



Positionspapier Transition

Forderung nach verbesserten Rahmenbedingungen für einen gelungenen Übergang von der pädiatrischen Versorgung in die Erwachsenenmedizin bei jungen Menschen mit chronischen und seltenen Erkrankungen.

Ziel des Positionspapiers:

Die Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (Kinderliga) beschäftigt sich schon seit mehreren Jahren mit dem Thema der Transition, dem meist sehr herausfordernden Übergang von der Pädiatrie in die erwachsenenmedizinische Betreuung für Jugendliche und junge Erwachsene mit einer chronischen Erkrankung. Dieser Übergang gestaltet sich international als herausfordernder Prozess und ist mit vielen gesundheitlichen Risiken für junge Menschen mit chronischen Erkrankungen verbunden.

Sowohl in der Gesundheitspolitik als auch zum Teil bei den Health Care Professionals (v.a. in der Erwachsenenmedizin) fehlt Großteils noch das Bewusstsein für das Thema. Die Kinderliga setzt Aktivitäten, die die Aufmerksamkeit für das Thema Transition und für die damit verbundenen Herausforderungen für die Betroffenen einerseits, und für die notwendigen nächsten gesundheitspolitischen Schritte andererseits, erhöht.

Die Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit geht in diesem Positionspapier auf die Herausforderungen im Transitionsprozess und die Risiken nicht gelungener Transition ein und zeigt Lösungsansätze auf, aus denen sich ganz konkrete Forderungen an die Gesundheitspolitik in Österreich ergeben. Ziel muss es sein, mit klaren Strukturen und langfristiger Planung jungen Patient:innen den Übergang von einer umfassenden kindzentrierten Versorgung in die spezialisierte Erwachsenenmedizin möglichst optimal zu gestalten.

Hintergrund

In Österreich sind rund 200.000 Kinder und Jugendliche von chronischen Erkrankungen betroffen, wobei pro Jahr viele Tausende Transitionsbedarf haben. Dass Transition überhaupt ein Thema ist, ist das Ergebnis einer Erfolgsgeschichte. Dank der Entwicklung wirksamer Therapien für zahlreiche Indikationen, sind die Überlebensraten für Kinder mit chronischen oder seltenen Erkrankungen enorm gestiegen. Themen wie Selbständigkeit, Beziehungen, eigene Familien oder Arbeitsleben waren vor 20 Jahren kaum denkbar für betroffene Kinder und Jugendliche. Allerdings ist in den meisten Fällen lebenslange medizinische Betreuung notwendig.

Für die medizinische Versorgung von Kindern ab Geburt bis zum 18. Lebensjahr sind die Kinderlinklinken zuständig. Danach ist es vorgesehen, dass Jugendliche/junge Erwachsene von der Erwachsenenmedizin weiterbetreut werden. Der Wechsel von der pädiatrischen Betreuung in die erwachsenenmedizinische Betreuung wird als **Transition** bezeichnet, der im Idealfall als gezielter, geplanter Prozess ablaufen sollte.

Für junge Menschen mit einer chronischen Erkrankung wird der Zeitpunkt für den Abschied von der Kinderklinik üblicherweise rund um den 18. Geburtstag angesiedelt. Der Transfer bedeutet dann den tatsächlichen Abschied von der Kinderklinik und den Neubeginn in der medizinischen Erwachsenenbetreuung. Dieser Übergang in die Erwachsenenbetreuung soll so einfach und selbstverständlich wie möglich verlaufen. Zunehmend wird der Zeitpunkt des Betreuungswechsels auch mit der Bereitschaft der Patient:innen zur Transition abgestimmt.

Risiko „Lost in Transition“

Die medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung von Patient:innen mit chronischen physischen, psychischen oder auch onkologischen Erkrankungen in der Pädiatrie unterscheidet sich wesentlich im Vergleich zur Betreuung von erwachsenen Patient:innen. Typisch für die Pädiatrie ist ein sehr umsorgender Zugang mit Koordination sämtlicher medizinisch notwendiger Untersuchungen, Interventionen usw. unter enger Einbeziehung der Angehörigen FÜR Patient:innen. Es wird intensiviert auf individuelle Bedürfnisse und dem Alter angepassten psychosozialen und pflegerischen Support Rücksicht genommen. In der Erwachsenenmedizin werden dagegen Compliance und Selbständigkeit im Treffen therapeutischer Entscheidungen, in der Vereinbarung von Untersuchungsterminen und im Erbringen notwendiger Zusatzbefunde sowie in der aktiven Nachfrage nach psychosozialen Unterstützungsangeboten vorausgesetzt. Diese Diskrepanz zwischen Fürsorge und erwarteter Selbständigkeit ist eine der zentralen Herausforderungen in der Transition. Zudem ist es eine Tatsache, dass gelungene Transition einer fachspezifischen Expertise bedarf, um durch Krankheit und/oder Therapie hervorgerufene Komplikationen als solche zu erkennen und diesen ihren adäquaten Stellenwert inklusive therapeutischer Konsequenzen zukommen zu lassen. Gelungene Transition ermöglicht eine effiziente und qualitativ hochwertige Weiterbetreuung jugendlicher Patient:innen im Erwachsenenbereich. Eventuelle Krankheit oder Therapie assoziierte Komplikationen können durch adäquate Nachsorge vermieden oder zumindest rechtzeitig erkannt, richtig interpretiert und durch therapeutische Interventionen abgemildert werden. Eine kontinuierliche dem Alter sowie kognitiven und physischen Einschränkungen angepasste psychosoziale Betreuung führt zu besserem Krankheitsverständnis und Gesundheitsbewusstsein sowie zu erhöhter Adhärenz und setzt sich unmittelbar in optimierter materieller Existenzsicherung sowie verbesserter Lebensqualität um. Die Verlagerung von Transition und Langzeitnachsorge in den extramuralen Bereich entlastet überfüllte Spitalsambulanzen, verhindert Unter- ebenso wie Überdiagnostik und unterstützt die erfolgreiche Reintegration von Patient:innen in Berufs- und Alltagsleben.

2

Ist die Transition schlecht vorbereitet oder bleibt der Prozess der Übergabe in die erwachsenenmedizinische Betreuung komplett aus, kann dies schwerwiegende Folgen haben. Studien zeigen, dass sich der Krankheitsverlauf beim Wechsel von der kinder- und jugendärztlichen Betreuung in die Erwachsenenversorgung oftmals verschlechtert. Manchmal fallen Jugendliche und junge Erwachsene dann ganz aus der medizinischen Betreuung. „Lost in transition“ wird dieses Phänomen international genannt. Je nach Erkrankung kann diese Rate bei 30 % bis 90% der betroffenen jungen Menschen liegen. Dieses Phänomen ist mit einem erhöhten Risiko für gesundheitsgefährdende Zustände und einer verringerten Lebensqualität der Betroffenen verbunden. Dazu kommen erhöhte Kosten für das Gesundheitssystem durch medizinische Notfälle oder Folgeschäden.

Wenn Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen erwachsen werden, ist dies mit besonderen Herausforderungen verbunden. Die Schwierigkeit besteht für sie darin, die alterstypischen Entwicklungsthemen und -aufgaben der Pubertät und des jungen Erwachsenenalters (wie z.B. körperlichen Veränderungen, Absolvierung von Ausbildung, Aufbau von Partnerschaften und beruflichen Möglichkeiten, Verselbständigung) mit oder trotz einer chronischen Erkrankung zu bewältigen.

Ist der Übergabeprozess in die erwachsenenmedizinische Betreuung schlecht vorbereitet oder komplett unbegleitet, kann dies schwerwiegende Folgen haben. So zeigen Studien, dass sich der Krankheitsverlauf beim Wechsel von der kinder- und jugendärztlichen Betreuung in die Erwachsenenversorgung oftmals verschlechtert. Fallen Jugendliche und junge Erwachsene ganz aus der medizinischen Betreuung spricht man international von dem Phänomen „Lost in transition“. Je nach Erkrankung kann die Rate dafür bei 30 % bis 90 % der betroffenen jungen Menschen liegen. In Folge entsteht nicht nur ein erhöhtes Risiko für gesundheitsgefährdende Zustände und eine verringerte Lebensqualität der Betroffenen, sondern es fallen auch erhöhte Kosten für das Gesundheitssystem durch medizinische Notfälle oder Folgeschäden an.

Herausforderungen und Barrieren im Transitionsprozess:

Patientinnen und Patienten nennen dafür folgende 3 Punkte:

1. den Abbruch langjähriger Beziehung mit betreuenden Pädiater:innen.
2. Unterschiede zwischen Pädiatrie und den Strukturen der medizinischen Versorgung von Erwachsenen.
Pädiatrie: Hier verhalten sich üblicherweise alle sehr fürsorglich, die Familie wird einbezogen, Eltern und das medizinische Team treffen die meisten Entscheidungen. Es wird nicht erwartet, dass sich die Patient:innen alleine um ihre Gesundheit/ihre Erkrankung kümmern. Meist gibt es langjährige Beziehungen zwischen dem betreuenden Team und Patient:innen und deren Familie. Gerade in Kinderkliniken gibt es meist alle Spezialist:innen unter einem Dach. In der **Erwachsenenmedizin** wird erwartet, dass Patient:innen ihre Entscheidungen alleine treffen und den Überblick über alle Therapienotwendigkeiten selbst behalten. Die Familie der Patient:innen wird nur in Ausnahmefällen bei Kontrollterminen einbezogen. Das medizinische Team sieht sich in einer beratenden Rolle. Es ist auch nicht mehr selbstverständlich, immer von demselben Team betreut zu werden. Meist sind die Spezialist:innen für unterschiedliche medizinische Bereiche nicht mehr an einem Ort zu finden
3. Die Autonomie, Selbstmanagementfähigkeiten und die Planungskompetenzen von jungen Patient:innen sind mit 18 Jahren selten ausgereift, die Transitionsbereitschaft ist oftmals noch nicht gegeben. Das Bewusstsein für die eigene Erkrankung und die Notwendigkeit von regelmäßigen Kontroll- oder Gesundheitsvorsorgeterminen ist oft (noch) eingeschränkt oder es dominiert der Wunsch gesund und „normal“ leben zu können und damit eine gewisse Verleugnungstendenz.

Dazu kommen relevante Barrieren im gesamten Gesundheitssystem:

- fehlende zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen
- unzureichende Schulung des Personals
- fehlende einheitliche Standards innerhalb der Kliniken
- unklare Zuständigkeiten

Eckpunkte gelungener Transition

Für gelungene Transition gibt es unterschiedliche Outcome-Parameter. Patient:innen selber sehen eine hohe Lebensqualität als wichtigstes Merkmal an. Von Seiten des medizinischen Systems ist wichtig, dass Patient:innen einerseits ihre Therapievorgaben einhalten (Medikamente, Diäten, etc.) und andererseits regelmäßig die ärztlichen, therapeutischen und psychologischen Untersuchungen wahrnehmen, die für die jeweilige Indikation laut Empfehlung der Fachgesellschaften vorgesehen ist.

International haben sich unterschiedlichste Modelle zum Transitionsprozess und zur Erreichung dieses Ziels entwickelt. Eindeutige Best-Practice Modelle können nicht identifiziert werden, zu unterschiedlich sind die Gesundheitsstrukturen, Versorgungs- und Finanzierungsmodell sowie Diagnosegruppen.

Einige Parameter haben sich allerdings für alle Transitionsprozesse als wichtig und hilfreich erwiesen:

1. Transition muss als essenzielle Komponente einer guten medizinischen Versorgung betrachtet werden.
2. Die Transitionsphase ist ein Prozess, der vor dem 18. Lebensjahr beginnt und im jungen Erwachsenenalter endet und rechtzeitig von Expert:innen und Familie vorbereitet werden sollte
3. Wenn junge Erwachsene in der Erwachsenenmedizin ankommen, sind sie oft in ihrer emotionalen und kognitiven Entwicklung noch nicht abgeschlossen.
4. Erwachsenenmediziner:innen sind wichtige Player im Transitionsprozess. Ihre Haltungen gegenüber den jungen Patient:innen tragen wesentlich zum Therapieerfolg bei.
5. Transitionsleistungen (Fallpauschalen, Leistungsabrechnungen, Dienststellen, etc) müssen finanziert sein

Empfehlungen für den Transitionsprozess

Aus den oben genannten Eckpunkten und der S3 Leitlinie für gelungene Transition für gelungene Transition lassen sich folgende Schritte und Maßnahmen ableiten, um gelungene Transition zu fördern:

1. Policy - die Entscheidung zu geplanter Transition mit einem schriftlich festgelegten Ablauf, Dokumenten und identifizierten Kooperationspartner:innen
2. Dokumentation der Patient:innen (Register), Dokumentation der Interventionen für den Transitionsprozess
3. Information - Einfache Informationen, hilfreiche Links, Tipps zur Gesprächsführung, Hinweise auf Ansprechpartner:innen sowie Beschreibung von Prozessabläufen sollten online auf den Webseiten der Kliniken abrufbar sein

4. Feststellung der Transitionsbereitschaft mit Hilfe von Fragebögen (z.B. krankheitsneutraler TRAQ-GV-15) unterstützt die Vorbereitung und Entscheidung über den Zeitpunkt der Transition.
5. Planung und Vorbereitung von Unterlagen (Epikrise), von standardisierten Prozessen (Check-Listen), Terminen (Transitionsfahrplan), Schulungen (Transitionsmanagement)
6. Kommunikation und Kooperation zwischen Pädiatrie und Erwachsenenmedizin
7. Transitionsevaluation - Dokumentation des Transitionsprozesses vor und nach der Transition

Transition in der Pflege – Stellenwert der Pflege im Transitionsprozess

In der Kinder- und Jugendlichenpflege werden Kinder und Jugendliche oft über Jahre und Jahrzehnte betreut. Kinder und Jugendliche mit chronischen oder palliativen Erkrankungen verbringen sehr häufig ihre Zeit im Krankenhaus. Vor allem in der Hauskrankenpflege, Pädiatrie oder im palliativen pädiatrischen Setting beginnt die Betreuung und Begleitung nach der Diagnosestellung und endet selten vor dem 18. Lebensjahr.

Bei der Pflege und Betreuung der Kinder/Jugendlichen steht nicht nur die Übernahme von Tätigkeiten im Bereich der Pflege bzw. Diagnostik und Therapie im Zentrum sondern auch die Anleitung und Unterstützung des Familiensystems.

Kinder und ihre Familien erleben bis zum 18. Lebensjahr sehr viele Transitions- sprich Übergangsprozesse, bei denen sie sich auf Veränderungen einstellen müssen.

- ✓ Eintritt in den Kindergarten
- ✓ Übergang von Kindergarten in die Volksschule
- ✓ Übergang von Volksschule in höhere Schulsysteme
- ✓ Übergang von der Schule in die Lehre

Jugendliche mit speziellen, hochkomplexen Diagnosen und passenden Betreuungsmaßnahmen stehen vor ihrem 18. Lebensjahr gemeinsam mit ihrem Familiensystemen vor der Herausforderung, dass es keine adäquaten Angebote für junge Erwachsene gibt. Die bestehenden Organisationen der Hauskrankenpflege oder in der Palliativbetreuung sind derzeit nicht darauf vorbereitet, die Pflege dieser jungen Erwachsenen zu übernehmen.

Aus der Sicht der professionellen Pflege sind folgende Maßnahmen zu berücksichtigen:

- ✓ Konzepte müssen für oben angeführten Transitionsabläufe der Kinder und Jugendlichen erstellt werden.
- ✓ Professionelle Pflege muss bei der Erstellung von entsprechenden Konzepten Teil des Teams sein -> sowohl stationär als auch extramural (ambulant)
- ✓ Bei der Entwicklung von Konzepten müssen Pflegeexpert:innen aus der Pädiatrie aber auch dem Erwachsenenbereich mitarbeiten
- ✓ Den Organisationen bzw. Pflegepersonen aus dem Erwachsenenbereich muss der Zugang zu pädiatrischen Fort- und Weiterbildungen ermöglicht werden. (Krankheitsbilder,...)
- ✓ Im Rahmen der Umsetzung von Konzepten müssen überschneidende Hausbesuche / Helferkonferenzen / Austauschtreffen ermöglicht werden
- ✓ Die professionelle Pflege muss auf Grund ihrer Pflegekompetenz anderen Berufsgruppen gleichgestellt sein. Werden eigene Transitionsteams gebildet, muss die Professionelle Pflege Teil des Teams sein.
- ✓ Auch die betroffenen Jugendlichen und ihre Angehörigen müssen in die Erstellung von

Transitionskonzepten eingebunden werden. Nur so wird gewährleistet, dass die Familien die Übernahme durch Erwachsenenteams akzeptiert

Positiver Outcome bei gelungener Transition

Aus psychosozialer Sicht wirkt eine gelungene Transition auf vielen Ebenen und entlastet dadurch präventiv das Gesundheitssystem. Multidimensionale Auswirkungen der Spätfolgen von Krankheit und Intensivtherapie können früh im Lebenslauf abgefangen werden, oft noch bevor sich massive lebensbezogene, gesundheitliche oder psychosoziale Schäden bei den Patientinnen irreparabel manifestieren.

Der Entwicklungsstand und die damit verbundenen Entwicklungsaufgaben haben großen Einfluss auf das Verständnis von Krankheit und Gesundheitsverhalten. Aufgrund der Erkrankung/ des Erkrankungsbeginns im Kindes- und Jugendalter verändert sich das Verständnis über die eigene Erkrankung und deren Auswirkungen laufend. Ein entwicklungspsychologisch orientiertes kontinuierliches Angebot für die Erarbeitung hilfreicher Strategien zur Bewältigung der chronischen Erkrankung und der damit einhergehenden Behandlungen unterstützt somit gesundheitsförderndes Verhalten und Compliance.

Die konstruktive Integration der Krankengeschichte und später der medizinischen Nachsorgesituation in die eigene Lebensbiographie wirkt einer längerfristigen psychosozialen Destabilisierung entgegen und stützt vor allem die Compliance der Patient*innen. Neuropsychologische bzw. kognitive Einschränkungen und psychische Spätfolgen, wie Ängste, Depressionen oder posttraumatische Belastungsstörungen können früh erkannt und therapeutisch aufgegriffen werden. Die Identifikation und Bearbeitung von Faktoren, die einer Verselbstständigung im frühen Erwachsenenalter entgegenwirken, wird erleichtert. Die Kooperation zwischen Mediziner*in und Patient*in wird durch psychosoziale Interventionen auf vielfältige Weise gefördert, sowie der Erfolg einer längerfristigen medizinischen Nachsorge unterstützt.

6

Gesundheitspolitisch notwendige nächste Schritte:

- Neben Mediziner:innen Berufsgruppe der Pflege stärker involvieren, andere Gesundheitsberufe einbeziehen: Ergotherapie, Physiotherapie, Psychotherapie, Klinische Sozialarbeit, Psychologie, etc...
- Thema „Transition“ verstärkt in die Lehre aufnehmen sowie Fortbildungen/Trainings für Erwachsenenmediziner:innen
- Zeitliche und finanzielle Ressourcen für Transitionsleistungen sicherstellen
- Transitionsmanagement/Casemanagement/Sozialarbeit als eigene Position/Dienstposten innerhalb der Gesundheitsdienste
- Spezialisierte Klinische und Gesundheitspsycholog:innen involvieren
- Patient:innen- und Selbsthilfegruppen stärker involvieren
- Postgraduale Fortbildungsmöglichkeiten für Transitionsmanagement

FAZIT

Die Etablierung von strukturierten Transitionsprozessen und die Schaffung der dafür notwendigen Ressourcen sind Voraussetzung, um jungen Erwachsenen mit einer chronischen Erkrankung den Übergang von der kindermedizinischen Betreuung in die Erwachsenenmedizin zu erleichtern und damit eine gute Anbindung an die medizinische Erwachsenenversorgung, verstärkte Compliance und erhöhte Therapieadhärenz zu gewährleisten. Der große Nutzen für die Patient:innen besteht in der Minimierung des Risikos für gesundheitsgefährdende Zustände und in einer verbesserten Lebensqualität. Der große volkswirtschaftliche Nutzen besteht in der Reduktion der Kosten für das Gesundheitssystem durch medizinische Notfälle oder Folgeschäden.

Referenzen/Literatur:

American Academy of Pediatrics AA of, American Academy of Family Physicians AA of F, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine AC of P-AS of I. A consensus statement on health care transitions for young adults with special health care needs. *Pediatrics*. 2002;110(6 Pt 2):1304–6.

American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, Group TCRA. Supporting the Health Care Transition From Adolescence to Adulthood in the Medical Home. *PEDIATRICS*. 2011 Jul 1;128(1):182–200.

Ault, Ruth L. *Children's cognitive development : Piaget's theory and the process*. New York : Oxford Univ. Press; 1977.

Büsching U. Transition betrifft Menschen - Jugendliche, nicht kleine Erwachsene und schon gar nicht große Kinder. In: Reincke M, Zepp F, editors. *Medizinische Versorgung in der Transition*. Köln; 2012. p. 25–31.

Culen C, Herle M, König M, Hemberger S-H, Seferagic S, Talaska C, et al. Be on TRAQ — Cross-cultural adaptation of the Transition Readiness Assessment Questionnaire (TRAQ 5.0) and pilot-testing of the German Version (TRAQ-GV-15). *Journal of Transition Medicine*. 2019;

Eglau K, Fülöp G, Mildschuh S, Paretta P. *Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK); 2018.

Ertl D-A, Gleiss A, Schubert K, Culen C, Hauck P, Ott J, et al. Health status, quality of life and medical care in adult women with Turner syndrome. *Endocrine Connections*. 2018 Apr;7(4):534–43.

Felder-Puig R, Teutsch F, Ramelow D, Maier G. *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK); 2018.

Fegert Jörg M., Hauth i., Banaschewski T., Freyberger Harald J. Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie: Eckpunktepapier von DGKJP und DGPPN. 2017. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 45(1):80-85 DOI:10.1024/1422-4917/a000502

Fichtenbauer P. *Das chronisch kranke Kind im Schulsystem* [Internet]. Schriftenreihe der Volksanwaltschaft - Band III; 2015 [cited 2019 Jun 21]. Available from: <https://volksanwaltschaft.gv.at/downloads/a38dg/Das%20chronisch%20kranke%20Kind%20im%20Schulsystem.pdf>

Findorff J, Müther SM, Moers A von, Nolting H-D, Burger W. *Das Berliner Transitions-Programm: Sektorübergreifendes Strukturprogramm zur Transition in die Erwachsenenmedizin*. Berlin: Walter de Gruyter GmbH; 2016. 168 p.

Gleeson H, McCartney S, Lidstone V. 'Everybody's business': transition and the role of adult physicians. *Clinical Medicine* 2012. 2012;Vol 12, No 6: 561–566.

Gleeson H. 'Part of the problem, part of the solution'—adult physicians' role in adolescent and young adult health. *Clinical Medicine* [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 22];15(5):413–414. Available from:



<http://www.clinmed.rcpjournal.org/content/15/5/413.short>

GotTransition.org [Internet]. [cited 2022 March 10]. Available from: <http://www.gottransition.org/>

Gray WN, Monaghan MC, Gilleland Marchak J, Driscoll KA, Hilliard ME. Psychologists and the Transition From Pediatrics to Adult Health Care. *Journal of Adolescent Health*. 2015;57(5):468–74.

Kipps S, Bahu T, Ong K, Ackland FM, Brown RS, Fox CT, et al. Current methods of transfer of young people with Type 1 diabetes to adult services. *Diabetic Medicine*. 2002;19(8):649–54.

McDonagh JE. Growing up and moving on: Transition from pediatric to adult care. *Pediatric Transplantation*. 2005 Jun;9(3):364–72.

Nakhla M, Daneman D, To T, Paradis G, Guttman A. Transition to Adult Care for Youths With Diabetes Mellitus: Findings From a Universal Health Care System. *PEDIATRICS*. 2009 Dec 1;124(6):e1134–41.

Naylor MD, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J, et al. Components of comprehensive and effective transitional care. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2017 Jun;65:1119–25.

Oldhafer M. *Transitionsmedizin : multiprofessionelle Begleitung junger Erwachsener mit chronischer Krankheit*. Schattauer; 2016.

O'Sullivan-Oliveira J, Fernandes SM, Borges LF, Fishman LN. Transition of pediatric patients to adult care: An analysis of provider perceptions across discipline and role. *Pediatric nursing*. 2014;40(3):113–20.

Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. 2014;245.

Paul M, Ford T, Kramer T, Islam Z, Harley K, Singh SP. Transfers and transitions between child and adult mental health services. *Br J Psychiatry*. 2013;202(s54):s36-s40. doi:10.1192/bjp.bp.112.119198

Pädiatrie & Pädologie Volume 51, Issue 1 Supplement, August 2016: 9. Jahrestagung der Politischen Kindermedizin Paediatr Paedolog 2016 · [Suppl 1]: 51:S1–S4, DOI 10.1007/s00608-016-0382-8 Online publiziert: 7. Juni 2016
<https://link.springer.com/journal/608/51/1/suppl>

Rosen DS, Blum RW, Britto M, Sawyer SM, Siegel DM. Transition to adult health care for adolescents and young adults with chronic conditions. *Journal of Adolescent Health*. 2003;33(4):309–11.

S3-Leitlinie Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin, 2021-2024
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/186-001>

Sawyer SM, Drew S, Yeo MS, Britto MT. Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating. 2007 Mar 27;Volume 369(9571):1481–9.

Tucker LB, Cabral DA. Transition of the adolescent patient with rheumatic disease: Issues to consider. *Rheumatic Disease Clinics of North America*. 2005 Aug;52(2):641–52.

Wafa S, Nakhla M. Improving the transition from pediatric to adult diabetes healthcare: A literature review. *Canadian Journal of Diabetes*. 2015;39:520–8.

Watson AR. Non-compliance and transfer from paediatric to adult transplant unit. *Pediatric Nephrology*. 2000 May 22;14:469–72.

Wood DL, Sawicki GS, Miller MD, Smotherman C, Lukens-Bull K, Livingood WC, et al. The Transition Readiness Assessment Questionnaire (TRAQ): Its factor structure, reliability, and validity. *Academic Pediatrics*. 2014 Jul;14:415–22.

Dank für Mitarbeit und Rückmeldungen an:

Sabine Burger und Arno Hraschan (IONA)

Gabriele Hintermayer (MOKI Wien)

Yara Peterko (Ergotherapie Austria)

Andrea Ragg-Lechner (Psychotherapeutin, Pädagogin, Lobby4Kids)

Sarah Rinner (St. Anna Kinderspital)