

Von der Kinderärztin zum Internisten

DER WECHSEL von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin gelingt insbesondere bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen nicht immer reibungslos. Woran liegt das? Als Luis 16 Jahre alt war, wollte er nicht mehr mit Kleinkindern ins Wartezimmer. Seitdem geht er nicht mehr zum Kinderarzt, sondern zur Hausärztin seiner Eltern. In seinem und in vielen anderen Fällen geschieht der Wechsel von der Kinderarztpraxis in die Erwachsenenmedizin völlig unkompliziert – meist irgendwann in der Phase der Pubertät, bei manchen Kindern eher, bei anderen später.

Spätestens bis zum 18. Lebensjahr sollte der Übergang vollzogen sein, denn es gilt: Alle hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte dürfen in Deutschland zwar Kinder und Jugendliche behandeln. Für Kinder- und Jugendärzte gilt dies aber in der Regel nur bis zum 18. Lebensjahr. Nur in begründeten Ausnahmefällen, wenn es zum Beispiel für die Weiterbehandlung bestimmter Erkrankungen keine Spezialisten in Wohnortnähe gibt, können sie bei den Kassenärztlichen Vereinigungen in den Ländern eine Verlängerung beantragen.

Chronisch krank erwachsen werden

Sind Jugendliche geistig beeinträchtigt oder chronisch erkrankt, gelingt der Wechsel in die Erwachsenenmedizin – die sogenannte Transition – nicht immer ohne Probleme. Betroffene Kids müssen erwachsen werden und dabei zunehmend selbstständig mit ihrer chronischen Krankheit zurechtkommen. Freundschaften, Partnerschaften, das Loslassen der Eltern – Transition ist mehr als der Übergang in die Erwachsenenprechstunde. »Dann einen reibungslosen Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin zu bewerkstelligen, ist eine anspruchsvolle Aufgabe«, sagt die Deutsche Gesellschaft für Transitionsmedizin e.V., in der sich Vertreterinnen und Vertreter aus Ärzteschaft, Psychologie, Sozialmedizin, Genetik und Soziologie für mehr interdisziplinären Austausch engagieren, Veranstaltungen organisieren und Forschungsprojekte unterstützen. Ihr Ziel: Für chronisch kranke Kinder und Jugendliche soll der Übergang von einer Kind-zentrierten zu einer Erwachsenen-zentrierten Gesundheitsversorgung verbessert werden.

»Ca. 15% aller Kinder und Jugendlichen sind chronisch krank und brauchen dauerhaft eine besondere, spezialisierte medizinische und soziale Versorgung. Bei 30 bis 40% von ihnen kann die Transition problematisch werden«, weiß Jana Findorff, die im Rahmen des Berliner TransitionsProgramms der DRK Kliniken Berlin Jugendliche betreut und ergänzt: »Oft werden die Kids etwa von pädiatrischen Zentren gut auf die Weiterbetreuung vorbereitet, aber es gibt auch Jugendliche, die zeitweise ganz aus der medizinischen Versorgung fallen. Gehen sie – warum auch immer – nicht vom Kinderarzt zum weiterbehandelnden Rheumatologen, Diabetologen, Neurologen oder Psychiater zum Beispiel, weiß weder der Erwachsenen-Spezialist, dass sie kommen wollten, noch erfährt der Kinderarzt, dass sie nicht angekommen sind. Erst wenn Komplikationen auftauchen, sich der Gesundheitszustand verschlechtert, offenbart sich der Ernst der Lage; und das ist so unnötig«.

Dass der Übergang nicht klappt, hat laut Findorff unterschiedliche Gründe. Manchmal seien die Jugendlichen noch nicht so weit, um sich allein in eine andere Betreuungsstruktur und -kultur zu begeben. Manchmal könnten Familien auch nicht dabei unterstützen. Ein flächendeckendes Konzept für die angemessene Überleitung und Weiterversorgung der betroffenen Jugendlichen in der Erwachsenenmedizin würde helfen, meint sie. Zwar gebe es in einigen Bundesländern regionale Aktivitäten, auch Initiativen von Krankenkassen, um die Transition zu verbessern, aber generelle, im Versorgungssystem verankerte Lösungen seien nicht etabliert, auch weil die Finanzierung transitionsspezifischer Leistungen nicht geregelt sei.

Aus der Praxis

Mehr als 1500 junge Patientinnen und Patienten hat das von der Robert Bosch Stiftung geförderte Berliner TransitionsProgramm seit 2009 begleitet. Es bietet bundesweit Kooperationsverträge für Kinderarztpraxen, pädiatrische Zentren, Institutsambulanz und übernimmt das Fallmanagement während der Transition. Heißt, betroffene Jugendliche haben ein Jahr lang eine persönliche Ansprechperson an ihrer Seite, die informiert, berät und zum



Beispiel dabei unterstützt, die passende weiterbehandelnde fachärztliche Praxis zu finden, Termine zu vereinbaren, einzuhalten und aufzuarbeiten oder auch zwischen Patient, Pädiater und Facharztpraxis zu vermitteln.

»Wenn Jugendliche einen umfassenden Versorgungsbedarf haben, ist es umso wichtiger, die Transition und die weitere Behandlung des Betroffenen zu planen – auch um das, was wir bisher in der Pädiatrie für ihn erreicht haben, nicht zu gefährden«, sagt Kinderarzt Dr. Olaf Kaiser. Als Neuropädiater kümmert er sich in der Kids4.o-Praxis in Mülheim-Speldorf auch um junge Menschen mit Nerven- und Muskelerkrankungen, mit Anfallsleiden, geistigen und körperlichen Behinderungen oder Fehlbildungen des Gehirns und Rückenmarks. Gerade hat er eine Kooperation mit einer niedergelassenen »Erwachsenen«-Neurologin aufgebaut: »Ich weiß jetzt, wer nach mir weitermacht und dass die Kollegin die komplexen Fälle gut >handlen< kann. Wir können schnell Kontakte herstellen, uns auf kurzem Weg austauschen. Und vielleicht ist es ja auch gut, dass ein anderer Experte einen ganz neuen Blick auf den Betroffenen hat.«

Knapp zehn Patientinnen und Patienten betreut Kaiser derzeit, die älter als 18 Jahre sind. Weil sie einen so komplexen Versorgungsbedarf haben und eine optimale Versorgung in Wohnortnähe anders nicht sicherzustellen wäre, hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung einem Verlängerungsantrag zugestimmt, so dass er die Betroffenen nun noch ca. fünf Jahre weiterbehandeln darf. Das aber ist die Ausnahme. In der Regel übernehmen die Krankenkassen Behandlungen von Kinderärztinnen und Kinderärzten bis zum 18. Geburtstag.

Erwachsenwerden zulassen

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist die Situation ähnlich: »Grundsätzlich werden dort Betroffene bis zum 18. Lebensjahr – in Ausnahmefällen bis zum 21. Lebensjahr – versorgt, Volljährige vom 18. Lebensjahr an von der Erwachsenenpsychiatrie«, weiß Dr. Wiebke Martinsohn-Schittkowski. Dass es Stimmen gibt, die dafür plädieren, junge

Menschen auch weit über das 21. Lebensjahr hinaus in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu behandeln, kann die Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die im Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste arbeitet, nicht nachvollziehen: »Eine Fixierung auf die kinderspezifischen Versorgungsstrukturen finde ich so nicht richtig.« Vielmehr müssten psychisch kranke junge Menschen befähigt werden, soweit wie möglich selbstständig zu werden und ins Erwachsenenleben hinüberzuleiten. »Eine Frau mit Anfang 20 und einer ausgewachsenen Depression – die will als Erwachsene wahrgenommen werden, die will nicht auf eine Station mit Kindern und Jugendlichen.« Würden betroffene junge Menschen in einem unangemessen behütenden Umfeld betreut, fördere das eine Regression, also die Rückkehr auf eine frühere Stufe der psychosozialen Entwicklung, befürchtet Martinsohn-Schittkowski.

Die Kinder- und Jugendpsychiaterin ist überzeugt: »Psychisch kranke junge Erwachsene brauchen ein Angebot, das sich an dem individuellen Entwicklungsstand orientiert, um die herausfordernden Anforderungen dieser Lebensspanne zu meistern. Hierbei brauchen sie gestufte Hilfestellungen in der Alltagsbewältigung genauso wie ein reifungsabhängiges therapeutisches Arbeiten. Am besten können die Entwicklungsaufgaben in einer Gruppe Gleichaltriger mit ähnlichen Interessen und Lebensthemen gemeistert werden. Es können soziale Beziehungen eingegangen, Nähe und Distanz erprobt, Netzwerke aufgebaut werden. Nur warum sollte das in der Kinder- und Jugendpsychiatrie passieren?

Dass es wichtig ist, den Schritt in die Erwachsenenmedizin rechtzeitig zu gehen und nicht zu lange aufzuschieben, meint auch Kinderarzt Olaf Kaiser: »Ich möchte mir keine Sorgen machen müssen, dass sich im Erwachsenenalter etwas verändert, für das ich dann nicht perfekt ausgebildet bin.«

Dorothee Buschhaus ist Redakteurin der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste, d.buschhaus@md-bund.de

