

Transitionskonzept

Definitionen:

- geplanter Übergang von Kindern oder jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen von einer kindzentrierten hin zu einer erwachsenen-orientierten Gesundheitsversorgung.
- Übergangszeit vom Jugend- ins Erwachsenenalter, in der die Überleitung von Menschen mit speziellem medizinischen Versorgungsbedarf von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin stattfindet.
- Gezielte Begleitung des Transitionsprozesses im Sinne einer Koordination der Anbieter und Sicherung der Versorgungskontinuität auf dem Weg von der jugendlichenzentrierten hin zur erwachsenenorientierten Versorgung.

Klientel:

Jugendliche mit einer chronischen psychischen/psychiatrischen Erkrankung, bei denen der Wechsel in die Erwachsenenmedizin bevorsteht. Üblicherweise Transfer mit 18 Jahren, in Ausnahmefällen bis zum 25. Lebensjahr.

Anmerkung: 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 sowie ggf. der Betreuungspersonen.

Eine günstige Ausgangssituation für die Transition liegt vor, wenn diese altersunabhängigen Voraussetzungen erfüllt sind oder diesbez. Entwicklungspotential erkennbar ist.

Die Umsetzung der Transition ist vorrangig und wichtig insbesondere bei Schizophrenie, komplizierten Suchtverläufen (Substanzkonsum) sowie ADHS im Falle signifikanter bzw. beeinträchtigender Symptome oder anderer koexistierender, eine Behandlung erfordernder, Bedingungen. Die Durchführung der Transition ist zudem grundlegend bedeutsam bei allen F-Diagnosen, sofern eine tiefgreifende psychosoziale Beeinträchtigung vorliegt (MAS Achse 6 > 5).

Prämissen:

- Der KINDER- und JUGENDPSYCHIATER ist verantwortlich für die Koordination und Berichterstattung in alle Richtungen wie Pädiater, HAUS- und FACHARZT, Kinder-, Jugend- und Erwachsenen-Psychotherapeut sowie Sozialen Dienst u.a. nach gemeinsamer Entscheidungsfindung mit den Betroffenen einschl. Bezugspersonen und deren Zustimmung.

Anhang 4 zu Anlage 17: Transition

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Auch die Transition im Modul-Kinder- und Jugendpsychiatrie fußt auf dem bestehenden Vertrag PNP einschl. Kinder- und Jugendpsychotherapie und Grundlagen zum Sozialen Dienst.
- Einbezug des Sozialen Dienstes gemäß Anlage Sozialer Dienst zu Anlage 12. (Checkliste Transition als Arbeitshilfe optional einsetzbar.)
- Der Transfer sollte Folgendes berücksichtigen
 - flexible Altersgrenzen (mit Ausrichtung auf die Indikation, nicht starr)
 - enge Zusammenarbeit zwischen den Fachgruppen, s.o., sowie ggf. weiteren Bezugspersonen/Hilfs-Organisationen wie Jugendamt usw.
 - Transition therapeutisch nutzbar machen (Selbständigkeit, Krankheitseinsicht und Compliance fördern)
 - Überleitung als selbstverständlicher Baustein der Behandlung von Adoleszenten
 - Unterstützung mittels Informationsmaterialien, Bereitstellung und Förderung der Nutzung von Aufklärungs- und Hilfstools

Kernelemente:

- Entwicklung einer Transitionsstrategie
 - unter Einbezug der Jugendlichen und Betreuungspersonen
 - Überprüfung von dieser im weiteren Verlauf bis zum Zeitpunkt der Transitionsumsetzung
- Tracking und Überwachung der Transition
 - anhand der Kernelemente in Kooperation mit Jugendlichen und Betreuungspersonen und ggf. der therapeutischen Mitarbeiter bzw. MFA
- Klärung der Transitionsbereitschaft
 - mit Jugendlichen und Betreuungspersonen unter Berücksichtigung von Bedürfnissen und Zielen in Bezug auf die Selbstversorgung
- Transitionsplanung
 - Berücksichtigung der Transitionsbereitschaft, der Entwicklungsbedürfnisse und -stufen
 - Berücksichtigung von evtl. komorbiden Störungen und damit assoziierten Problemen
 - Berücksichtigung familienanamnestischer Problemkonstellationen (z.B. psychisch kranke Eltern/Bezugspersonen)
 - 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)
 - Einholung der Einwilligung des Jugendlichen bzw. Vormunds
 - Unterstützung bei der Suche nach adäquater Erwachsenenbetreuung

Anhang 4 zu Anlage 17: Transition

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Ggf. bei Diagnosen mit erhöhtem Versorgungsbedarf gemäß ICD-Liste Unterstützungsmöglichkeit durch die therapeutischen Mitarbeiter bzw. MFA
- ggf. Nutzung der Arbeitshilfe Transition
- Erstellung eines kinder- und jugendpsychiatrischen Arztberichtes * inkl. eines Notfallplans (= Transitions-Brief)

* Übergabeschreiben mit ICD-Kodierung und MAS-Einstufung und ggf. Z-Diagnosenerweiterung, diagnostisch-therapeutischer Zusammenfassung, aktuellen und geplanten (nicht-) medikamentösen Maßnahmen, evtl. unerwünschten Auswirkungen und Complianceproblemen, weiterem Betreuungsbedarf sozial, berufsbezogen, finanziell, aktueller Bewertung von Risiko- und Schutzfaktoren.

- 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 des Transitionsbriefes bzw. Notfallplans sowie ggf. weiterführender psychoedukativer Materialien, Informationen zur Versorgung im Erwachsenenbereich, z.B. Unterstützungsangebote bzw. Kontaktadressen
 - bedarfsweise persönliche Kontaktaufnahme mit dem weiterbetreuenden Kollegen, z.B. bei Jugendlichen mit komplexen Bedürfnissen (Voraussetzung: Einwilligung des Jugendlichen/Vormunds)
- Transferabschluss
 - Kontaktierung der jungen Erwachsenen und Eltern/Betreuer 3 - 6 Monate nach der letzten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung beispielsweise durch die therapeutischen Mitarbeiter bzw. MFA
 - Überprüfung bzw. Bestätigung der Übertragung der Verantwortlichkeiten
 - Einholen eines Feedbacks bzgl. der Erfahrung mit dem Übergangsprozess
 - Ggf. Kontaktierung des Erwachsenenpsychiaters und Anbieten einer Beratungshilfe, z.B. bei schwerwiegenden Erkrankungen wie Schizophrenie und/oder komplizierten Suchtverläufen

Ziele:

- Vernetzung im Sinne von Collaborative Care zwischen Kinder- und Jugend- bzw. Erwachsenenpsychiatern bzw. -psychotherapeuten, Pädiatern und Hausärzten ggf. unter Einbezug des Sozialen Dienstes bzw. weiteren Hilfseinrichtungen und Bezugspersonen.
- Transfer der Gesundheitsversorgung, üblicherweise innerhalb des 18. Lebensjahres mit Ausnahmen bis zum 25. Lebensjahr - zu Anbietern im Erwachsenenbereich, für

Anhang 4 zu Anlage 17: Transition

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

den kinder- und jugendpsychiatrische Anbieter weiter als Ressource dienen sollten, bis die Transition komplettiert ist.

- Förderung der Teilhabe am Leben und damit psychosozialer Integration und Stabilisierung einschließlich Rückfallprophylaxe z.B. unter Berücksichtigung des Sozialen Dienstes.

Ablauf:

- **Transitionsgespräch (Strategie/Planung)** beim KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER u.a. zur Vorbereitung des weiteren Ablaufes der Transition (Zielalter 17 Jahre). (Optional: Nutzung der Arbeitshilfe Transition.)
- **Transitionsgespräch (Transfer)** beim KINDER- und JUGENDPSYCHIATER mit Ausrichtung auf den aktuellen Stand und die künftige Behandlung. Besonderheit:
 - bedarfsweise gemeinsame Sprechstunde durch die Fachgruppen auf der Basis der Rückmeldung durch den KINDER- und JUGENDPSYCHIATER, Organisation beispielsweise durch die therapeutischen Mitarbeiter bzw. MFA.
- **Transitionsabschluss** mit Jugendlichen und Bezugspersonen und situativem telefonischem Einbezug des Erwachsenenpsychiaters ca. 3-6 Monate nach dem Wechsel, Kontaktaufnahme und Terminklärung über die therapeutischen Mitarbeiter bzw. MFA.

Themenkomplexe der Transitionsgespräche: 5 Bereiche:

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

Zu 1. Kenntnisse zur Erkrankung, deren Verlauf und Behandlung und partizipative Entscheidungsfindung zu möglichen individuellen Zielen

Der Patient/die Patientin

- kann seine Erkrankung benennen
- weiß, wann die Erkrankung begonnen hat, wie sie sich manifestierte und behandelt wurde und kennt mögliche gesundheitliche Folgen
- kennt seine Medikamente (mit Wirkung, d.h. Gruppenzugehörigkeit, Dosis, Einnahmezeiten) und weiß, worauf zu achten ist

Anhang 4 zu Anlage 17: Transition

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- kennt die Zeichen eines Krankheitsschubes bzw. einer -verschlechterung und weiß, was er/sie selbst im Schub tun kann und auch möglichst vorbeugend
- kennt den Einfluss von Drogen, Nikotin und Alkohol auf die Erkrankung und die Medikation
- kennt Zusammenhänge der Krankheit und Medikation mit Sexualität, Kontrazeption und Schwangerschaft

Zu 2. Krankheitsmanagement:

Der Patient/die Patientin

- nimmt seine Medikamente selbständig und regelmäßig ein
- weiß, dass regelmäßige ärztliche Kontrolluntersuchungen erforderlich sind
- weiß, wohin er sich bei Problemen im Zusammenhang mit seiner Erkrankung wenden kann
- kennt die betreuenden Behandler und alle wichtigen Ansprechpartner, ihre Zuständigkeiten und Telefonnummern
- ist in der Lage, Termine auszumachen und einzuhalten, Rezepte anzufordern und einzulösen
- besucht Sprechstunden alleine oder sucht sich bei Bedarf selbständig Begleitung
- kennt Möglichkeiten, einen Erwachsenenmediziner zu finden
- kennt den eigenen Versicherungsstatus und weiß, welche Unterlagen für einen Arztbesuch erforderlich sind
- weiß, welche Bezugspersonen ggf. bei o.g. Zielen einzubeziehen sind

Zu 3. Zukunftsplanung:

Der Patient/die Patientin

- plant seine Zukunft im Hinblick auf den weiteren Verlauf der Schul-/Berufsausbildung und ggf. seine Wohnsituation
- kennt die gesetzlich vorgegebenen Hilfsangebote (z.B. Schwerbehindertenausweis, Nachteilsausgleich) und sozialen Konsequenzen der Erkrankung (z.B. Berufsausbildung, Führerschein)

Anhang 4 zu Anlage 17: Transition

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Zu 4. Soziales Umfeld:

Der Patient/die Patientin

- hat privat und in der Schule/Ausbildung ein unterstützendes soziales Umfeld
- kennt Möglichkeiten, sich bei Bedarf mit anderen auszutauschen, hat Ansprechpartner bei Problemen
- kann mit Ratschlägen und Befremden der Umwelt im Hinblick auf die Erkrankung umgehen

Zu 5. Transitionsbereitschaft:

Der Patient/die Patientin

- kennt die wichtigsten Aspekte der Versorgung in der Erwachsenenmedizin und die Unterschiede zur kinder- und jugendmedizinischen(-psychiatrischen) Versorgung
- ist im Besitz der wichtigsten Unterlagen zum Krankheitsverlauf und eines zusammenfassenden Arztberichtes

Quellen:

- (Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009).
- Buch Transitionsmedizin, Multiprofessionale Begleitung junger Erwachsener mit chronischer Krankheit, M. Oldhafer, Dt. Ges. für Transfusionsmedizin, Schattauer Verlag, 2016
- Eckpunktepapier von DGKJP und DGPPN vom 23.06.2016
- Nelson Textbook for Pediatrics 20th Edition Volume 2
- www.gottransition.org, Center for Health Care Transition Improvement - Six Core Elements of Health Care Transition 2.0
- Empfehlungen für den Übergang von Patienten mit ADHS von pädiatrischen zum Erwachsenen Gesundheitsdienstleistungen: eine Konsensuserklärung aus dem britischen ADHS-Netzwerk

Anhang 4 zu Anlage 17: Transition

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Recommendations for the transition of patients with ADHD from child to adult healthcare services: a consensus statement from the UK adult ADHD network, Young et al. BMC Psychiatry (2016) 16:301
- ADHS in Deutschland: Trends in Diagnose und medikamentöser Therapie - Dtsch Arztebl Int 2017; 114(9): 141-8; DOI: 10.3238/arztebl.2017.0141, Bachmann, Christian J.; Philipsen, Alexandra; Hoffmann, Falk
- AWMF S3 Leitlinie ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, Stand 02.05.2017