

J. Klin. Endokrinol. Stoffw. 2023 · 16:34–40  
<https://doi.org/10.1007/s41969-023-00186-3>  
 Angenommen: 2. Februar 2023

© Der/die Autor(en) 2023



Gabriele Hartmann<sup>1,5</sup> · Marianne König<sup>2</sup> · Sophie-Helene Hemberger<sup>3</sup> ·  
 Sanja Seferagic<sup>4</sup> · Marion Herle<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Abteilung für Pulmologie, Stoffwechsel, Endokrinologie, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

<sup>2</sup> Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Abteilung für Pulmologie, Stoffwechsel, Endokrinologie, Universitätsklinikum AKH Wien des Wiener Gesundheitsverbundes, Wien, Österreich

<sup>3</sup> Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Abteilung für Nephrologie und Gastroenterologie, Universitätsklinikum AKH Wien des Wiener Gesundheitsverbundes, Wien, Österreich

<sup>4</sup> Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Station 5, Universitätsklinikum AKH Wien des Wiener Gesundheitsverbundes, Wien, Österreich

<sup>5</sup> Vienna Bone & Growth Center, NAP.se Expertisezentrum, Wien, Österreich

# Transition und Transfer bei seltenen chronischen Erkrankungen

## Umsetzung bekannter Konzepte von der Theorie zur Praxis

### Einleitung

„Lost in transition“ ist bedauerlicherweise ein häufig attestierter Befund im Zusammenhang mit dem Wechsel von jungen Patient:innen mit chronischen Erkrankungen von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin, insbesondere, wenn es sich um seltene Erkrankungen (SE) handelt (siehe Infobox). Zahlreiche Studien zum Thema Transition aus den letzten 10–20 Jahren belegen das teilweise Scheitern, zeigen Hindernisse auf, skizzieren Lösungsvorschläge und schlagen Modelle des Gelingens der HCT vor. Nun ist es an der Zeit, konkrete Verbesserungen auf den Weg zu bringen – spezifisch für die jeweilige Erkrankung wie auch zugeschnitten auf die nationalen und institutionellen Gegebenheiten – und Hindernisse geduldig und konsequent, aber auch entschlossen – zum Wohl von Betroffenen wie auch der betreuenden Teams – zu beseitigen.

Als Grundlage werden drei Publikationen vorgestellt und zusammengefasst, 1. die Empfehlungen der American Academy of Pediatrics (AAP) 2018 [1],

2. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Transitionsmedizin [2, 3],
3. der strukturierte Versorgungspfad innerhalb des Projekts TRANSLATE NAMSE [4],

und ein auf diesen Publikationen basierendes Modell für SE Endokrinologie und Stoffwechsel zur Weiterentwicklung gemeinsam mit der Erwachsenenmedizin innerhalb unserer Institutionen skizziert.

### 1. Internationale Vorbilder – Empfehlungen der AAP 2011, 2018 [1]

Dr. White und die Transitions Clinical Report Authoring Group geben in dieser 2018 publizierten Empfehlung einen überaus detaillierten Überblick über vorhandene Literatur (230 Referenzen), zentrale Begriffe, Hürden und gesundheitspolitische Aspekte der HCT.

Es wird ein Modell von sechs Kernelementen der HCT vorgeschlagen, mit deren Umsetzung im frühen Adoleszenzalter (12–14 Jahre) begonnen wird und das mit 18–24 Jahren endet.

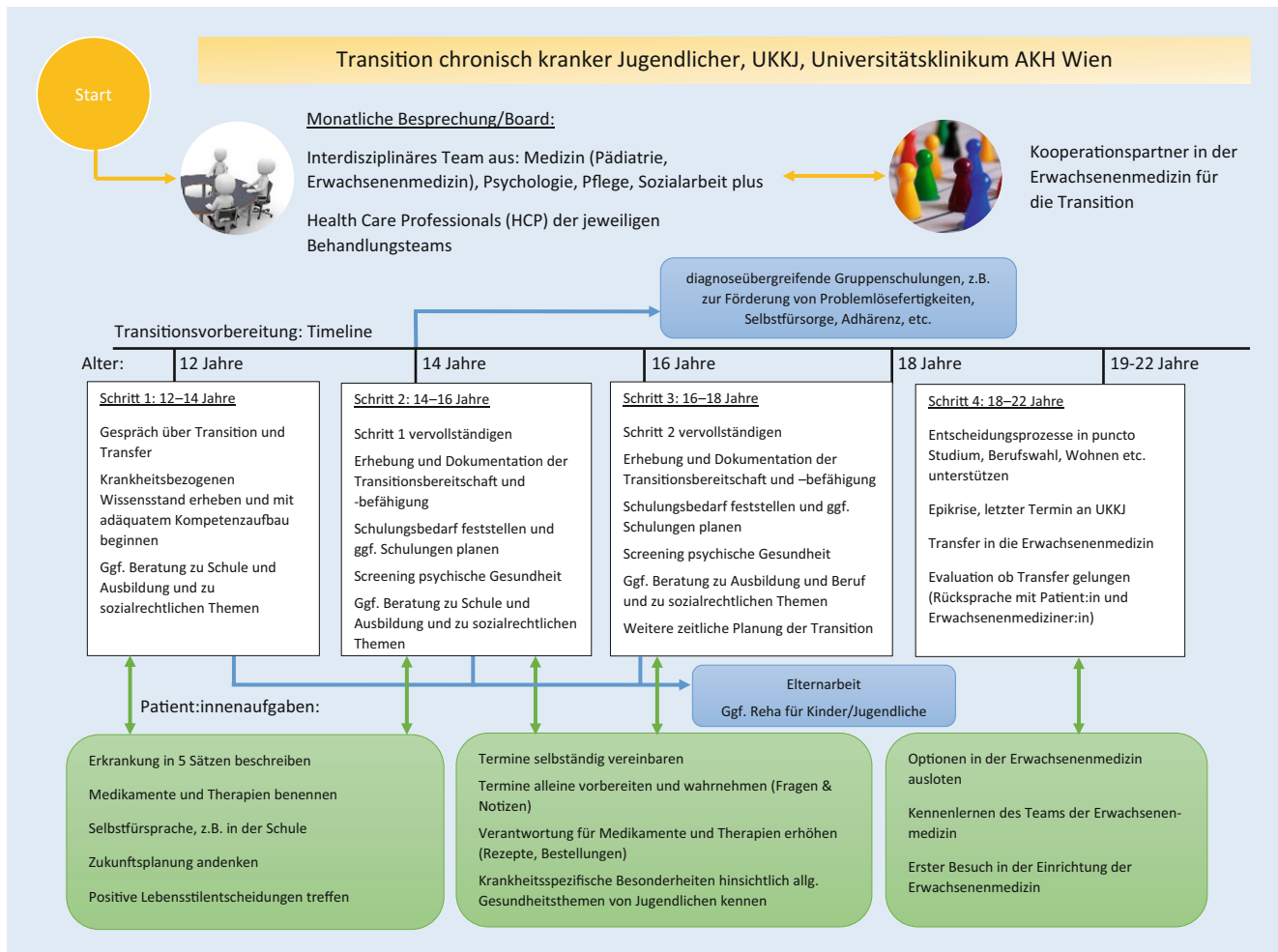
### 2. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Transitionsmedizin 2021 [2, 3]

Diese Leitlinie wurde von Pape & Ernst in Kooperation mit 22 deutschen Fachgesellschaften und Verbänden gemäß AWMF-Regelwerk (angewandte Methoden PRISMA, GRADE) erstellt und wurde mittlerweile (2022) auch auf Englisch publiziert [2, 3].

Die Leitlinie enthält elf evidenzbasierte und sieben expert:innenbasierte Empfehlungen.

#### Infobox Begriffe (aus [1])

*Transition* (engl. Transition) im engeren Sinne: healthcare transition (HCT) = Prozess des Wechsels von pädiatrischer zu adulter Gesundheitsversorgung mit oder ohne Transfer zu einem neuen Arzt/Ärztin. Für HCT existieren umfassende Konzepte, die prinzipiell für alle chronisch kranken Jugendlichen anwendbar sind [2].  
*Transfer* (englisch transfer): Faktischer Wechsel, Momentaufnahme der Übergabe oder Überweisung.



**Abb. 1** ▲ Übersicht über den Transitionsprozess

### 3. Versorgungspfad von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin aus dem Projekt TRANSLATE NAMSE 2022 [4]

Diese Expertenempfehlung ist von Gramsemann und Koll:innen des deutschen Nationalen Aktionsbündnisses für Seltene Erkrankungen (NAMSE) erstellt worden, geht also speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit SE ein und umfasst ein Ablaufschema zur Prozessbeschreibung, ebenso wie zusätzliche Materialien (Fragebogen zur Gesundheitskompetenz, Transitionsepikrise).

Unser Vorschlag ist eine Kombination dieser wichtigen Publikationen in Form eines praktisch umsetzbaren Modells (Abb. 1), welches hinsichtlich Zuständigkeit in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen an die jeweiligen Teamzusammensetzungen angepasst werden

kann. Wir bringen zudem die Funktion von Transitions Koordinatorinnen in diese Konzepte ein, eine Entwicklung, die vor Kurzem an unserer Institution durch eine personelle Erweiterung in den multidisziplinären Teams möglich wurde.

### Details zu den publizierten Empfehlungen

#### 1. Empfehlungen der AAP

Die AAP definiert in einer Zeitachse folgende Schwerpunkte [1]:

- Alter 12–14 Jahre: erste Information zur Transition und der üblichen Vorgehensweise der jeweiligen Gesundheitseinrichtung (persönliches Gespräch mit Jugendlichen und Eltern/Erziehungsberechtigten und schriftliche Unterlagen)

- Alter 14–16 Jahre: Überprüfung des aktuellen Standes der Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der Transitionsbereitschaft
- Alter 14–18 Jahre: Schulung und Überprüfung von Kenntnissen zur eigenen Erkrankung und zur Gesundheitskompetenz
- Alter 14–18 Jahre: Entwurf eines individuellen Transitionsplans, Vorbereitung eines zusammenfassenden medizinischen Befundberichts
- Alter 18–21 Jahre: Transfer und/oder Integration in erwachsenenmedizinische Versorgung
- Alter 18–26 Jahre: Überprüfung des Abschlusses der Transition, Patient:innenzufriedenheit

Für diese sechs Kernelemente steht (englischsprachiges) Informationsmaterial zur Verfügung, die Agenden werden

zunehmend zwischen Kinder- und Erwachsenenmedizin aufgeteilt bzw. von beiden Seiten wahrgenommen, Informationen zu den Inhalten finden sich auf den Websites relevanter amerikanischer Fachgesellschaften. Weiters finden sich detaillierte Hilfestellungen zur Motivation, aber auch Auflistungen der bekannten Hindernisse einer erfolgreichen Transition und Empfehlungen zur Ausbildung/Training von Pädiatern und Erwachsenenmedizinern in HCT, zur benötigten Infrastruktur und Finanzierung in dieser Publikation.

## 2a. Die evidenzbasierten Empfehlungen in der Leitlinie zur Transition der Deutschen Gesellschaft für Transitionsmedizin [2, 3]

1. Erstellen eines detaillierten und individualisierten Transitionsplans (zeitlich, inhaltlich).
2. Beurteilung der Bereitschaft und Befähigung zur Transition der/des Jugendlichen zu definierten Zeitpunkten.
3. Der optimale Zeitpunkt des Transfers wird durch krankheitsspezifische Erfordernisse und die Bedürfnisse des:der Patient:in mitbestimmt und sollte nicht rigide mit der Vollendung des 18. Lebensjahres festgesetzt werden.
4. Während des Transitionsprozesses werden Krankheits- und Behandlungswissen und Fertigkeiten dem jeweiligen Alter/Entwicklungsstand der/des Jugendlichen entsprechend aufgefrischt und ggf. erweitert – dabei werden Eltern/Erziehungsberechtigte nötigenfalls miteinbezogen.
5. Am Transitionsprozess wirken die unterschiedlichen Berufsgruppen mit, die in die Behandlung/Betreuung involviert sind.
6. Ein strukturierter medizinischer Bericht, übersichtlich und geeignet zum Mitführen, wird abgefasst, dieser beinhaltet auch die Therapieempfehlungen zum Zeitpunkt des Transfers.
7. Ein/e in der Transition kompetenter Mitarbeiter:in (Koordinator:in)

begleitet den Jugendlichen/jungen Erwachsenen während Transition und Transfer.

8. Es werden niedrigschwellige Informations- und Kontaktmöglichkeiten angeboten (Telefonat, E-Mail, SMS, Webseiten), sofern verfügbar.
9. Eltern/Erziehungsberechtigte werden in den ersten Jahren des Transitionsprozesses eingebunden – bei kognitiven Defiziten auch bis über den Transfer hinaus.
10. Gemeinsame Visiten (Kinder/Jugend- und Erwachsenenmedizin) und/oder Fallkonferenzen werden ermöglicht.
11. Für eine gelungene Transition sollen die oben angeführten Maßnahmen nicht isoliert, sondern kombiniert/gemeinsam verankert werden.

## 2b. Die Expertenempfehlungen in der obigen Leitlinie [2]

1. Die Transitionsvorbereitung soll früh beginnen, spätestens zum 16. Geburtstag.
2. Das behandelnde Team spricht auch für das Jugendlichenalter relevante Themen wie Sexualität/Familienplanung, Alkohol/Drogenkonsum, Schlaf-Wach-Rhythmus während der Ambulanztermine an und weist auf besondere Zusammenhänge mit der individuellen Erkrankung und Medikation hin.
3. Es erfolgen spezifische Überprüfungen der psychischen Belastung des:r Jugendlichen (und deren Familie) durch die chronische Erkrankung im multidisziplinären Team.
4. Es steht ausreichend Zeit für Transitionsgespräche zur Verfügung, sowohl beim:bei der behandelnden Pädiater:in wie auch beim:bei der Erwachsenenmediziner:in.
5. Die Verantwortung für gesundheitsrelevante Maßnahmen wird schrittweise von Eltern/Erziehungsberechtigten an den:die Jugendlichen/jungen Erwachsenen übergeben.
6. Die Betreuung während der Transition beinhaltet auch Beratung zu krankheitsbedingten Besonderheiten

J. Klin. Endokrinol. Stoffw. 2023 · 16: 34–40  
<https://doi.org/10.1007/s41969-023-00186-3>  
 © Der/die Autor(en) 2023

G. Hartmann · M. König · S.-H. Hemberger · S. Seferagic · M. Herle

## Transition und Transfer bei seltenen chronischen Erkrankungen. Umsetzung bekannter Konzepte von der Theorie zur Praxis

### Zusammenfassung

Es liegen umfassende Empfehlungen zur Transition chronisch kranker Kinder in die Erwachsenenmedizin vor, vor allem bei Jugendlichen mit seltenen Erkrankungen sind jedoch weiterhin strukturelle Verbesserungen nötig. In diesem Artikel stellen wir rezente internationale Empfehlungen vor und schlagen auf deren Basis einen Versorgungspfad vor, welcher auch koordinierende Teammitglieder einschließt.

### Schlüsselwörter

Transitionskoordination · Multidisziplinäres Team · Gesundheitskompetenz · Transitionsbereitschaft · Seltene chronische Erkrankungen

## Transition and transfer in rare chronic diseases. Transfer of known concepts from theory to practice

### Abstract

Comprehensive recommendations for the healthcare transition of chronically ill children to adult medicine are available, but structural improvements are still needed, especially for adolescents with rare diseases. In this article we summarize recent international recommendations and introduce a transition pathway which includes coordinating team members.

### Keywords

Coordination of transition · Multidisciplinary team · Health literacy · Transition readiness · Rare chronic diseases

hinsichtlich Ausbildung, Berufstätigkeit und zu sozialen Aspekten.

7. Die Jugendlichen/jungen Erwachsenen werden auf Patientenvertretungen/Selbsthilfegruppen für ihre Erkrankung hingewiesen.

**Fragebogen zur Gesundheitskompetenz von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit seltener Erkrankung**

Liebe(r) _____ Du wirst derzeit in einer Sprechstunde der Kinder- und Jugendmedizin betreut. In einiger Zeit steht für Dich der Wechsel (Transition) in die Erwachsenenmedizin an. Zur Vorbereitung möchten wir Dich bitten, diesen Fragebogen auszufüllen und in der Sprechstunde mit uns zu besprechen. Dieser Fragebogen ist für Menschen mit ganz unterschiedlichen Krankheiten gemacht und enthält daher auch Fragen, die auf Deine Krankheit vielleicht nicht zutreffen. In diesen Fällen kreuze bitte das Feld „ <b>Spiele für meine Krankheit keine Rolle</b> “ an.	Liebe(r) Frau/Herr _____ Sie werden derzeit in einer Sprechstunde der Kinder- und Jugendmedizin betreut. In einiger Zeit steht für Sie der Wechsel (Transition) in die Erwachsenenmedizin an. Zur Vorbereitung möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen und in der Sprechstunde mit uns zu besprechen. Dieser Fragebogen ist für Menschen mit ganz unterschiedlichen Krankheiten gemacht und enthält daher auch Fragen, die auf Ihre Krankheit vielleicht nicht zutreffen. In diesen Fällen kreuzen Sie bitte das Feld „ <b>Spiele für meine Krankheit keine Rolle</b> “ an.
--	--

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

*Von den folgenden Aussagen trifft am besten auf mich zu*

	stimmt	stimmt zum Teil	stimmt nicht	Spielt für meine Krankheit keine Rolle
<b>A. Wissen zur Erkrankung</b>				
1. Ich weiß, wie meine Erkrankung heißt, und kann sie anderen erklären.				
2. Ich weiß, welche Untersuchungen durchgeführt werden und warum.				
3. Ich weiß, welche Symptome und Komplikationen im Verlauf meiner Erkrankung auftreten können.				
4. Ich erkenne Anzeichen einer Krankheitsverschlechterung.				
5. Ich kenne die Grundlagen der Vererbung meiner Erkrankung.				
6. Ich kenne den Zusammenhang zwischen meiner Erkrankung und Sexualität und Verhütung.				
7. Ich kenne die besonderen Auswirkungen von Tabak, Alkohol und anderen Drogen auf meine Erkrankung und ihre Behandlung.				
<b>B. Therapie und Behandlung</b>				
8. Ich weiß, was zu meiner Behandlung gehört.				
9. Ich kenne die Namen meiner Medikamente.				
10. Ich kenne die Wirkungen und Nebenwirkungen meiner Behandlung/Medikamente.				
11. Ich nehme meine Medikamente <b>selbstständig</b> ein bzw. führe meine Behandlung <b>selbstständig</b> durch.				
12. Ich führe meine Behandlung <b>regelmäßig</b> durch bzw. nehme meine Medikamente <b>regelmäßig</b> ein.				
13. Ich kann meine Medikamente/Behandlung an besondere Situationen (Belastungen, Infekte, Freizeit) anpassen.				
14. Ich weiß, wodurch die Wirkung meiner Medikamente beeinflusst werden kann.				
15. Ich weiß, was im Falle eines operativen Eingriffs zu beachten ist.				
16. Ich habe einen Notfallausweis und trage ihn immer bei mir.				

**Abb. 2** ◀ TRANSLATE NAMSE Fragebogen zur Gesundheitskompetenz von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit seltener Erkrankung. (Aus [4], mit freundlicher Genehmigung durch Frau Prof. Corinna Grasmann, © Die Autoren 2020, <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>)





TRANSLATE  
NAMSE

TRANSLATE NAMSE

	stimmt	stimmt zum Teil	stimmt nicht	Spielt für meine Krankheit keine Rolle
<b>C. Unterstützung und Informationen</b>				
17. Ich erhalte von meinem Partner/Partnerin, meinen Eltern oder anderen erwachsenen Vertrauenspersonen ausreichend Unterstützung.				
18. In meiner Umgebung (Freundes- oder Familienkreis) gibt es eine erwachsene Person, die sich gut mit meiner Krankheit und der Behandlung auskennt.				
19. Ich fühle mich über Unterstützungsangebote ausreichend informiert.				
20. Ich weiß, wie ich mit Menschen mit der gleichen Krankheit Kontakt aufnehmen kann.				
21. Meine Krankheit bzw. deren Behandlung stellt für mich eine finanzielle Belastung dar.				
<b>D. Pläne zur Zukunft und zum Beruf</b>				
22. Ich weiß, was ich bei der Vorbereitung meiner Reisen beachten muss.				
23. Ich weiß, was ich hinsichtlich meiner Erkrankung/Behandlung beim Führerscheinwerb und im Straßenverkehr beachten muss.				
24. Ich weiß, was mein Lehrer/ Arbeitgeber über meine Erkrankung wissen muss.				
25. Ich kenne die Besonderheiten meiner Erkrankung, die ich bei der Berufswahl berücksichtigen muss.				
26. Ich weiß, was ich bei meiner Erkrankung/Behandlung für den Fall einer Schwangerschaft und Geburt beachten muss.				
<b>E. Klinikkontakte</b>				
27. Ich spreche in der Sprechstunde (auch) alleine mit meinem Arzt oder suche mir selbst eine Begleitung.				
28. Ich kann meine Arzttermine selbst vereinbaren.				
29. Ich weiß, wie ich meine Behandler (z.B. Ärzte, Diätberatung) erreichen kann.				
30. Ich kann mich selbst um Folgeempfehlungen oder Verordnungen kümmern.				
<b>F. Ich wünsche mir vom Behandlungsteam...</b>				<b>Bitte ankreuzen</b>
I. Weitere Informationen über meine Erkrankung.				
II. Unterstützung bei Fragen zu Schule, Ausbildung, Studium und Beruf.				
III. Informationen über den Umgang mit Behörden und was sich mit Erreichen der Volljährigkeit (18 Jahre) rechtlich ändert (z. B. Krankenkasse, Ämter, Versicherungen).				
IV. Die Organisation einer psychologischen Beratung.				

Anmerkungen/Fragen/Wünsche:

---



---

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

**Literatur:**

- Findorff, J, Mütter, S, von Moers, A, Nolting, H-D, Burger, W (2016): *Das Berliner Transitionsprogramm*. Berlin, Boston, De Gruyter
- Minden, K, Berlin; Schalm, S, München; Arbeitskreis Transition der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V., Fragebogen für die Jugendsprechstunde: <https://gkjr.de/fuer-mitglieder/informationen-fuer-mitglieder/transitionsunterlagen/>
- The Royal Children's Hospital Melbourne: [http://www.rch.org.au/transition/factsheets\\_and\\_tools/transition\\_checklists/](http://www.rch.org.au/transition/factsheets_and_tools/transition_checklists/)
- Southampton Children's Hospital, Transition to adult care: Ready Steady Go: <http://www.uhs.nhs.uk/OurServices/Childhealth/TransitiontoadultcareReadySteadyGo/Transitiontoadultcare.aspx>
- The Hospital for Sick Children (Sickkids), Toronto: Good2Go Transition program: <http://www.sickkids.ca/Good2Go/For-Youth-and-Families/Transition-Tools/Readiness-Checklists/Index.html>

Abb. 2 ◀ (Fortsetzung)

### 3. Der strukturierte Versorgungspfad von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin für Jugendliche mit Seltenen Erkrankungen – Projekt TRANSLATE NAMSE [4]

In diesem Projekt, gefördert durch den deutschen Innovationsfonds des gemeinsamen Bundesausschusses, wird ein Modell zum qualitätsgesicherten Informations- und Kompetenztransfer vom Betreuungsteam der Pädiatrie zum:zur Patient:in und zum:zur Weiterbehandler:in in der Erwachsenenmedizin dargestellt.

In dieser Publikation findet sich eine Grundlage zur Erarbeitung einer Standard Operation Procedure (SOP) sowie ein eigens entwickelter Fragebogen zur Gesundheitskompetenz (in deutscher Sprache) (Abb. 2), welcher auch Raum bietet für individuelle Unterstützungs- und Informationsbedürfnisse des Jugendlichen, die vom Behandlungsteam berücksichtigt werden sollen. Das Modell sieht die Erhebung der Gesundheitskompetenz und darauf aufbauend die Durchführung bedarfsgerechter Schulungen (z. B. zur Verbesserung von Krankheits- und Behandlungswissen und Fertigkeiten, Berufswahl im Kontext der Erkrankung, sozialrechtlichen Aspekten usw.) vor. Als letzter Schritt im Versorgungspfad erfolgt der Transfer des:der Patient:in sowie der gesammelten Informationen und Dokumente zum:zur Weiterbehandler:in.

Die Autoren weisen darauf hin, dass geplant ist, weitere Daten aus dem Projekt auszuwerten, um Kosten und zeitlichen Aufwand einer strukturierten Transition gemäß dem konzipierten Versorgungspfad zu kalkulieren.

#### Resümee

Durch die in diesem Artikel zusammengefassten oft schon jahrzehntelangen [1] Bemühungen, evidenzbasierten Leitlinien [2] und den definierten Versorgungspfad mit geeigneten Erhebungsinstrumenten [3] sind der Bedarf nach Verbesserungen sowie Strategien zur Umsetzung hinreichend dokumentiert.

Die Autorinnen schlagen vor, die in diesem Artikel zusammengefassten internationalen Empfehlungen heranzu-

ziehen, um für die jeweiligen Institutionen geeignete und an das jeweilige multidisziplinäre Team angepasste SOPs zu entwickeln, ein Vorschlag hierzu für die Anwendung an unserer Institution wurde erstellt (Abb. 1), ein rezent publiziertes Instrument zur Erfassung der Gesundheitskompetenz in deutscher Sprache (Abb. 2; [4]) wird vorgestellt. Besonders zu betonen ist, dass gerade auf dem Gebiet der seltenen Erkrankungen in vielen Ländern noch Versorgungslücken in der Erwachsenenmedizin bestehen, bei Erkrankungen, die sich meist oder ausschließlich im Kindesalter manifestieren.

Für die aktuell im Rahmen der Expertisezentren relevanten Vergleiche zwischen renommierten internationalen Krankenanstalten (European Hospital Alliance) wird aktuell ein geeigneter Benchmarking-Parameter diskutiert, um auch für gesundheitspolitisch relevante Parameter standardisierte und validierte Messinstrumente einheitlich anwenden zu können.

Leitungsgremien in der Gesundheitspolitik wie auch Planer der Versorgungsstruktur werden damit in der Lage sein, eine „gelungene Transition“ als eines der Exzellenzmerkmale von renommierten Krankenanstalten und Verbänden aufzuzeigen und hierfür notwendige Investitionen in Zeitressourcen der multidisziplinären Teams bei den jeweiligen Kostenträgern zu rechtfertigen.

#### Korrespondenzadresse

**Ao. Univ.-Prof. Dr. Gabriele Hartmann**  
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Abteilung für Pulmologie, Stoffwechsel, Endokrinologie, Medizinische Universität Wien  
Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien, Österreich  
Gabriele.hartmann@meduniwien.ac.at

**Danksagung.** Wir bedanken uns bei Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Eva Lehner-Baumgartner – Leitung Klinische Psychologie und Psychotherapie, AKH, Univ.-Prof.<sup>in</sup> Susanne Greber-Platzer – Leitung Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Ao. Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> med. univ. Gabriela Kornek – Ärztliche Direktorin des Universitätsklinikums AKH, Wien Dipl.-Ing. Herwig Wetzlinger – Direktor der Teilunternehmung Universitätsklinikum AKH Wien, für die Unterstützung in Form der Erweiterung der Teams durch TransitionskoordinatorInnen.

**Funding.** Open access funding provided by Medical University of Vienna.

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** G. Hartmann, M. König, S.-H. Hemberger, S. Seferagic und M. Herle geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

### Literatur

1. White PH, Cooley WC; Transitions Clinical Report Authoring Group, American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, American College of Physicians (2018) Supporting the Health Care Transition From Adolescence to Adulthood in the Medical Home. *Pediatrics* 142(5):e20182587
2. Pape L, Ernst G (2022) Health care transition from pediatric to adult care: an evidence-based guideline. *Eur J Pediatr* 181(5):1951–1958
3. Gesellschaft für Transitionsmedizin e. V. (GfTM), editor. S3-Leitlinie Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin. AWMF <https://register.awmf.org/leitlinien/detail/186-001>
4. Grasemann C, Matar N, Bauer J et al (2022) Ein strukturierter Versorgungspfad von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin für Jugendliche und junge Erwachsene mit einer seltenen Erkrankung. *Monatsschr Kinderheilkd* 170:61–69. <https://doi.org/10.1007/s00112-020-00929-5>

**Hinweis des Verlags.** Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Hier steht eine Anzeige.

