

# Transitionspsychiatrie

Regionaltreffen Ost  
04. September 2019

\* Große Teile der Präsentation sind aus Wikipedia entnommen

## Definition

- **Transition** (lat. "transitio" "Übergang")
  - von Kindern oder jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen von einer kindzentrierten hin zu einer erwachsenenorientierten Gesundheitsversorgung
  - erfolgreiche Transitionsprozesse sollen strukturiert, flächendeckend, patientenorientiert und flexibel verlaufen, damit Fehl- und Unterversorgung verhindert werden kann
  - Ziel der besonderen Versorgung dieser Patienten ist neben der verbesserten Lebensqualität auch eine Vermeidung teurerer Folgeschäden
  - In der Somatik: insbesondere Diabetes mellitus Typ I, angeborene Stoffwechselerkrankungen, Behinderungen

# Transition

- ist keine neue Fachrichtung, sondern eine organisatorische Vernetzung von Fachleuten und deren Wissen aus den jeweiligen Fachgebieten, das auch zusammen zur Anwendung gebracht wird. Es erweitert aber auch das Wissen im Bereich der Schnittstellen!

## Grundgedanken

- Für chronisch kranke oder behinderte Jugendliche ist die Lebensphase des Übergangs in das Erwachsenenalter mit besonderen Aufgaben verbunden
- → Verantwortung für die lebenslange Behandlung ihrer Erkrankung oder Beeinträchtigung übernehmen
- Eltern müssen umgekehrt lernen, diese Verantwortung an die Jugendlichen abzugeben
- Gefahr, dass Behandlung ein Thema der Rebellion gegen Eltern wird, gleichzeitig fällt es in dem Alter äußerst schwer, zu akzeptieren, eine chronische Erkrankung zu haben, die Einschränkungen nach sich zieht.
- → Gruppe der Jugendlichen mit komplexen Erkrankungen und Behinderungen fällt derzeit in der Transition zur Erwachsenenmedizin am häufigsten aus einer kontinuierlichen, ausreichend spezialisierten Betreuung heraus
- Transition in die Erwachsenenmedizin gelingt vielen chronisch kranken Jugendlichen – etwa 40 % – nicht oder nur sehr verzögert
- Viele werden erst dann dort vorstellig, wenn für sie selbst spürbare – oft vermeidbare – Folgeschädigungen aufgetreten sind
- auch ökonomisch, gesundheitspolitisch und gesellschaftlich von hoher Relevanz!

## Zur Relevanz

- Zur gesellschaftlichen und persönlichen Relevanz
- frühe Chronifizierung durch Abbruch des Behandlungsstranges
- keine Arbeitsfähigkeit
- eingeschränktes soziales Leben
- schwierige Familienkontakte
  
- Somit → Ein prinzipiell nicht kostenintensiveres Vorgehen (pro Person) kann gewaltige Folgekosten **sparen**, zu dem Preis, dass es dem Patienten **besser** geht. Letztlich müssen vorhandene Strukturen nur sinnvoller genutzt und vernetzt werden.
  
- Zur medizinischen und psychotherapeutischen Relevanz
- andere Diagnosen im KJ- und Erwachsenenbereich
- andere Herangehensweise („paternalistisch, sehr abgestuft Reife einfordernd“ vs. „Verantwortung abfordernd“)
- andere Wirkung der Medikamente (z. B. SSRI → Suizidalitätsfördernd, Dosierungen geringer im KJ-Bereich)
- Patienten habe in der KJ noch kein Krankheitskonzept und sind eher auf Einfordern von Autonomie geeicht, trauen der Peergroup mehr als „Autoritäten“
- Unbedingtheit, mit der die Familie einbezogen werden muss, unterscheidet sich
- → eine gemeinsame „Übergangssprache“ und Übergangsherangehensweise sollte geübt werden.

## Berliner TransitionsProgramm (BTP)

(Somatik)

- Die Strukturprobleme beim Übergang sind für verschiedene chronische Erkrankungen sehr ähnlich, so dass ein indikationsübergreifender, struktureller Ansatz sinnvoll ist. Das **Berliner TransitionsProgramm (BTP)** wurde 2011 in Berlin als **Modellversuch für die Krankheiten Diabetes und Epilepsie** begonnen und **soll** nach dessen Abschluss auf weitere Indikationen (chronische Niereninsuffizienz, juvenile rheumatoide Arthritis, Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, neuromuskuläre Erkrankungen) und Bundesländer **ausgeweitet werden**.
- Hauptbestandteil des Programms sind **Transitionsgespräche**, die vor und nach dem Transfer stattfinden. Hierbei wird, ähnlich den U-Untersuchungen in der Kinderheilkunde, der **Entwicklungsstand der Jugendlichen eingeschätzt** und der Unterstützungsbedarf bzw. **erforderliche Maßnahmen festgelegt**. Analog zu den U-Untersuchungen wird der jeweilige Stand in einem Heft dokumentiert ("T-Heft"). Ergänzend zu einer **strukturierten Transitionsepikrise** können **gemeinsame Sprechstunden und/oder Fallkonferenzen** abgehalten werden. Der **Transitionsprozess (ca. 2 Jahre)** wird durch ein **zentrales Fallmanagement** gesteuert, das als Ansprechpartner für alle Beteiligten dient, bei der Suche nach geeigneten Weiterbetreuungsmöglichkeiten unterstützt, den Informationsfluss und Termine koordiniert und deren Einhaltung sicherstellt. Die **transitionsspezifischen Leistungen werden im Rahmen eines IV-Vertrages (Integrierte Versorgung)** mit den Krankenkassen vergütet. Die DRK Kliniken Berlin, an denen das BTP angesiedelt ist, schließen hierbei als Managementgesellschaft Verträge mit den kooperierenden Ärzten und vergüten die Leistungen (Transitionsgespräche, gemeinsame Sprechstunde, Fallkonferenz, Epikrise) auf Honorarbasis.

## In der Psychiatrie

- Jugendliche und junge Erwachsene im Transitionsalter von 15 bis 25 Jahren befinden sich in einer besonderen Lebensphase, welche eine Zeit des psychosozialen Umbruchs und der Adoleszenzkrise mit sich bringt.
- Gerade diese Lebensperiode ist durch das gehäufte Auftreten psychischer Störungen gekennzeichnet. Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten, Angsterkrankungen, Suchterkrankungen, Störungen der sexuellen Identität, Delinquenz oder Schizophrenie im Transitionsalter ihren Anfang nehmen, häufig einen Gipfel zeigen und danach in ihrer Häufigkeit abklingen oder weiterbestehen und chronifizieren.
- → **“Klassiker“ in unserer Dienststelle:** Junger Mensch, beginnende psychotische – aber noch eher unspezifische – Symptome ab 16. Lj., beginnt in der Zeit zu kiffen, bricht mit 18 Jahren alles ab und verschwindet „in der Versenkung“, bis er mit 25 Jahren bei uns „auftaucht“. Bis dahin ist durch Kiffen die Kritikfähigkeit zusätzlich schwer vermindert (d. h. die Erreichbarkeit mit Argumenten ist nicht mehr vorhanden), die Lebensumstände sind Teil der Selbstidentifikation geworden, d. h. die gesellschaftliche Integration ist massiv erschwert und intensive Fördermöglichkeiten durch das Job-Center sind nicht mehr möglich (da bis 25. Lj begrenzt), d. h. die Integration in das Arbeitsleben ist massiv erschwert.

## Probleme, vor denen wir stehen

(Reales und Irreales)

- **Zulassung oder Zuständigkeit nur für Pat. über/unter 18 Jahre**
- **Verschiedene SGB, verschiedene Kostenträger mit jeweiligem Einsparinteresse (insbesondere durch „noch nicht“ oder „nicht mehr“ zuständig sein)**
- **Jugendliche werden vom Jugendamt oft genug nicht im KJPD vorgestellt**
- **Psychiatrische Dienststellen (KJPD und SpD) grenzen sich ab, da für Transition „gemischte Teams“ eine Inkonvenienz darstellen (da der Terminkoordinationsaufwand höher ist)**
- **Niemand möchte sich – durch hohen Kooperationsbedarf mit notwendigen Einigungen – in seine Entscheidungen reinreden lassen, resp. den Entscheidungsspielraum verringern lassen.**
- **Notwendigkeit wird nicht gesehen, da es ja in den letzten Jahrzehnten auch irgendwie geklappt hat.**
- **Der Klient muss doch selber für sich Verantwortung übernehmen**

## Verschiedene Möglichkeiten („Modelle“) der Umsetzung

- Spezial-Team aus SpD und KJPD
- Jeder arbeitet mit der anderen Abteilung zusammen, die Zusammenarbeit wird von einem „Transitionsplan“ geregelt
- Eine Abteilung übernimmt die Federführung und arbeitet überlappend in den anderen Bereich
- Eine theoretische Transition, in der jede Abteilung getrennt arbeitet, aber eine feste Übergabe geregelt wird, die den Abbruch verhindern soll
- Alterskohorte beeinflusst, welches obige Arbeitsmodell sinnvoll ist:
  - 16-21 J
  - 17-25 J
  - 17-19 J

## Was ist für das Amt für sinnvoll

- Möglichst geringer Aufwand, der nicht störanfällig ist durch Personalwechsel
- Ausgewählte Patientengruppe („schwere Fälle“) → d. h. aber, nicht nur die lauten und wilden!!!!
- Transitionsrunden mit festen Terminen zur Identifikation der betreffenden Klienten
- KJPD arbeitet offensiv mit dem Jugendamt zusammen, zur Eruiierung, wer bei ihm vorgestellt werden sollte.
- → d. h. an Schnittstellen wird aktiv nach Klienten gesucht und nicht dem Zufall überlassen, ob man bei einem Klienten an die Möglichkeit denkt.

## Pläne in Reinickendorf

- Kein festes umgrenztes Team, da sonst bei Urlaub und Krankheit zu schnell kein Verantwortlicher da ist.
- Feste Transitionsrunden
- Für die Planung: Einbindung der Politik
- → trotz langen Vorüberlegungen noch kaum ein greifbares Ergebnis, immer hin nun erste konkrete Schritte
- → Motivation erhält sich durch Wahrnehmung von Fällen, bei denen es gutgegangen wäre, mit Transition

## Vorgehensweise zur Implementierung

- Stadträte einbinden
- Finanzierung → Budget oder Mischfinanzierung
- Strukturiertes Vorgehen bei Uneinigkeiten
- Primat der medizinischen/sozialarbeiterischen Einschätzung muss klar geregelt vor Einschätzungen der Verwaltung gehen
- Regelmäßige große und kleine Treffen mit KJPD

## Diskussionsfragen

- Welcher Altersbereich ist
  - - sinnvoll
  - -umsetzbar
  - für ein Amt?
  
- Wer muss noch eingebunden werden
  - SpD
  - KJPD
  - Jug
  - außerhalb des Amtes
  - ohne dass „der Apparat“ so unübersichtlich wird, dass das Projekt scheitert?
  
- Welche Diagnosegruppen sind sinnvoll einzubeziehen, resp. ist es sinnvoll auf Diagnosegruppen zu beschränken?
  
- Welche Berufsgruppen sollten beteiligt sein?
  - Sozialarbeiter aus dem Amt
  - Ärzte aus dem Amt
  - Einzelfallhelfer/BEW
  
- Wie kann verhindert werden, dass der typische Versandungsprozess einsetzt, mal ein Jahr Transition gemacht wird, um dann wieder in der Versenkung zu verschwinden?
  
- Welche Rolle sollte das Amt haben?
  - Koordination?/Beteiligter?/Federführung?