss besaß, zeigt eine Diskrepanz zu aktuellen epidemiologischen Daten. Diese besagen, dass hinsichtlich Bildung, beruflicher Stellung und Einkommen schlechter gestellte junge Menschen häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen sind.⁵² Das vorliegende Ergebnis könnte damit ein Hinweis darauf sein, dass die letztgenannte Klientel mit dem evaluierten Angebot noch nicht ausreichend angesprochen wurde. Dieser Versorgungslücke könnte bspw. durch zielgerichtete Öffentlichkeitsarbeit an entsprechenden Jugendzentren und Bildungseinrichtungen sowie stärkerer Zusammenarbeit mit dort tätigem Personal, bspw. Sozialpädagog*innen, Schulsozialarbeiter*innen und Schulpsycholog*innen, entgegengewirkt werden.

Auch die Evaluation des Kölner *FETZ* zeigte im Vergleich zur lokalen Bevölkerung ein höheres Bildungsniveau der Inanspruchnehmenden.³⁷ Die Autor*innen forderten deshalb u.a. schulische Aufklärungskampagnen, die auf den jeweiligen Schultyp zugeschnitten sind. Auf Basis der vorliegenden Erhebung kann dies vorbehaltlos unterstützt werden. Die in Deutschland geltende Schulpflicht erleichtert diesen Ansatz und ermöglicht, Kinder und Jugendliche ungeachtet ihrer sozialen Stellung, Herkunft oder Religion frühzeitig und flächendeckend zu erreichen. Ein Beispiel einer zielgerichteten Informationskampagne an Schulen ist *FRITZ on Tour*. Dieses mobile Angebot der *FRITZ*-Station des KAU informiert über Symptome und Störungsbilder psychischer Erkrankungen und ermöglicht einen direkten Austausch von Behandler*innen mit Betroffenen einerseits sowie Lehrkräften, Schüler*innen und Sozialarbeiter*innen andererseits.⁵³ Diese aufsuchende Arbeit ist ein wichtiges Mittel, um Informationen zu psychischen Erkrankungen flächendeckend und unabhängig von Herkunft und Bildungshintergrund zu verbreiten. Gleichzeitig wird mit einer passgenauen Intervention vor Ort den von *soulspace*-Klient*innen genannten „*Problemen innerhalb von Schule und Ausbildung*“ begegnet.

5.3 Kontaktinitiierung, Zugangswege und Beweggründe der Inanspruchnahme

Der im Vergleich zur *FIT-Sprechstunde* höhere Anteil selbst initiiertes Kontakte im *transit-Erstkontakt* könnte ein Indikator dafür sein, dass das Ziel, junge Menschen zu bewegen, in psychischen Krisen frühzeitig Hilfsangebote selbstständig aufzusuchen, teilweise erreicht wurde. Das zur *FIT-Sprechstunde* vergleichsweise etwas höhere Alter der Klient*innen im *transit-Erstkontakt* suggeriert hingegen, dass vor allem jüngere Menschen noch gezielter angesprochen und zur eigenständigen Kontaktaufnahme ermutigt werden könnten.

In der *FIT-Sprechstunde* waren ähnlich wie im *DD früh dran* Beratungsstellen und außenstehende Personen wie bspw. Familienmitglieder und ambulante Psychotherapeut*innen häufig bei der Kontaktabstimmung für ein Erstgespräch beteiligt.¹⁸ Auffällig ist der hohe Anteil fremdinitiiertes Erstkontakte durch Freund*innen im *transit*. Dies lässt auf eine hohe Akzeptanz innerhalb der Peergroup und eine gelungene, jugendfreundliche Ausrichtung schließen. Im Falle einer selbstinitiiertes Kontaktaufnahme erfolgte diese im *transit-Erstkontakt* und in der *FIT-Sprechstunde* häufig auf persönliche Empfehlung. Dies stützt die vorher genannte Annahme der Akzeptanz im sozialen Umfeld. Der außerklinische Standort sowie die Kooperation mit einem niedrighschwelliges Angebot wie *transit* könnten maßgeblich zur Inanspruchnahme beigetragen haben.

Die Hauptinformationsquelle für die Inanspruchnahme beider evaluiertes Versorgungsangebote war das Internet. Dies steht im Einklang mit Ergebnissen der Studie „D21-Digital-Index“⁵⁴, welche jährlich einen Bericht zum Digitalisierungsgrad in Deutschland liefert und aufzeigte, dass das Internet vor allem für jüngere Menschen eine wichtige Informationsquelle darstellt und von dieser Gruppe dementsprechend stärker genutzt wird. Damit wird deutlich, wie wichtig und zielführend eine umfassende Internetpräsenz ist. Eine Ausweitung der Präsenz in sozialen Medien wie Facebook, Instagram etc. ist somit von Bedeutung und anzustreben. Das *soulspace* verwaltet deshalb bspw. neben der eigenen Webseite zusätzlich einen Instagram-Account. Darüber hinaus stellen digitale Angebote in Form von mobilen Applikationen (engl. = *application*, Kurzform *App*) für Mobilgeräte oder Online-Programme zur gezielten Förderung psychischer Gesundheit eine wichtige zusätzliche Ergänzung im Rahmen therapeutischer Versorgungsmöglichkeiten dar.⁵⁵

Domhardt und Kolleg*innen konnten bspw. in einer Untersuchung deutlich positive Effekte für Internet- und mobilbasiertes Formate bei psychischen Problemen wie Angststörungen und Depressionen im Kindes- und Jugendalter feststellen.⁵⁶ Zudem zeigten weitere Ergebnisse des „D21-Digital-Index“⁵⁴, dass sich vor allem jüngere Menschen „[...] mehr digitale Möglichkeiten im Gesundheitsbereich wünschen.“ (S.61, ebenda). Dabei bieten digitale Angebote verschiedene Vorteile, wie einen niedrighschwelliges Zugang, den Abbau von

Stigmata durch anonyme Nutzungsmöglichkeiten sowie eine flexible, zeitlich- und örtlich ungebundene Anwendung.⁵⁶ Zudem könnten etwaige Wartezeiten auf eine Therapieplatz mit ihrer Hilfe überbrückt werden.⁵⁵

Das Ergebnis, dass in beiden Versorgungsangeboten neben psychischen Problemen häufig auch Probleme bzgl. Ausbildung, Arbeit, Schule, Familie und sozialem Umfeld Vorstellungsgründe waren, zeigt, wie bedeutsam die Einbeziehung des Lebensumfeldes junger Menschen in den Versorgungsprozess ist. Auch im australischen *headspace* stellt die Beteiligung und Einbeziehung von Familie und Freunden („*Family and friends' participation*“) eine der Schlüsselkomponenten des Projekts dar.³⁴ Hauptvorstellungsgründe waren auch dort psychische Probleme („*How they felt*“), gefolgt von Problemen in der Partnerschaft, physischen Gesundheitsproblemen sowie Problemen in der Schule/Arbeit.⁵¹ Dieser Punkt bietet folglich viel Potential für erfolgreiche Prävention und Frühintervention und sollte dementsprechend intensiver genutzt werden.

Die in der *FIT-Sprechstunde* im Vergleich zum *transit-Erstkontakt* erheblich häufigere Vorstellung aufgrund problematischen Drogenkonsums steht möglicherweise mit dem größeren Anteil männlicher Klienten in Zusammenhang. Dieser Erklärungsansatz wird von Ergebnissen der „Drogenaffinitätsstudie Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019“⁵⁷ gestützt, denen zu Folge bei männlichen Jugendlichen und jungen Männern ein riskanteres bzw. stärker ausgeprägtes Konsumverhalten verzeichnet wurde als bei weiblichen Personen.

5.4 Vor- und Weiterbehandlung

Klient*innen im *transit-Erstkontakt* waren verglichen mit jenen aus der *FIT-Sprechstunde* seltener in vorheriger Behandlung. Dies verdeutlicht, dass diesbezügliche Ziele erreicht wurden, da der *transit-Erstkontakt* als „erste Anlaufstelle“ bei seelischen Problemen angelegt ist, während die *FIT-Sprechstunde* der Abklärung (manifesten) psychischer Erkrankungen und einer erweiterten Diagnostik (ggfs. nach vorausgegangener anderweitiger Inanspruchnahme) dienen soll. Der *transit-Erstkontakt* stellt im Rahmen von *soulspace* somit – wie intendiert – ein Bindeglied vom sogenannten „komplementären“ Sektor zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung dar. Diese institutionsübergreifende Kooperation erwies sich demnach als sinnvolle und zielführende Erweiterung bisheriger Angebote. Verglichen mit der Inanspruchnahme ähnlicher Institutionen wie bspw. das *DD früh dran* in Dresden und das australische *headspace* waren die Nutzer*innen des *transit-Erstkontaktes* insgesamt seltener vorbehandelt, während die Nutzer*innen der *FIT-Sprechstunde* etwas häufiger vorbehandelt waren.^{18,51}

Die mehrheitliche Weiterleitung zu internen Unterstützungsangeboten im *transit* weist auf eine erfolgreiche Durchführung des Erstkontaktes und auf hohen Zuspruch zu weiteren Angeboten des Trägers hin. Die dort vor allem genutzte allgemeine psychosoziale Beratung veranschaulicht, dass niedrigschwellig maßgebliche Unterstützung geleistet sowie dem Bedürfnis nach Aufklärung und beratenden Gesprächen für junge Menschen in Krisen Rechnung getragen werden kann. Da die Mehrheit der Klient*innen einem Zweitkontakt der *FIT-Sprechstunde* zugestimmt hatte, kann auch hier von einer guten Akzeptanz des Angebots ausgegangen werden.

5.5 Diagnosen

Bei einer hohen Anzahl der Klient*innen der *FIT-Sprechstunde* wurde bei der Erstvorstellung ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer psychotischen oder bipolaren Störung ermittelt. Das Ziel der angestrebten Früherkennung wurde somit zu großen Teilen erreicht. Gleichzeitig wies ein Großteil der Klient*innen der *FIT-Sprechstunde*, wie auch im Früherkennungszentrum *DD früh dran*, Kriterien einer bereits manifesten psychiatrischen Erkrankung auf.¹⁸ Dies kann einerseits als Hinweis gewertet werden, dass diese Versorgungsangebote von denjenigen in Anspruch genommen werden, die sie benötigen. Andererseits besteht der Anspruch eines Frühinterventionszentrums unter anderem darin, betroffene Personen zu erreichen, *bevor* sich eine psychiatrische Erkrankung manifestiert hat bzw. darin, Verfestigungen zu verhindern oder ihren Verlauf abzuschwächen. Ein Grund für die verzögerte Inanspruchnahme könnte in der zuvor bereits genannten Stigmatisierung und dem geringen Wissen zu psychischen Erkrankungen sowie entsprechenden Hilfsangeboten liegen. Um diesen zu begegnen, bedarf es nach wie vor einer gesellschaftlichen Sensibilisierung und Entstigmatisierung psychischer Krisen und Erkrankungen. Diese sollten möglichst im frühen Lebensalter ansetzen und junge Menschen ermutigen, rechtzeitig und selbstständig Unterstützungsangebote aufzusuchen. Dieses Ziel wird auch vom australischen *headspace* verfolgt und dort mit dem Ausdruck „Gemeinschaftssensibilisierung“ („*community awareness*“) als weiterer Kernaspekt des Programms definiert.³⁴ Zu diesem wesentlichen Element erfolgreicher Antistigma-Arbeit gehören neben der Stärkung von Grundkenntnissen über psychische Gesundheit und der Förderung von Gesundheitskompetenz eine strukturierte Informationsverbreitung zu lokalen *headspace*-Zentren sowie deren Aktivitäten und Angeboten (ebenda).

Die diagnostischen Einschätzungen in der *FIT-Sprechstunde* ähneln der Diagnoseverteilung des *headspace*; auch dort handelte es sich vor allem um affektive Störungen und Angststörungen.⁵¹ Diese Verteilung deckt sich zudem mit epidemiologischen Daten zur Verteilung psychischer Erkrankungen der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland, nach denen Angststörungen, gefolgt von affektiven Störungen und Substanzmittelkonsum, die höchste 12-Monatsprävalenz verzeichnen.^{1,2}

5.6 Fazit und Ausblick

Auch wenn es in Deutschland zunehmend niedrighschwellige Früherkennungszentren gibt, fehlt es bislang an Einheitlichkeit und der Vermittlung klarer Strukturen. Zudem befindet sich ein Großteil der aktuell existierenden Angebote überwiegend im urbanen Raum oder ist an große Zentren wie Universitätskliniken angeschlossen.⁵⁸ Der Versorgungsbedarf hingegen unterscheidet sich in Deutschland nur geringfügig im Vergleich von städtischen und ländlichen Regionen.⁵⁹

Neben der Implementierung weiterer Früherkennungszentren kann die strukturierte Zusammenarbeit unterschiedlicher, bereits bestehender Angebote und Institutionen dazu beitragen, die Versorgungslandschaft für psychische Krisen und Erkrankungen übersichtlicher zu gestalten. Die interdisziplinäre Kooperation verschiedener Angebote im *soulspace* dient bereits der Vereinfachung von Zugangs- und Weiterleitungswegen, wodurch existierenden Unübersichtlichkeiten maßgeblich entgegengewirkt werden kann.

Des Weiteren sind niedrighschwelligere Zugangswege, kürzere Wartezeiten und verstärkte Aufklärungsarbeit notwendig, um ein möglichst breites Publikum zu erreichen und Stigmata abzubauen. Von zentraler Bedeutung ist dabei u.a. die Verbreitung von Informationen über bestehende Versorgungsangebote. Hierbei sollte sich verstärkt auf Schulen und Jugendzentren sowie auf die Präsenz im Internet allgemein und in sozialen Medien im Speziellen konzentriert werden. Auch die Einbeziehung des Lebensumfeldes junger Menschen birgt bedeutsames Potential für eine erfolgreiche Frühintervention und sollte als ausbaufähige Ressource intensiver genutzt werden. Durch ein landesweit übereinstimmendes Angebot wirkt bspw. das australische Angebot *headspace* Unübersichtlichkeiten bezüglich Zuständigkeiten entgegen und kann damit als Beispiel gelungener Hemmschwellenreduktion herangezogen werden.

Um langfristige Ergebnisse und Folgen der Versorgungsangebote im *soulspace* zu erhalten, sind für zukünftige Untersuchungen Follow-up-Erhebungen – bspw. ½ bis 1 Jahr nach initialer Inanspruchnahme – angezeigt. Diesbezügliche Maßnahmen sind von großer Bedeutung, um Versorgungslücken zu identifizieren und nachhaltig zu schließen.

Im Sinne der Primär- sowie Sekundärprävention sollte die Weiterentwicklung und Implementierung passgenauer Versorgungsformate für junge Menschen forciert werden, bspw. durch die Etablierung niedrighschwelliger Früherkennungs- und Behandlungsinitiativen. Im Folgenden sollen mögliche, aus dieser Arbeit hervorgehende Ableitungen für die Praxis zusammenfassend und der Übersichtlichkeit halber aufgelistet werden:

- Da eine institutionsübergreifende, interdisziplinäre Kooperation von Versorgungsangeboten jungen Menschen den Zugang in die Regelversorgung erleichtern kann, sollte diese flächendeckend ausgebaut werden.
- Eine verstärkte Involvierung des sozialen Umfeldes der Klient*innen in den therapeutischen Prozess sollte als wesentliche Ressource angesehen und genutzt werden.
- Da für junge Menschen die Hauptinformationsquelle zu Versorgungsangeboten das Internet ist, sollte die dortige Präsenz von Früherkennungs- und Behandlungsinitiativen weiter ausgebaut werden, bspw. mittels ansprechender Homepages, Auftritten in den sozialen Medien, digitalen Kontaktaufnahmemöglichkeiten, Online-Interventionen, Apps, u.ä.
- Eine aufsuchende Arbeit könnte analog zu *FRITZ on tour* auch für das *soulspace* entwickelt werden. Durch eine persönliche Vorstellung in Brennpunktbezirken/ -schulen etc. kann diese *proaktive* Präventionsarbeit zusätzlich dazu beitragen, besonders vulnerable Gruppen noch besser zu erreichen.

6. Anhang

6.1 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Zugangs- und Versorgungswege im *soulspace*.

Abbildung 2: Spezifizierung der diagnostischen Einschätzungen im Rahmen der Fallkonferenzen.

Abbildung 3: Spezifizierung Hochrisiko in der *FIT-Sprechstunde*.

Tabelle 1: Interne Angebote des *transit*.

Tabelle 2: Daten zur Soziodemografie und Inanspruchnahme von Erstkontakten im *transit* und in der *FIT-Sprechstunde*.

6.2 Erhebungsinstrumente

Fragebogen: Erstkontakt „*face to face*“ – *soulspace-transit*

Fragebogen: Evaluation *soulspace* – *FIT-Sprechstunde*

Erstkontakt „face to face“ – soul space-Transit

Datum: _____ Alter: _____ Amtliches Geschlecht: männlich weiblich divers

Persönliche Vorstellung: allein **ODER** in Begleitung von: _____

1. Wer hatte die Idee zur Kontaktaufnahme mit dem soul space?

Klient*in selbst → *weiter mit Frage 1a* **ODER** Jemand anderes → *weiter mit Frage 1b*

a) Wie ist Klient*in auf Soul space aufmerksam geworden? **Nur eine Antwort möglich**

Mundpropaganda Flyer Internet persönliche Empfehlung sonstiges: _____

b) Welche Person / Institution hatte die Idee zur Kontaktaufnahme? **Nur eine Antwort möglich**

Hausarzt/Hausärztin Familie Partner*in Freunde Lehrer*in/Ausbilder*

Arbeitgeber Jobcenter Beratungsstelle/Träger: _____

ambulante*r psychiatrische*r Facharzt*in andere/r Facharzt*in: _____

ambulante*r Psychotherapeut*in Sozialpsychiatrischer Dienst Sonstige: _____

2. Grund der Vorstellung/aktuelle Symptomatik: Probleme mit ...

Mehrere Antworten möglich

Psyche (z.B. Depression) Körper (z.B. körperliche Erkrankung) Drogen

Ausbildung/Arbeit/Schule Familie/ Freunde Partnerschaft Tagesstruktur

Sonstiges: _____

3. Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung

Klient/die Klientin jemals in psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung (ambulant oder stationär)? nein, noch nie ja, in der Vergangenheit ja, aktuell

4. Weiteres Vorgehen

a) offen, wie es weitergeht **ODER** Weitervermittlung → *weiter mit Frage 4b*
 → falls offen, bitte Grund angeben: Entscheidung des Klienten/der Klientin keine Indikation
 Klient/ Klientin ist bereits ausreichend in Versorgungsstrukturen integriert.

b) Weitervermittlung an **Mehrere Antworten möglich**

FIT (bei fraglicher psychischer Erkrankung) PIA (bei gesicherter psychischer Erkrankung)

Psychosoziale Beratungsstelle (*bitte spezifizieren*):

Transit (*bitte spezifizieren*):

allgemeine psychosoziale Beratung Krisenintervention Netzwerkgespräch

therapeutische Gruppe nicht-therapeutische Gruppen Sonstiges: _____

Sonstiges psychosoziale Beratungsstelle: _____

Sonstiges Versorgungsangebot: _____

b) Welche Person / Institution hatte die Idee zur Kontaktaufnahme? **Nur eine Antwort möglich**

- 1 Hausarzt 2 Familie 3 Partner*in 4 Freunde 5 Arbeitgeber 6 Jobcenter
7 Lehrer/Ausbilder 8 ambulanter psychiatrischer Facharzt/Nervenarzt 9 KJP
10 ambulanter Psychotherapeut 11 Sozialpsychiatrischer Dienst 12 Transit 13 FRITZ-Station
14 Rettungsstelle 15 Klinik
16 Andere Beratungsstelle/Träger

- 1 Krisendienst 3 Drogen-/Suchtberatung 5 AJB e.V. (außer transit) 7 Sonstige:
2 Beratungsstelle Uni/Schule 4 Betreutes Wohnen 6 Sozial-&Jugendhilfedienst _____

17 Anderer Facharzt; welcher: _____

18 sonstige: _____

Haben Sie sich bereits vor ihrem Kontakt mit der FIT-Sprechstunde bzw. der Soulspace-PIA zu irgendeinem Zeitpunkt im Leben professionelle Hilfe wegen psychischer Probleme gesucht?

- Ja → weiter mit Frage a
 Nein → weiter mit Item „Akute Eigengefährdung“

a) Bei wem? **(Mehrfachnennung möglich)**

- Hausarzt ambulanter Psychotherapeut/Psychologe
 Ambulanter Psychiater/Nervenarzt Anderer ambulanter Facharzt: _____
 Teil-/stationäre Psychiatrie *Falls auf FRITZ-Station behandelt, bitte hier ebenfalls ankreuzen*
 Sozialpsychiatrischer Dienst Psychosomatische Klinik
 Psychiatrische Institutsambulanz KJP Transit
 Rettungsstelle
 Andere Beratungsstelle, und zwar: _____
 Sonstiges: _____

Wurden Sie...

- 1 einmalig behandelt 2 mehrfach behandelt (≥2x) 3 regelmäßig behandelt (z.B. 1x/Quartal)

b) **Warum haben Sie den Termin in der FIT-Sprechstunde bzw. der soulspace-PIA zusätzlich vereinbart? (Mehrfachnennung möglich)**

- Überleitung bzw. auf Empfehlung durch vorherigen Behandler
 aus der KJP
 von FRITZ
 Rettungsstelle
 Andere: _____
 Zur Diagnostik
 durch Behandler weitergeleitet
 auf eigenen Wunsch
 Unzufriedenheit mit bisherigem Angebot
 Kein weiteres Angebot
 Falscher Ansprechpartner

Kontakt zum vorherigen Angebot/Behandler verloren gegangen

Sonstiges: _____

Akute Eigengefährdung: Ja Nein

Fremdgefährdung: Ja Nein

Suizidversuche: Ja Nein

Zeitpunkt(e):

Grund der Vorstellung/aktuelle Symptomatik (Mehrfachnennungen möglich)

psychische Probleme (z.B. Depression)

körperliche Probleme

Drogen-Konsum (→ *Drogenanamnese ausfüllen*)

Probleme in Ausbildung/Arbeit/Schule

Probleme in der Familie/mit Freunden

Probleme in der Partnerschaft

Probleme mit der Tagesstruktur

Delinquenz/Probleme mit Justiz

Probleme mit Wohnung

Schulden

Sonstiges: _____

Anamnese:

Drogen- und Medikamenteanamnese

<u>Cannabis</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> aktuell ja <input type="checkbox"/> anamnestisch ja } weiter mit →	<input type="checkbox"/> sporadisch, und zwar (Angabe von Menge und Häufigkeit) Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/> regelmäßig, und zwar (Angabe von Menge und Häufigkeit) Zeitraum: _____
<u>Amphetamine</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> aktuell ja <input type="checkbox"/> anamnestisch ja } weiter mit →	<input type="checkbox"/> sporadisch, und zwar (Angabe von Menge und Häufigkeit) Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/> regelmäßig, und zwar (Angabe von Menge und Häufigkeit) Zeitraum: _____
<u>Halluzinogene</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> aktuell ja <input type="checkbox"/> anamnestisch ja } weiter mit →	<input type="checkbox"/> sporadisch, und zwar (Angabe von Menge und Häufigkeit) Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/> regelmäßig, und zwar (Angabe von Menge und Häufigkeit) Zeitraum: _____
<u>Opiate</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> aktuell ja <input type="checkbox"/> anamnestisch ja } weiter mit →	<input type="checkbox"/> sporadisch, und zwar (Angabe von Menge und Häufigkeit) Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/> regelmäßig, und zwar (Angabe von Menge und Häufigkeit) Zeitraum: _____
<u>Kokain</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> aktuell ja <input type="checkbox"/> anamnestisch ja } weiter mit →	<input type="checkbox"/> sporadisch, und zwar (Angabe von Menge und Häufigkeit) Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/> regelmäßig, und zwar (Angabe von Menge und Häufigkeit) Zeitraum: _____
<u>Alkohol</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> aktuell ja <input type="checkbox"/> anamnestisch ja } weiter mit →	<input type="checkbox"/> sporadisch, und zwar (Angabe von Menge und Häufigkeit) Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/> regelmäßig, und zwar (Angabe von Menge und Häufigkeit) Zeitraum: _____
<u>Tabak</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> aktuell ja <input type="checkbox"/> anamnestisch ja } weiter mit →	<input type="checkbox"/> sporadisch, und zwar (Angabe von Menge und Häufigkeit) Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/> regelmäßig, und zwar (Angabe von Menge und Häufigkeit) Zeitraum: _____
<u>Sonstiges:</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> aktuell ja <input type="checkbox"/> anamnestisch ja Spezifiziere:		

Familienanamnese		
Neurologische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - bitte spezifizieren
		Verwandtschaftsgrad (Mehrfachnennung möglich): 1 1.Grad 2 2.Grad 3 3.Grad 4 4.Grad 5 5.Grad oder höher
		Diagnose:
		Diagnosesicherheit: 1 gesichert 2 unsicher
Psychiatrische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - bitte spezifizieren
		Verwandtschaftsgrad (Mehrfachnennung möglich): 1 1.Grad 2 2.Grad 3 3.Grad 4 4.Grad 5 5.Grad oder höher
		Diagnose (Mehrfachnennung möglich): 1 F10–F19 4 F40–F48 7 F70–F79 2 F20–F29 5 F50–F59 8 F80–F89 3 F30–F39 6 F60–F69 9 F90–F98 10 unklar
		Diagnosesicherheit: 1 gesichert 2 unsicher

Weiteres Vorgehen:

Zweitkontakt zur weiteren Abklärung angeboten

Folgetermin vereinbart für: _____ (Datum) Patient lehnt Folgetermin ab

Weitervermittlung (auch innerhalb des KAU) an:

- 1** Ambulanter Psychiater **2** Teil-/stationäre Psychiatrie **3** Sozialpsychiatrischer Dienst
4 Psychiatrische Institusambulanz **5** ambulanter Psychotherapeut **6** Psychosomatische Klinik
7 Transit **8** KJP **9** Andere Beratungsstelle **10** Sonstiges: _____

Falls „Weitervermittlung“: Bitte begründen

1 Aktuell kein Hinweis auf psychiatrische Erkrankung

2 Sonstige Gründe: _____

Keinen Zweitkontakt und keine Weitervermittlung angeboten

Falls „Keinen Zweitkontakt und keine Weitervermittlung angeboten“: Bitte begründen

1 bereits ausreichend eingebunden

2 aktuell Anbindung nicht notwendig

3 Pat. lehnt weitere Anbindung ab

4 Sonstiges _____

Rückruf zum Follow up darf durchgeführt werden:

Ja, ich bin damit einverstanden, dass Sie mich in 6 Monaten für ein kurzes Interview zu meinem aktuellen Befinden kontaktieren.

Datum/Unterschrift

Weitervermittlung (auch innerhalb des KAU) (an wen/Begründung/Erläuterung):

Keine Weitervermittlung AQ (Begründung/Erläuterung):

Behandlungsempfehlung

Beginn/Fortführung einer ambulanten psychiatrischen Behandlung

Beginn/Fortführung einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung

Beginn/Fortführung einer (teil-)stationären psychiatrischen Behandlung

Anbindung an eine psychosoziale Beratungsstelle

keine Empfehlung (Bitte begründen):

Nächster Termin:

(Datum)

6.3 Ethikvotum

Die vorliegende Evaluation wurde im Rahmen qualitätssichernder Maßnahmen der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Vivantes Klinikum am Urban und der ajb GmbH – Gemeinnützige Gesellschaft für Jugendberatung und psychosoziale Rehabilitation durchgeführt. Da hierfür ausschließlich routinemäßig erhobene Sekundärdaten von Patient*innen genutzt wurden, die voran ihr Einverständnis dazu gegeben hatten, musste kein externes Ethikvotum für die Durchführung der Evaluation eingeholt werden.

7. Literaturverzeichnis

- 1 Jacobi F, Hofler M, Strehle J, et al. Mental disorders in the general population: Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 2014; **85**(1): 77–87. DOI: 10.1007/s00115-013-3961-y
- 2 Jacobi F, Hofler M, Strehle J, et al. Erratum to: Mental disorders in the general population. Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 2016; **87**(1): 88–90. DOI: 10.1007/s00115-015-4458-7
- 3 Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, et al. Prevalence, Persistence, and Sociodemographic Correlates of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiat* 2012; **69**(4): 372–80. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.160
- 4 Merikangas KR, He JP, Burstein M, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; **49**(10): 980–9. DOI: 10.1016/j.jaac.2010.05.017
- 5 Solmi M, Radua J, Olivola M, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry* 2022; **27**(1): 281–95. DOI: 10.1038/s41380-021-01161-7
- 6 Driessen M, Fegert JM, Freyberger HJ, Karow A, Banaschewski T. Transition Psychiatry - a Contemporary Challenge. *Psychiatr Prax* 2019; **46**(3): 125–7. DOI: 10.1055/a-0860-4844
- 7 Fegert JM, Hauth I, Banaschewski T, Freyberger HJ. Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie
Eckpunktpapier von DGKJP und DGPPN. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2017; **45**(1): 80–85. DOI: 10.1024/1422-4917/a000502
- 8 Mayr M, Kapusta ND, Plener PL, et al. Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. *Z Psychiatr Psychol und Psychother* 2015; **63**(3): 155–163. DOI: 10.1024/1661-4747/a000235
- 9 Arnett JJ. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol* 2000; **55**(5): 469–80. DOI: 10.1037//0003-066X.55.5.469
- 10 Seiffge-Krenke I. “Emerging Adulthood“: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 2015; **63**(3): 165–173. DOI: 10.1024/1661-4747/a000236
- 11 Lambert M, Bock T, Naber D, et al. Mental health of children, adolescents and young adults--part 1: prevalence, illness persistence, adversities, service use, treatment delay and consequences. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2013; **81**(11): 614–27. DOI: 10.1055/s-0033-1355843
- 12 Murru A, Carpiniello B. Duration of untreated illness as a key to early intervention in schizophrenia: A review. *Neurosci Lett* 2018; **669**: 59–67. DOI: 10.1016/j.neulet.2016.10.003
- 13 Karow A, Bock T, Naber D, et al. Mental health of children, adolescents and young adults--part 2: burden of illness, deficits of the German health care system and efficacy and effectiveness of early intervention services. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2013; **81**(11): 628–38. DOI: 10.1055/s-0033-1355840
- 14 Wang PS, Angermeyer M, Borges G, et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 2007; **6**(3): 177–85. PMID: 18188443; PMCID: PMC2174579

-
- 15 Burgess PM, Pirkis JE, Slade TN, Johnston AK, Meadows GN, Gunn JM. Service use for mental health problems: findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; **43**(7): 615–23. DOI: 10.1080/00048670902970858
- 16 Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; **62**(6): 603–13. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.603
- 17 Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet* 2011; **377**(9783): 2093–102. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60512-6
- 18 Leopold K, Pfeiffer S, Correll CU, Bauer M, Pfennig A. Early recognition centers for mental disorders - a complementary supply in the german health system. *Psychiatr Prax* 2013; **40**(5): 264–70. DOI: 10.1055/s-0032-1332972
- 19 Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). Studie: Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie: Wartezeiten 2018, Stand: 11.04.2018. Verfügbar: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf (Zuletzt abgerufen am 12.12.2022)
- 20 Aguirre Velasco A, Cruz ISS, Billings J, Jimenez M, Rowe S. What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry* 2020; **20**(1): 293. DOI: 10.1186/s12888-020-02659-0
- 21 Mulfinger N, Muller S, Boge I, et al. Honest, Open, Proud for adolescents with mental illness: pilot randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry* 2018; **59**(6): 684–91. DOI: 10.1111/jcpp.12853
- 22 de Girolamo G, Dagani J, Purcell R, Cocchi A, McGorry PD. Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2012; **21**(1): 47–57. DOI: 10.1017/s2045796011000746
- 23 Gießelmann K. Transitionspsychiatrie: Entwicklungsspezifische Angebote. *Dtsch Arztebl International* 2016; **113**(27-28): 1304–
- 24 Singh SP. Transition of care from child to adult mental health services: the great divide. *Curr Opin Psychiatry* 2009; **22**(4): 386–90. DOI: 10.1097/YCO.0b013e32832c9221
- 25 Blankenburg B, Kolch M, Mehler-Wex C. A need for independent adolescence psychiatry and psychotherapy. *Psychiatr Prax* 2008; **35**(5): 216–8. DOI: 10.1055/s-2007-986329.
- 26 Thun-Hohenstein L. Transitionsmedizin. *Pädiatrie & Pädologie* 2016; **51**(1): 10–5. DOI: 10.1007/s00608-016-0380-x
- 27 Gesellschaft für Transitionsmedizin. S3-Leitlinie: Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin. Version 1.1 vom 22.04.2021. Verfügbar: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/186-001.html> (Zuletzt abgerufen am 08.12.2022)
- 28 Gesellschaft für Transitionsmedizin e.V. <https://www.transitionsmedizin.net> (Zuletzt abgerufen am 16.12.2022)
- 29 Karow A, Lipp M, Schweigert E, et al. Interdisciplinary Inpatient Treatment for Adolescents and Young Adults (16-25 Years) with Mental Illness in Adolescent Psychiatry. *Psychiatr Prax* 2018; **45**(5): 248–55. DOI: 10.1055/s-0043-120249
- 30 Bechdorf A, Leopold K, Lehmann A, Burkhardt E. Junge Menschen mit Psychose begleiten; Das Praxisbuch zum FRITZ. Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2022. 1. Auflage, ISBN 978-3-96605-119-4

-
- 31 Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet* 2011; **378**(9801): 1515–25. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60827-1
- 32 Fusar-Poli P. Integrated Mental Health Services for the Developmental Period (0 to 25 Years): A Critical Review of the Evidence. *Frontiers in psychiatry* 2019; **10**: 355. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00355
- 33 Hawke LD, Mehra K, Settipani C, et al. What makes mental health and substance use services youth friendly? A scoping review of literature. *BMC health services research* 2019; **19**(1): 257. DOI: 10.1186/s12913-019-4066-5
- 34 Rickwood D, Paraskakis M, Quin D, et al. Australia's innovation in youth mental health care: The headspace centre model. *Early Interv Psychiatry* 2019; **13**(1): 159–66. DOI: 10.1111/eip.12740
- 35 Iyer SN, Boksa P, Lal S, et al. Transforming youth mental health: a Canadian perspective. *Ir J Psychol Med* 2015; **32**(1): 51–60. DOI: 10.1017/ipm.2014.89
- 36 McGorry P, Bates T, Birchwood M. Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *Br J Psychiatry Suppl* 2013; **54**: s30–5. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.119214
- 37 Schultze-Lutter F, Picker H, Ruhrmann S, Klosterkötter J. [The Cologne Early Recognition and Intervention Center for mental crises (FETZ). Evaluation of service use]. *Med Klin (Munich)* 2008; **103**(2): 81–9. DOI: 10.1007/s00063-008-1012-4
- 38 Bühring P. Prävention psychischer Erkrankungen: Fokus auf die Risikogruppe. *Dtsch Arztebl* 2018; **115**(43): A-1942 / B-1623 / C-1607
- 39 DGPPN e.V. Referat: Prävention psychischer Erkrankungen. Verfügbar: <https://www.dgppn.de/die-dgppn/referate/praevention-psychischer-erkrankungen.html> (Zuletzt abgerufen am 05.11.2022)
- 40 DGPPN e.V. (Hrsg.) für die Leitliniengruppe: S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung, 2019, Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019, Verfügbar: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html> (Zuletzt abgerufen am 08.12.2022)
- 41 Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry* 2001; **58**(2): 158–64. DOI: 10.1001/archpsyc.58.2.158
- 42 Bechdolf A, Peukert R. Psychosis prevention: expectations met. *Psychiatr Prax* 2011; **38**(2): 58–60. DOI: 10.1055/s-0030-1266056
- 43 Iorfino F, Scott EM, Carpenter JS, et al. Clinical Stage Transitions in Persons Aged 12 to 25 Years Presenting to Early Intervention Mental Health Services With Anxiety, Mood, and Psychotic Disorders. *JAMA Psychiatry* 2019; **76**(11): 1167–75. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.2360
- 44 Shah JL, Scott J, McGorry PD, et al. Transdiagnostic clinical staging in youth mental health: a first international consensus statement. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 2020; **19**(2): 233–42. DOI: 10.1002/wps.20745
- 45 Bechdolf A, Schellong M, Izat Y, et al. soul-space - Implementing a Low Threshold Specific Treatment and Early Intervention Programme for Young Adults and Adolescents in Routine Care in Germany. *Psychiatr Prax* 2019; **46**(5): 243–6. DOI: 10.1055/a-0918-9887
- 46 ajb GmbH - Gemeinnützige Gesellschaft für Jugendberatung und psychosoziale Rehabilitation (2006). <https://ajb-berlin.de/ueber-uns/traegerstruktur/?L=2> (Zuletzt abgerufen am 10.12.2022)

-
- 47 Heuchemer P. Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. Miteinander im Gespräch – Unterstützung und Teilhabe durch gemeindepsychiatrische Netzwerkarbeit. Köln, 1. Auflage 2016. Verfügbar: https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/PIelaV/Broschueren/netzwerk.pdf (Zuletzt abgerufen am 04.01.2023)
- 48 ajb GmbH - Gemeinnützige Gesellschaft für Jugendberatung und psychosoziale Rehabilitation (2006). <https://ajb-berlin.de/angebote/kontakt-und-beratungsstelle-friedrichshain-kreuzberg-transit/> (Zuletzt abgerufen am 04.11.2022)
- 49 American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000. ISBN 978-0-89042-024
- 50 Brosius F. SPSS - Umfassendes Handbuch zu Statistik und Datenanalyse. mitp Verlags GmbH & Co. KG, Frechen 2018. 8. Auflage, ISBN 978-3-95845-668-6
- 51 Rickwood DJ, Telford NR, Parker AG, Tanti CJ, McGorry PD. headspace - Australia's innovation in youth mental health: who are the clients and why are they presenting? *Med J Aust* 2014; **200**(2): 108–11. DOI: 10.5694/mja13.11235
- 52 DGPPN e. V. Dossier - Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung (2018). Verfügbar: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f80fb3f112b4eda48f6c5f3c68d23632a03ba599/DGPPN_Dossier%20web.pdf (Zuletzt abgerufen am 03.01.2023)
- 53 Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH. Klinikum Am Urban, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. FRITZ am Urban: Frühinterventions- und Therapiezentrum. <https://fritz-berlin.de/fritz-am-urban/fritz-on-tour/> (Zuletzt abgerufen am 04.11.2022)
- 54 Initiative D21 e.V. (2021) D21-Digital-Index 2020/2021. Jährliches Lagebild zur Digitalen Gesellschaft. Verfügbar: https://initiatived21.de/app/uploads/2021/02/d21-digital-index-2020_2021.pdf. (Zuletzt abgerufen am 05.11.2022)
- 55 Weitzel EC, Quittschalle J, Welzel FD, Lobner M, Hauth I, Riedel-Heller SG. [E-Mental Health and healthcare apps in Germany]. *Nervenarzt* 2021; **92**(11): 1121–9. DOI: 10.1007/s00115-021-01196-9
- 56 Domhardt M, Steubl L, Baumeister H. Internet- and Mobile-Based Interventions for Mental and Somatic Conditions in Children and Adolescents. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2020; **48**(1): 33–46. DOI: 10.1024/1422-4917/a000625
- 57 Orth B, Merkel C. (2020). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. DOI: 10.17623/BZGA:225-DAS19-DE-1.0
- 58 Bechdorf A. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik; Vivantes Klinikum Am Urban. <https://www.psycho-check.com/> (Zuletzt abgerufen am 27.12.2022)
- 59 Jacobi F, Becker M, Bretschneider J, et al. [Provision of outpatient specialist care for mental disorders: Minor regional differences in treatment needs, major regional differences in availability]. *Nervenarzt* 2016; **87**(11): 1211–21. DOI: 10.1007/s00115-016-0147-4