

Herzliche Willkommen!

Qualitätszirkelbaustein

Transition von Hausarzt zu Hausarzt



bvkg.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

MEDI  **VERBUND**
BADEN-WÜRTTEMBERG E.V.

AOK
Die Gesundheitskasse.

Agenda

1. Definition
2. Fakten – Evidenz
3. Kernelemente
4. Besonderheiten
5. Prozess
6. Aufgaben Pädiatrie
7. Aufgaben Erwachsenenmedizin
8. Umsetzungsvorschläge und Ziele

1. Definition

- Gezielte Begleitung des Transitionsprozesses im Sinne einer Koordination der Anbieter und Sicherung der Versorgungskontinuität auf dem Weg von der jugendlichenzentrierten hin zur erwachsenenorientierten Versorgung (aktuelle AWMF ADHS Leitlinie).
- Übergangszeit vom Jugend- ins Erwachsenenalter, in der die Überleitung von Menschen mit speziellem medizinischen Versorgungsbedarf von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin stattfindet (Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009).

2. Fakten I

- Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. gibt an, dass **1,3 Millionen Kinder und Jugendliche** in Deutschland **chronisch erkrankt** sind.
- **30 bis 40 %** der Jugendlichen verlieren in der Zeit der Transition für kürzere oder längere Zeit den Kontakt zur notwendigen Spezialbetreuung und stellen sich in den fachlich qualifizierten Einrichtungen der Erwachsenenmedizin erst dann wieder vor, wenn – möglicherweise vermeidbare – Komplikationen aufgetreten sind.

2. Fakten II

- junge Erwachsene weisen nach nationalen Statistiken besonders hohe Raten an Problemverhaltensweisen auf.
- ihr Gesundheitszustand ist schlechter als der Jugendlicher oder Erwachsener zwischen 26 und 34 Jahren.

2. Evidenz I

Nachgewiesene positive Effekte von strukturierter Transition bzgl.:

- Zufriedenheit der Patienten, Eltern und Versorgenden
- Abbau von Hürden bei Transition
- Gesundheit und Lebensqualität von Betroffenen
- Krankheitswissen von Patienten und Eltern

2. Evidenz II

Nachgewiesene positive Effekte von strukturierter Transition bzgl.:

- Selbstmanagement-Fähigkeiten
- Vorbereitung auf Berufseinstieg
- Organisation und Qualität in der Versorgung
- Follow-up in der Erwachsenenrheumatologie

3. Kernelemente

1. Strategie für den Übergang
2. Tracking und Monitoring
3. Transitionsbereitschaft
4. Transitionsplanung
5. Übergänge von Behandlung und Betreuung
6. Vollendung des Übergangs

3. Kernelemente

Punkt 1. - 3.

Zu 1. Entwicklung einer Transitionsstrategie:

- unter Einbezug der Jugendlichen und Betreuungspersonen
- Überprüfung von dieser im weiteren Verlauf bis zum Zeitpunkt der Transitionsumsetzung

Zu 2. Tracking und Überwachung der Transition:

- anhand der Kernelemente in Kooperation mit Jugendlichen und Betreuungspersonen

Zu 3. Klärung der Transitionsbereitschaft:

- mit Jugendlichen und Betreuungspersonen unter Berücksichtigung von Bedürfnissen und Zielen in Bezug auf die Selbstversorgung

3. Kernelemente

Punkt 4.

Zu 4. Transitionsplanung:

- Berücksichtigung der
 - Transitionsbereitschaft
 - Entwicklungsbedürfnisse und -stufen
 - evtl. komorbider Störungen und damit assoziierter Probleme
 - familienanamnestischer Problemkonstellationen
- Abstimmung des Bedarfs, der Ziele und des Timings
- Vorbereitung von Jugendlichen und Betreuungspersonen auf den folgenden Übergang (einschließlich Änderungen betreffend Entscheidungsfindung, Privatsphäre, Selbstvertretung und -bestimmung)
- Unterstützung bei der Suche nach adäquater Erwachsenenbetreuung

3. Kernelemente

Punkt 5. - 6.

Zu 5. Übertragung der Betreuung (Transfer):

- möglichst bei klinisch stabilem Zustand des Jugendlichen unter finaler Bewertung des Bedarfes und der Übergangsbereitschaft
- Überprüfung und ggf. Anpassung des Transitionsplans mit Übergangsziele und ausstehenden Maßnahmen v.a. bei Schwierigkeiten im Übergang hinsichtlich der Teilhabe am Leben
- Mitgabe eines Transitionsbriefes bzw. ergänzender Informationen zur Versorgung im Erwachsenenbereich, z.B. Unterstützungsangebote bzw. Kontaktadressen
- bedarfsweise persönliche Kontaktaufnahme mit dem weiterbetreuenden Kollegen, z.B. im Falle nicht gegebener Transitionsbereitschaft oder bei Jugendlichen mit komplexen Bedürfnissen

Zu 6. Transferabschluss:

- Kontakt mit dem jungen Erwachsenen und seinen Eltern/Betreuern 3 -6 Monate nach der letzten pädiatrischen Behandlung, hierbei
 - Überprüfung bzw. Bestätigung der Übertragung der Verantwortlichkeiten
 - Einholen eines Feedback bzgl. der Erfahrung mit dem Übergangsprozess
 - ggf. Anbieten einer Beratungshilfe

4. Besonderheiten

- Für den Übergang ist nicht allein das Alter des Patienten ausschlaggebend, sondern die Reife und Unabhängigkeit des Patienten, die Stabilität der Erkrankung, die Absicherung der Weiterbetreuung und die Zustimmung des Patienten bzw. der Betreuungspersonen.
- Eine günstige Ausgangssituation für die Transition liegt vor, wenn die o.g. altersunabhängigen Voraussetzungen erfüllt sind oder diesbez. Entwicklungspotential erkennbar ist.
- Der Kinder- und Jugendarzt ist verantwortlich für die Koordination und Berichterstattung in alle Richtungen wie Haus- und Facharzt, Therapeuten und Weiterbehandler nach gemeinsamer Entscheidungsfindung mit den Betroffenen einschl. Bezugspersonen sowie deren Zustimmung.

5. Prozessbeschreibung

Teil 1

Transition umfasst:

1. Den **Prozess der Vorbereitung**
2. Den **Transfer von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin**
3. Die **Anpassung** an das neue System

Die Phase der Transition schließt das Jugendalter (ca. 14 - 18 Jahre) und das angrenzende frühe Erwachsenenalter (18 – 24 Jahre, „emerging adulthood“) ein.

5. Prozessbeschreibung

Teil 2

Transitionsgespräch (Strategie/Planung) zur Vorbereitung des weiteren Ablaufes der Transition (Zielalter 17 Jahre).

Transitionsgespräch (Transfer) Ausrichtung auf den aktuellen Stand und die künftige Behandlung (Zielalter 18 Jahre).

Transitionsabschluss mit Jugendlichen und Bezugspersonen und situativem telefonischem Einbezug des Erwachsenenkollegen ca. 3-6 Monate nach dem Wechsel.

Themenkomplexe der Transitionsgespräche

1. Kenntnis zur Erkrankung, deren Verlauf und Behandlung
2. Krankheitsmanagement
3. Zukunftsplanung
4. Soziales Umfeld
5. Transitionsbereitschaft

6. Aufgaben Pädiatrie

1. Transitionsstandards definieren: von hausärztlichem Pädiater zu hausärztlichem Internisten oder Allgemeinmediziner anders als von Schwerpunktpädiater zu Organ-Facharzt
2. Patientenerfassung und -monitoring im Arzteinformationssystem
3. Bewertung der Selbstständigkeit des Patienten („readiness“) – Identifikation weiterbetreuender Hausarzt und bei Bedarf Organ-Facharzt
4. Verwendung Transitionsbogen (Anhang 4 zu Anlage 12a)
5. Hinführen zur erwachsenenmedizinischen Versorgung
6. Übergang, Befundbericht
7. Prozessabschluss, Bewertung

7. Aufgaben Erwachsenenmedizin

1. Transitionsstandards des Pädiaters umsetzen und ggf. anpassen
2. Patientenerfassung und -monitoring im Arztinformationssystem
3. Sicherstellen der kontinuierlichen Betreuung
4. Fortführen des Transitionsplanes
5. Weiterführen in der erwachsenenmedizinischen Versorgung
6. Prozessabschluss, Bewertung, Rückmeldung an den Pädiater

8. Umsetzung und Ziele

Ausschöpfung des Transitionsbogens unter Beachtung:

- des Transitionsplans sowie Transfers um das 18. Lebensjahr als üblichen Zeitraum
- der P3-Diagnosenbindung unter besonderer Beachtung allgemeinpädiatrischer Schwerpunkte
- des familiären, sozialen und beruflichen bzw. Transition bezogenen Versorgungskontextes

Förderung der Teilhabe am Leben und damit psychosozialer Integration und Stabilisierung einschließlich Rückfallprophylaxe.

Transition (Kinder- und Jugendarzt an Allgemeinarzt/hausärztlichen Internisten)

Name, geb.	
Diagnosen	
Soziale Situation (Familie, betreutes Wohnen, Schule, Ausbildung etc.)	
Kurzanamnese (Epikrise)	
Mitbetreuende Ärzte (Spezialisten), Kliniken, andere medizinische oder psychosoziale Einrichtungen	
Aktuelle Medikamente	
Heimittelsituation	
Hilfsmittelversorgung (Rollstuhl, Schienen etc.)	
Impfstatus (nur Besonderheiten, wenn nicht STIKO-konform)	
Einschätzung der aktuellen gesundheitlichen Situation und Prozedere (wenn erforderlich)	
Kopien wesentlicher Befunde anbei	
Mündliche (telefonische) Übergabe erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Bitte senden Sie als Moderator die Agenda
oder das Protokoll des Qualitätszirkels an:
MEDIVERBUND, Herrn Bieg, bieg@medi-verbund.de



bvkJ.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

MEDI  **VERBUND**
BADEN-WÜRTTEMBERG E.V.

AOK
Die Gesundheitskasse.