

Transition als dringliche und gemeinsame Aufgabe

A. von Moers, S. Müther & J. Findorff

Monatsschrift Kinderheilkunde
Zeitschrift für Kinder- und
Jugendmedizin

ISSN 0026-9298

Monatsschr Kinderheilkd
DOI 10.1007/s00112-018-0507-1



ONLINE FIRST

**Monatsschrift
Kinderheilkunde**

Zeitschrift für Kinder- und Jugendmedizin
Organ der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
Organ der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde

Tropenmedizin
Kindergesundheit – eine Aufgabe,
die nicht an Landesgrenzen endet

Konservative versus chirurgische Therapie:
Wie viel Chirurgie benötigt das Bauchtrauma?
Infektiologische Prävention bei Praktikanten
in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Pleuraempyem 

Indexed in Science Citation Index Expanded



www.MonatsschriftKinderheilkunde.de
www.springermedizin.de

 Springer Medizin

Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

Redaktion

R. Berner, Dresden
B. Koletzko, München
A.C. Muntau, Hamburg
W. Sperl, Salzburg



CrossMark



Online teilnehmen

3 Punkte sammeln auf CME.SpringerMedizin.de

Teilnahmemöglichkeiten

Die Teilnahme an diesem zertifizierten Kurs ist für 12 Monate auf CME.SpringerMedizin.de möglich. Den genauen Teilnahmeschluss erfahren Sie dort.

Teilnehmen können Sie:

- als Abonnent dieser Fachzeitschrift,
- als e.Med-Abonnent.

Zertifizierung

Diese Fortbildungseinheit ist zertifiziert von der Ärztekammer Nordrhein gemäß Kategorie D und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Es werden 3 Punkte vergeben.

Anerkennung in Österreich

Gemäß Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) werden die auf CME.SpringerMedizin.de erworbenen Fortbildungspunkte von der Österreichischen Ärztekammer 1:1 als fachspezifische Fortbildung angerechnet (§26(3) DFP Richtlinie).

Kontakt

Springer Medizin Kundenservice
Tel. 0800 77 80 777
E-Mail: kundenservice@springermedizin.de

CME Zertifizierte Fortbildung

A. von Moers · S. Müther · J. Findorff
DRK Kliniken Berlin | Westend, Berlin, Deutschland

Transition als dringliche und gemeinsame Aufgabe

Zusammenfassung

Einen speziellen Versorgungsbedarf an medizinischen und sozialen Leistungen haben 14 % aller Kinder und Jugendliche in der Bundesrepublik Deutschland. Nach dem Wechsel in die Erwachsenenmedizin verlieren bis zu 40 % der dann jungen Erwachsenen den Kontakt zum spezialisierten Versorgungssystem. Oftmals finden sie erst den Weg zurück, wenn sich Komplikationen oder Folgeerscheinungen der chronischen Erkrankung zeigen. Nur wenn Transition als gemeinsame Aufgabe der einzelnen Fachdisziplinen erkannt und auch als strukturelles Instrument in das Versorgungssystem eingeführt wird, kann die Situation deutlich verbessert werden. Die betroffenen jungen Menschen können dann die ihnen notwendige Unterstützung auf dem Weg in die erwachsenenmedizinische spezialisierte Betreuung erhalten, und ihre ärztliche Betreuung kann sichergestellt werden.

Schlüsselwörter

Chronische Krankheit · Case management · Kinder · Jugendliche · Versorgungssysteme

In der Transitionszeit wird der Grundstein für eine gesundheitsfördernde/-gefährdende Lebensweise gelegt

Mindestens ein chronisches Gesundheitsproblem hatten 38,7% der KiGGS-Teilnehmer

Lernziele

Nach der Lektüre dieses Beitrags ...

- kennen Sie den Bedarf an spezialisierter Betreuung im Kindes- und Jugendalter.
- können Sie die Barrieren benennen, die eine erfolgreiche Transition verhindern.
- ist Ihnen der Unterschied zwischen Transition und Transfer geläufig.
- sind Sie in der Lage, krankheitsspezifische Transitionsmodelle zu beschreiben.
- wissen Sie um die Kernthemen im Transitionsprozess.

Transition von der Kinder- und Jugend- in die Erwachsenenmedizin

Für alle Menschen ist die Transition von der Kindheit und Jugend in das Erwachsenenleben mit vielfältigen Herausforderungen verknüpft. Diese sind v. a. charakterisiert durch die Ablösung vom Elternhaus, das Eingehen neuer menschlicher und sozialer Bindungen, die Entwicklung eigener Weltanschauungen und Wertvorstellungen sowie die Entwicklung und Umsetzung beruflicher und persönlicher Lebensperspektiven [1, 2]. Damit ergeben sich auch Veränderungen in den gesellschaftlichen Bezügen; hierbei macht der Schritt zu einem **eigenverantwortlichen Agieren** im medizinischen Versorgungssystem einen Teil dieser Veränderungen aus. Diese Lebensphase spielt für die Gesundheit eine besondere Rolle, nicht nur, weil sie im Bereich der psychischen Gesundheit Risiken mit sich bringt, sondern weil in dieser Zeit auch der Grundstein für eine die gesundheitsfördernde oder aber eher die Gesundheit gefährdende Lebensweise gelegt wird. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Sondergutachten aus dem Jahr 2009 die speziellen Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen untersucht und nachdrücklich auf vielfältige Versorgungsdefizite beim Übergang von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung, mit ihren z. T. gravierenden Folgen, hingewiesen [3]. Transition ist daher folgerichtig ganz allgemein ein wichtiges Thema im Bereich der **gesundheitlichen Prävention**, in dem dringender Handlungsbedarf besteht. Dies gilt im besonderen Maß für Jugendliche mit chronischen Erkrankungen oder anders begründetem besonderem Versorgungsbedarf, wie z. B. aufgrund von Behinderungen.

Epidemiologische Daten

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) liefert eine repräsentative Information zu körperlicher, psychischer und sozialer Lage von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren in Deutschland [4]. Der Anteil von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren mit mindestens einem chronischen Gesundheitsproblem betrug danach 38,7%. Es hatten 2,0% eine amtlich anerkannte Behinderung, die Prävalenz **angeborener Fehlbildungen** betrug 10,6% [5].

Transition as urgent and joint task

Abstract

Of all children and adolescents, 15% have specialized healthcare and psychosocial needs. After the transition to adult medical care, up to 40% of these young adults lose contact to the specialized medical care system. Frequently, they first take advantage of specialized medical care only when complications or sequelae of their chronic disease arise. In order to improve this deplorable situation transition has to be accepted as an interdisciplinary challenge/task and it has to be established as a structured and properly financed integral part of our healthcare system. Not until then can all affected adolescents and young adults obtain adequate support on their way to an appropriate disease management within the adult healthcare system.

Keywords

Chronic disease · Case management · Children · Adolescents · Health care systems

Das Vorliegen eines besonderen Versorgungsbedarfs wurde im KiGGS mithilfe des Children with Special Health Care Needs (CSHCN) Screener im Elternbogen erfasst [6], der 5 typische Bereiche abdeckt: „Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente“, „Notwendigkeit psychosozialer oder pädagogischer Unterstützung“, „funktionelle Einschränkungen“, „spezieller Therapiebedarf“ und „emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme“. Ein spezieller Versorgungsbedarf wurde angenommen, wenn mindestens einer der 5 Bereiche bejaht wird (einschließlich der zugehörigen Unterfragen; [6]). Nach diesen Kriterien liegt bei 14 % aller Kinder bis 17 Jahre ein spezieller Versorgungsbedarf vor. Dies umfasst in der Bundesrepublik insgesamt 1.864.800 Kinder und Jugendliche [7]. Ein besonders hoher Anteil von speziellem Versorgungsbedarf wurde für die folgenden Krankheitsbilder angegeben:

- Diabetes mellitus (ca. 70 %),
- Schilddrüsenerkrankungen (ca. 65 %),
- Epilepsie (ca. 65 %) und
- Asthma bronchiale (ca. 65 %).

Versorgungsbedarf und Versorgungsdefizite sind in ihrem Umfang sowohl von der Grunderkrankung und dem gesundheitlichen Zustand als auch von der **individuellen Lebenssituation** des Patienten abhängig. Im KiGGS wurde explizit nach Erkrankungen gefragt, die vergleichsweise häufig vorkommen, aber teilweise nicht bzw. nur in seltenen Fällen oder in geringem Ausmaß mit einem speziellen Versorgungsbedarf einhergehen. Seltene Erkrankungen sind damit schlecht abgebildet [5]. Sie mögen mengenmäßig eine nachgeordnete Rolle spielen; für die Entwicklung eines strukturierten Transitionsprozesses sind sie aufgrund der häufig komplexen Situation von großer Relevanz. Der Bedarf muss also eher höher eingeschätzt werden, als er aus den KiGGS-Daten zu entnehmen ist [8].

Beispiele. Nach einer Untersuchung von Watson verloren 40 % der jugendlichen Nierentransplantierten ihr Transplantat innerhalb von 36 Monaten nach dem Transfer in die Erwachsenenmedizin [9], überwiegend bedingt durch **unzureichende Therapieadhärenz** [9, 10]. Beim Transfer in die Erwachsenenversorgung verlieren 40 % der Jugendlichen mit einem Diabetes Typ 1 den Kontakt zur Spezialmedizin, mit einem deutlich ansteigenden Risiko für eine schlechtere glykämische Kontrolle [8]. Jugendliche zeigten nach dem Transfer ein 2,5-fach erhöhtes Risiko für eine ungünstige Blutzuckereinstellung (HbA_{1c} -Wert $>9\%$), verglichen mit Jugendlichen, die noch in der pädiatrischen Versorgung verblieben waren [11]. Diese Jugendlichen unterliegen einem damit verbundenen höheren Risiko für **diabetesbezogene Folgeschädigungen**.

Aufgaben für das medizinische Versorgungssystem

Für chronisch kranke oder behinderte Jugendliche ist die Transition mit besonderen Aufgaben verbunden. Sie müssen Verantwortung für die lebenslange Behandlung ihrer Erkrankung oder Beeinträchtigung übernehmen und dafür nicht nur über die krankheitsspezifischen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen, sondern auch lernen, sich selbstständig im medizinischen Versorgungssystem zurechtzufinden. Die Eltern, die über viele Jahre die Verantwortung für die medizinische und evtl. auch psychosoziale Versorgung übernommen haben, müssen umgekehrt lernen, diese Verantwortung an die Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen abzugeben. Dieser Prozess stellt für das gesamte familiäre Gefüge eine große Herausforderung dar. Hinzu kommt die Aufgabe, geeignete weiterbetreuende Spezialisten zu finden und angesichts ungewohnter Strukturen und Abläufe zu ihnen eine vertrauensvolle **therapeutische Beziehung** aufzubauen.

Erfahrungsgemäß gelingt dieser Prozess vielen Jugendlichen nicht oder nur sehr verzögert. Aus diesem Problemkomplex ergibt sich für den Zeitraum der Transition ein besonderer, über die übliche medizinische Versorgung hinausgehender **transitionsmedizinischer Betreuungsbedarf**. Die Problematik des Übergangs ist besonders ausgeprägt, wenn es sich um Patienten mit einem speziellen, sehr umfangreichen oder wegen der Seltenheit der Erkrankung in der Erwachsenenmedizin kaum bekannten Versorgungsbedarf handelt. Die Eltern dieser Patienten haben sich oft eine besondere Kompetenz im Verständnis der Erkrankung sowie in der Organisation notwendiger medizinischer Leistungen und psychosozialer Hilfen erworben. Zu dem betreuenden kinder- und jugendmedizinischen Team ist eine fast familiäre Beziehung entstanden.

Bei 14 % aller Kinder bis 17 Jahre liegt ein spezieller Versorgungsbedarf vor

Beim Transfer in die Erwachsenenversorgung verlieren 40 % der Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes den Kontakt zur Spezialmedizin

Chronisch kranke oder behinderte Jugendliche müssen sich selbstständig im medizinischen Versorgungssystem zurechtfinden können

Oft müssen die Eltern erneut verlässliche Ansprechpartner in der Erwachsenenmedizin finden

Circa 30–40% der Jugendlichen mit chronischen Krankheiten gehen trotz Vermittlung von geeigneten Ansprechpartnern „verloren“

Für die Gesundheitsversorgung stellt sich die Aufgabe der Sicherstellung einer erfolgreichen Transition

Transitionsbarrieren wurden für Deutschland ab 2008 an den DRK Kliniken Berlin | Westend untersucht

Dies alles in die Erwachsenenmedizin und in die Regie des jungen Erwachsenen zu überführen, ist nicht leicht. Oft behalten die Eltern hier ihre Position als Verantwortliche und müssen in der Erwachsenenmedizin erneut verlässliche Ansprechpartner finden. Diese müssen ausreichend Verständnis, Zeit und fachliche Expertise aufweisen, die komplexe Betreuung der Patienten zu übernehmen und auch bereit sein, die „**elterliche Expertenrolle**“ zu respektieren. Dies ist für viele Erwachsenenmediziner eine ungewohnte Situation.

Die in der Literatur angegebenen Zahlen sprechen von ca. 30–40% der Jugendlichen mit chronischen Krankheiten, die wegen dieser Schwierigkeiten trotz Vermittlung von geeigneten Ansprechpartnern in der Erwachsenenmedizin „verloren“ gehen. Oft erhalten die Betroffenen eine suboptimale Betreuung. Die Patienten erscheinen erst dann in einer entsprechend spezialisierten Betreuungseinrichtung, wenn spürbare körperliche Probleme aufgetreten sind, die durch eine adäquate Therapie hätten verhindert werden sollen, z. B. **Organabstoßungen** bei transplantierten Patienten. Der Erfolg jahrelanger therapeutischer Bemühungen kommt oft in kurzer Zeit abhanden [2, 12, 13, 14]. Für die Gesundheitsversorgung im Transitionsprozess stellt sich somit die Aufgabe der Sicherstellung einer erfolgreichen Transition gerade solcher Jugendlicher in die Erwachsenenmedizin. Dies erfordert eine Struktur und ein Vorgehen, die typische Barrieren für eine erfolgreiche Transition berücksichtigen.

Transitionsbarrieren

Es gibt eine Vielfalt internationaler Untersuchungen zu spezifischen Hemmnissen und Defiziten im Kontext der Transition sowie Empfehlungen zu deren Überwindung, die z. T. in **nationale Aktionspläne** übernommen wurden [15, 16, 17]. Typische Barrieren lassen sich untergliedern bezüglich [15]:

- krankheits-/störungsbedingter, persönlicher Faktoren,
- besonderer psychosozialer Belastungen und allgemeiner Widerstände,
- des Zugangs zur Versorgung,
- der Organisation von Transitionsprozess und Verantwortlichkeiten der Qualität ärztlicher Versorgung,
- kommunikativer Aspekte,
- gesellschaftlicher Barrieren.

Grundsätzliche entwicklungspsychologische und kommunikative Aspekte sind in verschiedenen Ländern sicher vergleichbar, **strukturelle Barrieren** wegen der teilweise erheblichen Unterschiede der medizinischen Versorgungssysteme aber sicher stärker von nationalen Eigenheiten bestimmt. Hierfür müssen daher jeweils eigene, angepasste Lösungen gefunden werden.

Transitionsbarrieren wurden für Deutschland ab 2008 an den DRK Kliniken Berlin | Westend mithilfe des Berliner TransitionsProgramms (BTP) zunächst für Jugendliche mit Typ 1 Diabetes und Epilepsie untersucht. Entwicklung und Umsetzung des BTP wurden gefördert und unterstützt durch die Robert Bosch Stiftung GmbH und die DRK Schwesternschaft Berlin.

Um die spezielle Situation in Deutschland besser beurteilen zu können, wurden in Orientierung an den in der internationalen Literatur identifizierten Themenkomplexen **Fokusgruppendifkussionen** durchgeführt, an denen Fachleute aus verschiedenen Fachgebieten (Pädiatrie, Neurologie, innere Medizin, Allgemeinmedizin, Kinderkrankenpflege, Psychologie, Medizinsoziologie) und gesondert Betroffene (jugendliche Patienten und Eltern) teilnahmen. Die Diskussionsergebnisse und Teile des Diskussionsprozesses werden im Folgenden dargestellt [18].

Folgende Barrieren konnten identifiziert werden:

- Barrieren aufseiten der Betroffenen:
 - grundsätzliche Abneigung der Jugendlichen und der Familien gegen einen Wechsel,
 - Ambivalenz durch noch starke Abhängigkeit von den Eltern vs. Autonomiebestreben,
 - starke Bindung an vertraute Betreuer und Institutionen über viele Jahre, somit Sorge vor Wegfall kompetenter Ansprechpartner,
 - Ablehnung des ungewohnten Betreuungsklimas in der Erwachsenenmedizin [15, 19].
- Barrieren aufseiten der Betreuer:
 - Hemmungen, die Patienten abzugeben,
 - Unsicherheit und mangelnde Vorbereitung für den Umgang mit diesem Thema,

- Unsicherheit über den adäquaten Zeitpunkt,
 - Zeitmangel (mangelnde Planung, fehlende interdisziplinäre Absprachen, Probleme beim Kennenlernen neuer Patienten mit oft lang andauerndem, komplexem Krankheitsverlauf),
 - Mangel an Spezialisten im Erwachsenenbereich (z. B. bei Patienten mit komplexen neurologischen Störungen),
 - schwieriger Zugang zu weiteren, nichtärztlichen Transitionsressourcen [15, 19] wie z. B. Fallmanagement, Sozialberatung, psychologische Unterstützung.
- Strukturbarrieren:
- Fehlen einer Transitionstradition in der medizinischen Versorgung außerhalb von lokalen Aktivitäten und Projekten einzelner Arbeitsgruppen und Personen,
 - keine definierte Verantwortung für dieses Thema,
 - Fehlen strukturierter Materialien (Epikrisen, Dokumentationssysteme, Assessments),
 - Mangel personeller Ressourcen,
 - keine Sicherung der Nachhaltigkeit durch Planung und Steuerung des Transitionsprozesses im Sinne von Fallmanagement,
 - fehlende Finanzierung zusätzlicher Transitionsleistungen wie Transitionsgespräche, gemeinsame Sprechstunde, Fallmanagement [15, 19].

Die Überwindung der Transitionsbarrieren erfordert spezielle Aktivitäten und Programme. Diese gehen über die bereits existierenden Einzelprojekte engagierter Arbeitsgruppen und Einzelpersonen (Beispiele s. unten) hinaus.

Internationale Erfahrungen mit Transitionsprogrammen

In Australien, England, Kanada und den USA existieren differenziert ausgearbeitete und z. T. in nationale Konsenspapiere eingebettete Transitionsprogramme, die unterschiedlich erfolgreich umgesetzt werden. Es gibt Unterschiede in Zielsetzung und Umfang der Programme sowie ebenso in Umfang und Detailtiefe der verwendeten Materialien und Interventionsinstrumente [19]. Zu den öffentlich bereitgestellten Materialien zählen v. a. **strategische Grundsatzpapiere**, Informationsmaterial für Jugendliche, Eltern und Leistungserbringer sowie Instrumente zur Steuerung bzw. zur Kontrolle des Transitionsprozesses. Sie liefern weniger operationalisierte Arbeitsvorlagen für ein Transitionsprogramm etwa im deutschen Kontext, sondern vielmehr strategische Anregungen. Es liegen aber wenige Evaluationen über den tatsächlichen Erfolg der Programme vor, da wegen der vielfältigen Einflussfaktoren und der Fülle der beteiligten Personen und Fachgruppen sowohl die Konzeptionierung als auch die praktische Umsetzung von Evaluationsstudien sehr anspruchsvoll ist [20]. Obwohl daher eine differenzierte Bewertung dieser Programme und eine direkte Übertragung auf die Verhältnisse in Deutschland kaum möglich sind, ergeben sich daraus interessante Erkenntnisse und generelle, gut übertragbare Überlegungen, die große Übereinstimmung mit in den Berliner Fokusgruppen geäußerten Lösungsansätzen zeigen:

- Flexibilität und individuelle angepasste Versorgung durch Berücksichtigung der sehr unterschiedlichen Charakteristika sowie der Schweregrade der Krankheitsbilder und des entsprechend unterschiedlichen Betreuungsbedarfs (von sehr gleichförmigen bis stark variierenden Versorgungsabläufen und von geringem bis intensivem Betreuungsbedarf),
- Sicherstellung einer adäquaten Versorgungskompetenz in der Erwachsenenmedizin bei der Versorgung jugendlicher Patienten. Entwicklung einer Versorgungskompetenz auch für in der Erwachsenenmedizin bisher nicht oder wenig bekannte Krankheitsbilder, also für Patienten, die aufgrund medizinischer Fortschritte erst seit kürzerer Zeit das Erwachsenenalter erreichen oder bei denen sich aufgrund neuer Erkenntnisse zu Ätiologie und Pathogenese kinder- und jugendmedizinischer Krankheitsbilder das therapeutische Vorgehen grundlegend verändert hat. Die für die Versorgung spezieller Patientengruppen notwendigen Strukturen sind daher noch nicht etabliert [19].

Letzterer Aspekt kann aber durch Transitionsprogramme allein nicht gelöst werden, sondern bedarf entsprechender **gesundheitspolitischer Initiativen**.

Die Überwindung der Transitionsbarrieren erfordert spezielle Aktivitäten und Programme

Es liegen wenige Evaluationen über den tatsächlichen Erfolg der Programme vor

An den deutschen Herzzentren in Berlin und München werden Patienten in einer Klinik von Kinder- und Erwachsenenkardiologen betreut

„Endlich Erwachsen“ ist ein Schulungsprogramm für nierenkranke und -transplantierte Patienten, Angehörige und Leistungserbringer

Entwicklung in Deutschland

Modelle der spezialisierten altersübergreifenden Versorgung

Für einige Erkrankungen sind Strukturen etabliert, die eine altersübergreifende spezialisierte Versorgung ermöglichen.

Zentren für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern. Zentren für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH) sind bundesweit in verschiedenen Regionen etabliert; dort werden die Betroffenen altersübergreifend betreut. Eine Voraussetzung hierfür ist eine ärztliche Weiterbildung zum EMAH-Kardiologen. An den deutschen Herzzentren in Berlin und München werden Patienten altersunabhängig in einer Klinik von Kinderkardiologen und Erwachsenenkardiologen betreut. In den anderen EMAH-Zentren sind **gemeinsame Sprechstunden** mit Kinder- und Erwachsenenkardiologen etabliert [21].

Christiane Herzog-CF-Zentrum. Am Christiane Herzog-CF-Zentrum der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow Klinikum, ist für Jugendliche mit **zystischer Fibrose** in enger Kooperation von Pädiatern und Internisten eine Transitionssprechstunde etabliert. Die **multidisziplinäre Betreuung** mit medizinischer Therapie und Diagnostik, Ernährungsberatung, psychologischer Betreuung, Physiotherapie und sozialrechtlicher Beratung findet unter einem Dach statt [21].

„Endlich Erwachsen“. Dieses Transferprogramm für nierenkranke und nierentransplantierte Jugendliche wird vom Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e. V. (KfH) gefördert. Es handelt sich um ein Schulungsprogramm für Patienten, Angehörige und Leistungserbringer und setzt sich aus verschiedenen Komponenten zusammen, darunter medizinische und pharmakologisch/pharmazeutische Informationen, Bewegung/Sport, Ernährung, psychosoziale Begleitung/Stressbewältigung, Schule/Ausbildung/Beruf [22].

Weitere Programme. Darüber hinaus gibt es in Deutschland zahlreiche, häufig **indikationsbezogene Einzelinitiativen** und regionale Transitionsmodelle, die z. B. gemeinsame Sprechstunden von Kinder- und Erwachsenenexperten, Fachinformation, strukturierten Wissenstransfer oder Schulungsprogramme zum Thema Transition anbieten.

Die im Abschnitt „Transitionsbarrieren“ beschriebenen Barrieren sind keine diagnoseabhängigen Hemmnisse, deshalb wurden die folgende Schulung und das BTP als indikationsübergreifende Modelle entwickelt.

Kompetenznetz Patientenschulung e. V. – ModuS Transitionsschulung

Es wurde ein krankheitsübergreifendes **modulares Schulungsprogramm** für chronisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien („ModuS“), ergänzt durch das Transitionsmodul „Erwachsen werden mit ModuS: Fit für den Wechsel“, zur Vorbereitung der Transition älterer Jugendlicher in die Erwachsenenmedizin entwickelt. Dieses umfasst die Integration in bestehende Schulungsprogramme für Jugendliche, ein separates indikationsübergreifendes Schulungsmodul, ein Schulungsmodul für Eltern „Kinder erwachsen werden lassen“ sowie eine webbasierte Transitionsplattform.

Es setzt an den **personellen Transitionsbarrieren** und ist charakterisiert durch die Anwendbarkeit ...

- für eine Vielzahl von chronischen Krankheiten,
- für unterschiedliche Settings, z. B. ambulant in Praxen und Ambulanzen, stationär in der Reha,
- in Form einer Gruppenschulung als Wissen- und Kompetenzvermittlung für Betroffene und deren Familien [23].

Aktuell wurde das Transitionsmodul „Fit für den Wechsel: Erwachsen werden mit ModuS“ an verschiedenen Orten multizentrisch, z. T. in Kooperation mit dem BTP erprobt. Die Finanzierung der Evaluationsphase erfolgte durch das Bundesministerium für Gesundheit. Zurzeit wird das

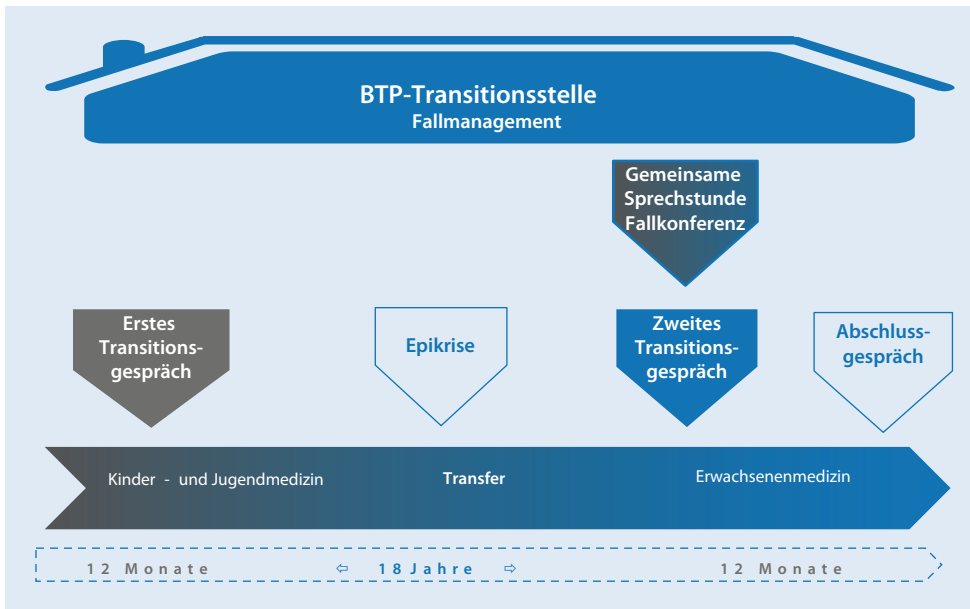


Abb. 1 ▲ Ablauf der Transitionsversorgung im Berliner Transitionsprogramm. (Quelle: © Berliner Transitionsprogramm 2013; Abdruck mit freundl. Genehmigung)

Modul punktuell durch engagierte Einrichtungen finanziert; die Krankenkassen bieten keine Unterstützung. [24]

An verschiedenen Einrichtungen sind, basierend auf persönlichem Engagement, gemeinsame Sprechstunden mit Erwachsenenmedizinerinnen eingerichtet, wenn patientenbezogen ein besonderer Bedarf besteht. Diese Aktivitäten werden nicht konstant angeboten.

Berliner Transitionsprogramm

Das BTP ist in Deutschland das erste und bislang einzige **strukturierte Transitionsprogramm**, das sowohl auf verschiedene Indikationen als auch auf verschiedene Regionen und Einrichtungstypen (Krankenhäuser, Ambulanzen, Sozialpädiatrischen Zentren) übertragen werden kann.

Es setzt indikations- und regionsübergreifend auf struktureller Ebene an und erfüllt folgende Bedingungen:

- Anwendbarkeit auf unterschiedliche Krankheitsbilder,
- Anwendbarkeit in verschiedenen Versorgungsstrukturen,
- Anwendbarkeit in verschiedenen Regionen,
- geregelte Kostenübernahme für spezielle Versorgungsleistungen im Transitionsprozess durch die Krankenkassen.

Dafür wurde ein **integrierter Versorgungspfad** als „Fahrplan“ über die gesamte Dauer der Transition mit definierten ärztlichen Transitionsleistungen (Transitionsgespräche, gemeinsame Sprechstunde, Fallkonferenzen, Epikrise) entwickelt sowie mit Informations- und Erhebungsmaterialien unterlegt. Zentrale inhaltliche Themen für die Fragebogen sowie das Informationsbooklet sind: Krankheit, Behandlung und Gesundheit; soziale Kompetenzen und Umfeld; Zukunft; Gesundheitssystem; Transition. Der Informationsflyer für Jugendliche und Eltern dient zur Anmeldung für das BTP (Abb. 1).

Das **Fallmanagement** (FM) dient als Instrument und wird, wie folgt, ausgeführt:

- FM ist außerhalb der behandelnden Zentren angesiedelt;
- FM steuert alle Prozesse über die gesamte Zeit der Transition;
- regelt die Finanzierung durch die Krankenkassen (Vertragskassen: AOK NO, TK, Barmer, BKK VBU, BKK 24, Pronova BKK und bisher 43 Kassen über Einzelfallentscheidungen);

Das BTP setzt indikations- und regionsübergreifend an

- regelt die Vergütung der spezifischen Transitionsleistungen für die betreuende Einrichtung/ Praxis wie z. B. Transitionsgespräche, Epikrise, Abschlussgespräch;
- organisiert den Versand der Materialien [19].

Weiterhin fördert der BTP e. V. die Gründung regionaler Transitionsstellen, die nach dem BTP arbeiten. Dafür wurden 3 Geschäftsmodelle entwickelt, damit eine flexible regionale Anpassung erfolgen kann. Diese Aktivitäten werden durch ein gesondertes Förderprogramm der Robert Bosch Stiftung GmbH gefördert und durch die DRK Kliniken Berlin | Westend unterstützt.

Weitere nationale Aktivitäten

Angestoßen durch die Verabschiedung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes 2015 wurde mit Einführung des **Innovationsfonds** durch den Gesetzgeber ein wichtiger Schritt hin zur Verbesserung der Versorgungsstruktur ermöglicht. Neue Versorgungsformen zum Thema Transition können durch die Förderung entwickelt und erprobt werden [25].

CARE for CAYA. Es handelt sich um ein ganzheitliches Präventionsprogramm im Sinne der Nachsorge nach überstandener **Krebserkrankung** für junge Patienten im Alter von 15 bis 39 Jahren (CAYA: „children, adolescents and young adults“; [26]).

NierenTx360°. Dies ist ein Projekt für Jugendliche und junge Erwachsene nach Nierentransplantation. Ziele sind die Verbesserung des Transplantatüberlebens sowie der Lebensqualität und die Minimierung von Begleiterkrankungen durch eine **verbesserte Nachsorgequalität**. Gemeinsame telemedizinische Visiten von Transplantationszentrum, Haus- und Facharzt sollen eine hochspezialisierte heimatnahe Versorgung ermöglichen [27].

TRANSLATE – NAMSE. Das Programm zielt auf die koordinierte Zusammenarbeit von Zentren für **seltene Erkrankungen**, darüber hinaus soll der Wechsel von der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenversorgung verbessert werden (NAMSE: Nationales Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen; [28]).

AOKTrio. Das Transitionsprogramm implementiert eine **Onlineschulung** zur Vorbereitung auf die Transition. Weitere Ziel ist die aktive Einbindung der Pädiater und Fachärzte in den Prozess, kombiniert mit einer Qualifizierung der beteiligten Ärzte zur Verbesserung der Kommunikation zum Thema „Erwachsenwerden“ [29].

TransFIT. Es wird ein telemedizinisches Fallmanagement zur strukturierten Transitionsbegleitung für Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 12 und 24 Jahren mit chronischer Erkrankung angeboten. Zur Transitionsvorbereitung stehen altersgemäße Schulungen im Selbstmanagement zur Verfügung. Bei Bedarf können die Jugendlichen und ihre Familien Beratungen zu speziellen Fragestellungen erhalten [30].

Alle Projekte im Rahmen des Innovationsfonds sind an eine **Evaluation** gekoppelt, sodass davon ausgegangen werden kann, dass in naher Zukunft Daten und Ergebnisse zum Thema Transition in einer hohen Qualität verfügbar sein werden [25].

Um bestehende Ansätze und Konzepte der Transition zusammenzuführen und weiterzuentwickeln, wurde 2012 die Deutsche Gesellschaft für Transitionsmedizin e. V. (DGfTM) gegründet. Darin engagieren sich Fachleute mehrerer großer Kliniken und Krankenhausträger Deutschlands. Ärzte, Psychologen, Sozialmediziner, Genetiker, Soziologen und Fachleute aus weiteren Wissenschaften kooperieren in der neuen Fachgesellschaft. Sie konzentriert sich auf die Erforschung, Verbesserung und Etablierung von Transitionsaktivitäten für chronisch kranke Jugendliche.

Weitere Ziele der DGfTM sind [31]:

- Förderung des fachlichen interdisziplinären Austausches und Netzwerkbildung,
- Durchführung wissenschaftlicher Veranstaltungen,
- Entwicklung von Schulungsmaßnahmen unter dem Aspekt der Gesundheitskompetenzförderung,
- Anregung und Unterstützung von Forschungsprojekten,

Ziel ist die aktive Einbindung der Pädiater und Fachärzte in den Transitionsprozess

Zur Transitionsvorbereitung stehen altersgemäße Schulungen im Selbstmanagement zur Verfügung

Im Jahr 2012 wurde die Deutsche Gesellschaft für Transitionsmedizin e. V. gegründet

- Erarbeitung eines Vergütungssystems für Übergangssprechstunden für Schulungs- und Rehabilitationsmaßnahmen,
- Entwicklung von Guidelines zur Transitionsversorgung.

Weiterhin wurde 2012 von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) eine **Arbeitsgruppe „Transition“** [32] gegründet, die für verschieden Krankheitsbilder von jugendmedizinischer wie auch erwachsenenmedizinischer Seite Transitionsszenarien entwickelt und gesundheitspolitische Aktivitäten betreibt. Ziel ist es die transitionsmedizinische Betreuung in die Regelversorgung zu überführen. Inzwischen haben sich weitere Fachgesellschaften angeschlossen. Den Planungen sind Struktur, Abläufe und Materialien des BTP zugrunde gelegt [33].

In den letzten Jahren gab es in Deutschland also auf verschiedenen Ebenen eine erfreuliche Zunahme von Aktivitäten zur Lösung der mit der Transition verbundenen Probleme. Es bedarf aber unverändert gemeinsamer Anstrengungen aller an diesem Thema Beteiligten, um das in Fachkreisen unumstrittene Ziel zu erreichen: die Übernahme einer strukturierten Transitionsbegleitung mit Fallmanagement in den Leistungskatalog der Regelversorgung.

Fazit für die Praxis

Um die mit der Transition verbundenen Probleme langfristig und erfolgreich zu lösen, bedarf es folgender Maßnahmen:

- frühzeitige Planung und Vorbereitung der Jugendlichen und ihrer Familien auf die Transition,
- Etablierung von strukturierten Transitionsprozessen in der Versorgungsstruktur,
- Einführung von Sprechzeiten für junge Erwachsene in der Erwachsenenambulanz,
- Etablierung von Workshops/Schulungen für Jugendliche vor Transfer,
- Begleitung des Transitionsprozesses durch Fallmanagement zur Sicherung der Nachhaltigkeit,
- Gestaltung gemeinsamer Weiterbildungen von pädiatrischen Spezialisten und Erwachsenen-spezialisten zum Thema Transition und Bedarfe junger Erwachsener,
- enge und auch überregionale Vernetzung von Spezialisten.

Korrespondenzadresse

PD Dr. A. von Moers
DRK Kliniken Berlin | Westend
Spandauer Damm 130, 14050 Berlin, Deutschland
transition@drk-kliniken-berlin.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. von Moers, S. Mütter und J. Findorff geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle im vorliegenden Manuskript beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor.

Literatur

1. Arnett JJ (2004) Emerging adulthood: the winding road from the late teens through the twenties. Oxford University Press, New York
2. Seiffge-Krenke I (2015) „Emerging Adulthood“: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. Z Psychiatr Psychol Psychother 63(3):165–173
3. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg) (2010) Sondergutachten 2009: Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Bd. I. Nomos, Baden-Baden
4. Hölling H, Schlack R, Kamtsiuris P, Butschalowsky H, Schlaud M, Kurth BM (2012) Die KiGGS-Studie. Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt 55:836–842
5. Scheidt-Nave C, Ellert U, Thyen U, Schlaud M (2008) Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Bundesgesund-

Angestrebt wird die Überführung transitionsmedizinischer Betreuung in die Regelversorgung

- heitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 51(6):592–601
6. Scheidt-Nave C, Ellert U, Thyen U, Schlaud M (2007) Prävalenz und Charakteristika von Kinder und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50(5):750–756
 7. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1365/umfrage/bevoelkerung-deutschlands-nach-altersgruppen/>. Zugegriffen: 08.11.2017
 8. van Wallegem N, MacDonald CA, Dean HJ (2011) The Maestro Project: a patient navigator for the transition of care for youth with type 1 diabetes. *Diabetes Spectr* 24(1):9–13
 9. Watson AR (2000) Non-compliance and transfer from paediatric to adult transplant unit. *Pediatr Nephrol* 14(6):469–472
 10. Dobbels F, Ruppert T, De Geest S, Decorte A, Van Damme-Lombaerts R, Fine RN (2010) Adherence to the immunosuppressive regimen in pediatric kidney transplant recipients: a systematic review. *Pediatr Transplant* 14(5):603–613
 11. Reinhardt D, Götz M, Kraemer R, Schöni M (Hrsg) (2001) *Cystische fibrose*. Springer, Berlin
 12. Callahan ST, Winitzer RF, Keenan P (2001) Transition from pediatric to adult-oriented health care: a challenge for patients with chronic disease. *Curr Opin Pediatr* 13:310–316
 13. Lausch M, Reincke M (2004) Übergangssprechstunden für chronisch Kranke in Endokrinologie und Diabetologie in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr* 129:1125–1129
 14. von der Hardt H, Hürter P, Lange K, Ullrich G (1997) Versorgungssituation chronisch kranker Jugendlicher beim Übergang in das Erwachsenenalter. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit 313 – 1722003/10 unter Mitarbeit von: M. Ballmann, J. Brodehl, G. Offner, S. Schweitzer, A. Thon und G. Wolff. VAS, Frankfurt-Bockenheimer
 15. Betz CL (2004) Transition of adolescents with special health care needs: review and analysis of the literature. *Issues Compr Pediatr Nurs* 27:179–241
 16. Shaw KL, Southwood TR, McDonagh JE (2004) User perspectives of transitional care for adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology* 43(6):770–778
 17. Shaw KL, Southwood TR, McDonagh JE (2007) Development and preliminary validation of the 'Mind the Gap' scale to assess satisfaction with transitional health care among adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Child Care Health Dev* 33(4):380–388
 18. <https://www.degruyter.com/viewbooktoc/product/460183?rskey=M3eu4M.526-48>. Zugegriffen: 13.11.2017
 19. Findorff J, Müther S, von Moers A, Nolting HD, Burger W (2016) Das Berliner Transitionsprogramm. Sektorübergreifendes Strukturprogramm zur Transition in die Erwachsenenmedizin. De Gruyter, Berlin
 20. <https://www.degruyter.com/viewbooktoc/product/460183?rskey=M3eu4M.5138-153>. Zugegriffen: 13.11.2017
 21. Reincke M, Zepp F (Hrsg) (2012) *Report Versorgungsforschung. Medizinische Versorgung in der Transition*, Bd. 5. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S 147–192
 22. Haubitz M, Pape L (2011) Mögliche Ansätze für eine gute Transition. *Nephrologe* 6(1):44–50
 23. Ernst G (2017) *ModuS Transition*. https://cdn.website-start.de/proxy/apps/llai8i/uploads/gleichzwei/instances/401036D8-2757-4215-8BFE-42F39A53CC4E/wcinstances/epaper/4175dec2-7130-4908-be3f-aba4a60b7197/pdf/Modus2_für_Homepage_2016.pdf. Zugegriffen: 15. Mai 2017
 24. http://www.pabst-publishers.de/Medizin/buecher/images/modus_9783958530768.pdf. Zugegriffen: 13.11.2017
 25. Amelung VE et al (Hrsg) (2017) *Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem*. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG, Berlin, S 68
 26. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017) *Das CARE for CAYA-Programm – Ganzheitliches Präventionsprogramm für junge Patienten nach überstandener Krebserkrankung im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter (CAYAs)*. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen-ganzheitliches-praeventionsprogramm-fuer-junge-patienten-nach-ueberstandener-krebserkrankung-im-kindes-jugend-und-jungen-erwachsenenalter-cayas.112>. Zugegriffen: 27. Nov. 2017
 27. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017) *NierenTx360° – Bessere Versorgung, besseres Überleben, bessere Wirtschaftlichkeit nach Nierentransplantation*. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen-nierentx3600-bessere-versorgung-besseres-ueberleben-bessere-wirtschaftlichkeit-nach-nierentransplantation.64>. Zugegriffen: 27. Nov. 2017
 28. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017) *TRANSLATE – NAMSE – Verbesserung der Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen durch Umsetzung von im nationalen Aktionsplan (NAMSE) konsentierten Maßnahmen*. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen-translate-namse-verbesserung-der-versorgung-von-menschen-mit-seltenen-erkrankungen-durch-umsetzung-von-internationalen-aktionsplan-namse-konsentierten-massnahmen.78>. Zugegriffen: 27. Nov. 2017
 29. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017) *Geförderte Projekte des Innovationsausschusses zur Förderbekanntmachung neue Versorgungsformen vom 20. Februar 2017*. Projekttitel: AOKTrio – Das Transitionsprogramm für mehr Gesundheitskompetenz von Teenagern. <https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/94/Liste-gefoerderte-Projekte-nVF-FBK-20-02-2017.pdf>. Zugegriffen: 27. Nov. 2017
 30. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017) *TransFIT – Frühintervention zur Vorbereitung und Begleitung des Transitionsprozesses aus der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin*. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/transfit-fruehintervention-zur-vorbereitung-und-begleitung-des-transitionsprozesses-aus-der-kinder-und-jugendmedizin-in-die-erwachsenenmedizin.87>. Zugegriffen: 27. Nov. 2017
 31. Deutsche Gesellschaft für Transitionsmedizin (2017) *Ziele der „Deutschen Gesellschaft für Transitionsmedizin e.V.“*. <http://www.transitionsmedizin.de/index.php/ueber-uns/verein/15-ziele-der-deutschen-gesellschaft-fuer-transitionsmedizin-e-v>. Zugegriffen: 24. Juni 2017
 32. https://www.dgkj.de/ueber_uns/struktur/kommissionen_und_ags/. Zugegriffen: 27.11.2017
 33. Rodeck B (2013) Bericht der interdisziplinären AG Transition. *Monatsschr Kinderheilkd* 12/2013:1222–1223

CME-Fragebogen

Teilnahme am zertifizierten Kurs auf CME.SpringerMedizin.de

- Der Teilnahmezeitraum beträgt 12 Monate, den Teilnahmeschluss finden Sie online beim CME-Kurs.
- Fragen und Antworten werden in zufälliger Reihenfolge zusammengestellt.
- Pro Frage ist jeweils nur eine Antwort zutreffend.
- Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70 % der Fragen richtig beantwortet werden.

? Bei wie viel Prozent der Jugendlichen liegt ein spezieller Bedarf an sozialer und medizinischer Versorgung vor?

- 20 %
- 14 %
- 9 %
- 28 %
- 30 %

? Was kann Ausdruck einer nichterfolgreichen Transition sein?

- Verlust eines Nierentransplantats
- Niedriger HbA_{1c}-Wert
- Regelmäßige Kontrolluntersuchungen
- Selbstständige Medikamenteneinnahme
- Ausbildung im Heimatort

? Was ist eine Transitionsbarriere?

- Weiterer Zugang zu nichtärztlichen Transitionsressourcen
- Ungewohntes Betreuungsklima in der Erwachsenenmedizin
- Unterstützung durch Fallmanagement
- Klarheit über richtigen Transitionszeitpunkt
- Keine finanzielle Unabhängigkeit der Jugendlichen

? Was ist eine strukturelle Transitionsbarriere?

- Starke Bindung an bisherige pädiatrische Betreuung
- Keine definierte Verantwortung für den Prozessablauf
- Finanzierung zusätzlicher Transitionsleistungen
- Etablierte strukturierte Übergabebriefe
- Abneigung der Jugendlichen und deren Familien gegen den Wechsel

? Was kennzeichnet einen Transitionsprozess nach dem BTP?

- Start mit dem 12. Geburtstag
- Prozesszeitraum beträgt 3 Monate
- Durchführung von Transitionsgesprächen nur in der Kinder- und Jugendmedizin
- Erstellen einer strukturierten Epikrise
- Abschluss des Prozesses mit Transfer

? Welchen Prozess beschreibt der „Transfer“?

- Einen Teilprozess innerhalb des Transitionsprozesses
- Auszug aus der elterlichen Wohnung
- Ausstellen eines Überweisungsformulars
- Phase bis zum 1. Transitionsgespräch
- Den Transitionsprozess

? Für welche Patientengruppe gibt es eine spezialisierte Weiterbildung für Ärzte zur altersunabhängigen Langzeitbetreuung von Patienten?

- Menschen mit Diabetes mellitus
- Menschen mit Niereninsuffizienz
- Menschen mit Hauterkrankungen
- Menschen mit angeborenen Herzfehlern
- Menschen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

? Welches indikationsübergreifende Tool steht für einen strukturierten Transitionsprozess zur Verfügung?

- „Endlich Erwachsen“
- „Marsmomente“
- „Jenaer Modell“
- „Berliner Transitionsprogramm“
- „Rheumacamp“

? Ein knapp 17-jähriger Jugendlicher mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung hat zusammen mit seinen Eltern einer Teilnahme am BTP zugestimmt. Er möchte sich dazu auf das Arztgespräch vorbereiten. Wo findet er die zentralen Themen, die im Prozess des BTP aufgegriffen werden?

- In der strukturierten Epikrise
- In den Fragebogen zum Transitionsgespräch
- In den Telefonaten von Pädiater und Erwachsenenpezialist
- In den Kostenübernahmeanträgen
- Im Informationsflyer für Jugendliche und Eltern

? Was ist ein zentrales inhaltliches Thema im Transitionsprozess des BTP?

- Freizeitsport
- Therapiealternativen
- Zukunft
- Pädagogische Beratung
- Schulische Leistungsbereitschaft