

## Anhang 4.1 zu Anlage 17: Arbeitshilfe Transition

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

<b>Arbeitshilfe Transition</b>	
<b>Betreuungssetting</b>	
Patient	
Eltern/Betreuer	
Soziale Situation (Familie, betreutes Wohnen, Schule, Ausbildung)	
Vor- und mitbetreuende Ärzte/Therapeuten/Institutionen	
Weiterbetreuende Ärzte/ Therapeuten/Institutionen	
Einschätzung des aktuellen und zukünftigen Betreuungsbedarfs	
<b>Versorgungssetting</b>	
Aktuelle Medikation	
Heil- und Hilfsmittelversorgung	
Einschätzung der aktuellen gesundheitlichen Situation und des weiteren Versorgungsbedarfs	
<b>Transitionssetting</b>	
Strategie und Plan in Kooperation mit Patient, Eltern bzw. Betreuern entwickelt?	
Transitionsbedarf, -bereitschaft und -reife vorliegend?	
Sozialer Dienst (Kriterien gemäß Checkliste erfüllt) einbezogen?	
Erhöhter Versorgungsbedarf? → ggf. Mitarbeiter zur Unterstützung einbeziehen	
Transitionsbrief inkl. Notfallplan erstellt?	
Transition in Rücksprache mit Weiterbetreuer abgeschlossen?	

Ausfüllen des Bogens zu den Transitionsgesprächen, Ziel: Vorliegen aller Informationen zum Ende des Transitionsprozesses.

**Checkliste „Transition“ Sozialer Dienst**

Sind aufgrund der derzeitigen oder zukünftigen Lebensumstände der/des Jugendlichen im Hinblick auf die Transition Barrieren/Schwierigkeiten bei der Umsetzung besprochener nächster Schritte (z. B. Therapieplatzsuche, Anträge, ...) absehbar? (Vgl. Ergebnisse aus Ihrem Transitionsgespräch)	Ja	Nein
Besteht voraussichtlich über das 18./21. Lebensjahr hinaus Beratungs-/Behandlungsbedürftigkeit durch einen psychiatrischen Facharzt oder Psychotherapeuten?	Ja	Nein
Gibt es Faktoren im Lebensumfeld, welche eine psychische Stabilisierung der/des Jugendlichen erschweren/behindern?	Ja	Nein
Ist eine Rehabilitations- und Teilhabeplanung (vgl. BTHG) angezeigt?	Ja	Nein

(Bei mindestens 2x „Ja“ ist die Einbindung des Sozialen Dienstes angezeigt)

**Was spricht gegen die Einbindung des Sozialen Dienstes?**

Gibt es eine zuverlässige Bezugsperson, welche den/die Jugendliche/n bei der Transition begleitet?	Ja	Nein
Ist absehbar, dass der/die Jugendliche die zur Transition notwendigen Schritte selbstständig bzw. ohne intensive Unterstützung Dritter bewältigt?	Ja	Nein

(Mindestens ein „Ja“ spricht gegen die Einbindung des Sozialen Dienstes. Widerspricht dieser Ausschlussgrund bei dieser Patientin/ diesem Patienten Ihrer ärztlichen Einschätzung, stimmen Sie sich gerne mit dem Sozialen Dienst zum weiteren Vorgehen ab.)

**Abschlussfragen**

Wer bedarf der Beratung durch den Sozialen Dienst? (bitte ankreuzen)	<input type="radio"/> Jugendliche/r direkt <input type="radio"/> Eltern/Erziehungssorgeberechtigte <input type="radio"/> Ich/meine Praxis <input type="radio"/> Sonstige: _____
Welches Ziel/ welche Ziele soll/en durch die Beratung des Sozialen Dienstes erreicht werden?	<hr/> <hr/> <hr/>
Welche Erwartungen haben Sie bezüglich der Beratung des Sozialen Dienstes?	<hr/> <hr/> <hr/>