

Evaluationsbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Förderkennzeichen:	01NVF17041
Akronym:	AOKTrio
Projekttitel:	Das Transitionsprogramm für mehr Gesundheitskompetenz von Teenagern
Autoren:	Prof. Dr. Christian Krauth, Kathrin Krüger, Julia Schmetzdorf
Förderzeitraum:	1. Juli 2018 – 31. März 2021

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	2
II.	Tabellenverzeichnis.....	3
1.	Ziele der Evaluation.....	4
2.	Darstellung des Evaluationsdesigns.....	8
3.	Ergebnisse der Evaluation.....	12
4.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators.....	32
5.	Literaturverzeichnis	34
6.	Anhang	37
7.	Anlagen	40

I. Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung
ADS	Aufmerksamkeits-Defizit-Störung
AOKN	Allgemeine Ortskrankenkasse Niedersachsen
AOKTrio	Transitionsprogramm der AOK Niedersachsen
CED	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
FÄ	Fachärzt*in bzw. Fachärzt*innen
IG	Interventionsgruppe
KG	Kontrollgruppe
KVN	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
MHH	Medizinische Hochschule Hannover
USA	United States of America (Vereinigte Staaten von Amerika)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schwierigkeiten bei der Transition aus Perspektive der befragten FÄ (n=13).....	14
Tabelle 2: Motivation zur Teilnahme (n=11).....	15
Tabelle 3: Erwartungen (n=6).....	16
Tabelle 4: Ausbleibende Rekrutierung (n=11)	17
Tabelle 5: Projektspezifische Hürden und Barrieren (n=11).....	20
Tabelle 6: Allgemeine Hürden und Barrieren (n=6)	21
Tabelle 7: Wünsche an zukünftige Transitionsprogramme (n=12).....	22
Tabelle 8: Weitere Verbesserungspotentiale bzgl. der Transition (n=10).....	23

1. Ziele der Evaluation

1.1 Ausgangslage

Der Anteil von Kindern mit chronischen Erkrankungen hat in Deutschland, wie auch in den meisten europäischen Ländern sowie in den USA, in den letzten Jahren zugenommen [1]. Mittlerweile erreichen mehr als 85 % der Kinder mit chronischen Erkrankungen das Erwachsenenalter [2]. Transition beschreibt die aktive Begleitung eines geplanten und kontrollierten Übergangs der Jugendlichen von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin [3]. Von Bedeutung ist der Transitionsprozess vor allem bei Jugendlichen, bei denen aufgrund einer chronischen Erkrankung regelmäßige Kontrolluntersuchungen erforderlich sind und deren Erkrankung über das Jugendalter hinaus fortbesteht [4]. Nach einer Erhebung des Kinder- und Jugendgesundheits surveys 2008 leben in Deutschland 39 % der Kinder und Jugendlichen mit einer chronischen Einschränkung. In der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen besteht bei 16 % der Jugendlichen ein besonderer, zusätzlicher Bedarf an Gesundheitsversorgung und -förderung [5]. Jährlich besteht in Deutschland bei geschätzt 30.000 bis 40.000 Jugendlichen Transitionsbedarf [6].

Im Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin leidet oftmals die medizinische Versorgung. So fallen laut verschiedener deutscher und US-amerikanischer Schätzungen 30 bis 40 % der betroffenen Jugendlichen aus der strukturierten Versorgung heraus, wenn sie zu alt für den*die Kinderärzt*in werden [7]. Daraus ergeben sich eine Zunahme von Therapieabbrüchen sowie eine mangelnde Medikamenteneinnahme [8]. Ein Übergang in die Erwachsenenmedizin findet daher zum Teil erst bei einem Eintritt von Notfallsituationen statt. Auch eine jahrelange Weiterbehandlung der chronisch Kranken bei dem*der Kinderärzt*in ist eine nicht seltene Konsequenz [9]. Die Besonderheiten in der Transitionsphase sind gekennzeichnet durch die große Herausforderung für die Jugendlichen mit der Zeit des Erwachsenwerdens. In dieser Zeit durchleben sie eine enorme körperliche und geistige Entwicklung und werden mit vielen neuen Themen wie Ausbildung, Sexualität und Auszug aus dem Elternhaus konfrontiert. Hinzu kommen die zunehmende Unabhängigkeit von den Eltern und die Übernahme von Eigenverantwortung für das eigene Krankheitsmanagement [10]. Häufig lässt dadurch die Therapietreue (Adhärenz) bei Jugendlichen in der Pubertät nach. Die Jugendlichen fühlen sich durch die ständige Medikamenteneinnahme eingeschränkt, ihre Krankheit unterscheidet sie von anderen Gleichaltrigen oder sie wollen ausprobieren, was geschieht, wenn die Medikamente nicht eingenommen werden [11]. Zudem ist die Gesundheitskompetenz, also die Fähigkeit, gesundheitsbezogene Entscheidungen vor dem Hintergrund eigener Bedürfnisse adäquat treffen zu können, bei vielen Jugendlichen eingeschränkt und es fehlt an passenden Informationsquellen für diese Zielgruppe. In einer Untersuchung bei nierenerkrankten Jugendlichen gaben nur 54 % an, Informationen durch Ärzt*innen oder Apotheker*innen gut zu verstehen, der Beipackzettel von Medikamenten wurde mittelmäßig verstanden. 21 % lasen ihn gar nicht. Wenn Broschüren zur Erkrankung gelesen wurden, dann gaben nur rund ein Drittel der Befragten an, diese gut zu verstehen [12].

In Deutschland gibt es kein flächendeckendes Konzept für die angemessene Überleitung und Weiterversorgung der betroffenen Jugendlichen in der Erwachsenenmedizin, obwohl sich der Umfang der ärztlichen Betreuung in der Kinder- und Erwachsenenmedizin unterscheidet [3]. Zusätzlich erschwert wird der Übergang durch den teilweise mangelhaften Informationstransfer zwischen den beteiligten Ärzt*innen [13]. Zudem fehlt eine feste Struktur für die Koordination des Übergabeprozesses sowie eine Vergütungsgrundlage für Transitionsleistungen [7].

1.2 Beschreibung der Intervention

AOKTrio war ein Transitionsprogramm, das jugendlichen und heranwachsenden Versicherten der AOK Niedersachsen (AOKN) den Wechsel von der medizinischen Kinder- in die Erwachsenenversorgung erleichtern sollte. Zielsetzung war die Verbesserung der Behandlungskontinuität bei jugendlichen Patient*innen während der Transitionsphase sowie ein geleiteter Übergang in die Erwachsenenmedizin zur Verhinderung stationärer (Notfall-)Aufnahmen. Ein weiteres Ziel war die Transitions- und Gesundheitskompetenz der Jugendlichen zu stärken und den eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung zu fördern. Des Weiteren sollte durch die Koordination des Arztwechsels die Behandlungskontinuität erhalten werden und somit Behandlungs- und Medikationsbrüche im Zuge dessen vermieden werden. In Folge dessen sollte auch die Zahl der Notfallsituationen und stationären Aufenthalte verringert werden. Zudem sollten die behandelnden Ärzt*innen durch geeignete Elemente im Umgang mit chronisch erkrankten Jugendlichen qualifiziert und die Kommunikation zwischen Jugendlichen und Ärzt*innen zum Thema „Erwachsenwerden“ verbessert werden. AOKTrio verfolgte zudem eine bessere Vernetzung der Ärzt*innen, welche zukünftige Transitionen erleichtern könnte. Die Besonderheit der Zielsetzung lag in der Umsetzung im Flächenland Niedersachsen.

AOKTrio war in drei Bestandteile aufgeteilt: (1) Übergang in die Erwachsenenmedizin, (2) Online-Coach sowie (3) Qualifizierung der Pädiater*innen/Hausarzt*innen.

Übergang in die Erwachsenenmedizin

Ein entscheidender Bestandteil von AOKTrio beschäftigte sich mit einem strukturierten Übergang des Jugendlichen in die Erwachsenenmedizin. Hierfür schrieb sich der Jugendliche nach Ansprache durch den*die behandelnde*n Pädiater*in freiwillig in das Transitionsprogramm ein. Der Zeitpunkt erfolgte nach Einschätzung des*der Pädiater*in, wann ein Wechsel angezeigt war. Der*die Pädiater*in führte zum Zeitpunkt der Einschreibung ein ausführliches Transitionsgespräch mit dem*der Patient*in, in dem er*sie z. B. die Besonderheiten der Transition erläuterte, Informationen zum Umgang mit der chronischen Erkrankung beim Erwachsenwerden gab und die Teilnahme am Online-Coach empfahl.

Ursprünglich teilnahmeberechtigt waren alle bei der AOKN versicherten Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren, mit einer der folgenden chronischen Erkrankungen: Autismus, Epilepsie, Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED), rheumatologische Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ I, Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts)-Störung (ADS/ADHS), Asthma, bei denen nach Einschätzung des*der Ärzt*in die Transition mit Übergang an den*die weiterbehandelnde*n Ärzt*in innerhalb der nächsten 9 Monate erfolgen sollte. Im September 2019 wurde zur Steigerung der Teilnehmerzahlen eine Erweiterung der Diagnosen beantragt und genehmigt.

Ein weiteres Einschlusskriterium war, dass sich die Patient*innen noch nicht in Behandlung bei dem*der spezifischen Erwachsenen-Facharzt*in befand. In dem Fall, dass der*die Jugendliche mit der chronischen Erkrankung primär hausärztlich behandelt wurde, konnte die Einschreibung inklusive Gespräch und Empfehlung der Online-Schulung durch den*die behandelnde*n Hausarzt*in erfolgen. Zudem wurden Jugendliche zwischen 19-21 Jahren, die noch kinderärztlich betreut wurden, inkludiert (Ausnahmeregelung bis 21 Jahren analog Regelversorgung mit Anzeige gegenüber KVN).

Da die Krankheitsbilder bei chronischen Erkrankungen oft komplex sind, sollte erreicht werden, dass alle Betroffenen mindestens einmal nach Abschluss der Transition und somit nach dem Ende der Behandlung bei dem*der Kinderarzt*in eine*n Facharzt*in für ihre Erkrankung aufsuchen. Diese*r konnte über die weiteren Behandlungsschritte bei

dem*der Haus- und/oder Fachärzt*in entscheiden. Um eine Vorstellung der Jugendlichen bei dem*der Fachärzt*in sicherzustellen, konnte die Terminservicestelle der KVN genutzt werden. Der*die Kinderärzt*in meldete dort diejenigen Jugendlichen, bei denen ein Übergang in die Erwachsenenmedizin sinnvoll oder aufgrund des Alters notwendig war. Auch bei Jugendlichen, die mit ihrer chronischen Erkrankung primär in hausärztlicher Behandlung befanden, sollte bei Bedarf über die Terminservicestelle ein Termin bei einem*einer Fachärzt*in eingeleitet werden. Die Terminservicestelle der KVN vermittelte dem*der Patient*in einen Termin bei einem*einer möglichst wohnortnahen erkrankungsspezifischen Fachärzt*in und übernahm eine Reminderfunktion. Daneben kam dem*der Kinderärzt*in die Aufgabe zu, einen Abschlussbericht mit ausführlicher Epikrise zu erstellen, sodass der*die Erwachsenenfachärzt*in sowie ggf. der*die weiterbehandelnde Hausärzt*in ausreichend für die weitere Behandlung informiert waren. Der*die weiterbehandelnde Fachärzt*in führte bei Übernahme ebenfalls ein ausführliches Transitionsgespräch zur umfassenden Ermittlung des weiteren Behandlungsbedarfes unter Einbeziehung der Wünsche des Jugendlichen durch. Bei Bedarf konnten abgebende Pädiater*innen, aufnehmende Fachärzt*innen und ggf. Hausärzt*innen in persönlichen, telefonischen oder webbasierten Fallbesprechungen weitere Absprachen treffen.

Online-Coach

Im Rahmen des Projektes wurde ein modularer Online-Coach entwickelt, dessen Inhalte unabhängig von der Grunderkrankung der Jugendlichen sind. Der Online-Coach war somit für jede chronische Erkrankung geeignet, die auch im Erwachsenenalter hohe Anforderungen an die Behandlung stellt bzw. Unterstützung bei der Transition bedarf. Ausschlüsse ergaben sich nur durch kognitive Einschränkungen, massive psychische Beeinträchtigungen oder mangelnde Schulungsbereitschaft.

Der Online-Coach bezog sich u. a. auf den Arztwechsel und die damit einhergehenden sozialrechtlichen Änderungen für die Jugendlichen. Zudem waren Jugendthemen wie Berufswahl, Lösung vom Elternhaus, Gesundheit sowie jugendlicher Lebensstil Inhalt der Online-Schulung. Insgesamt sollte die Gesundheits- und Transitionskompetenz der Jugendlichen gesteigert werden: sie sollen zur Übernahme einer aktiven Patientenrolle angeregt werden.

Qualifizierung der Pädiater*innen/Hausärzt*innen

Den behandelnden Pädiater*innen wurde zur motivierenden Gesprächsführung mit der Zielgruppe und für einen strukturierten Ablauf der Transition unterstützende Materialien an die Hand gegeben. Angelehnt an die Erfolge des „Ready Steady Go“-Projekts [14] wurde an der MHH als niederschwelliges Angebot für Jugendliche und Pädiater*innen eine kurze Checkliste entwickelt und evaluiert, die jugendliche Patient*innen zwischen 14 und 21 Jahren für die Transition sensibilisieren und ihnen Hilfen für den Übergang geben sollte. Die Checkliste umfasste Fragen zu allgemeinen Gesundheitsthemen (z. B. Familienanamnese, Impfstatus, Krankenkasse), zur Erkrankung (z. B. Medikamente inkl. Dosierung, Komplikationen und Besonderheiten), zu jugendrelevanten Themen (z. B. Besonderheiten bei Sexualität und Familienplanung, Ausbildung und Beruf, Schlafentzug, Alkohol- und Nikotinkonsum) sowie zum Transfer (z. B. Zeitpunkt, Auswahl neuer Behandler*innen). Die Checkliste bot sowohl den Jugendlichen als auch den Ärzt*innen die Möglichkeit, ausgewählte Themen anzusprechen und darüber ins Gespräch zu kommen.

1.3 Ziele der Evaluation

Die zentrale Fragestellung der Evaluation gemäß Förderantrag war, welchen Nutzen ein strukturierter Transitionsprozess im Zuge des Übergangs von der pädiatrischen Versorgung zur Erwachsenenversorgung für chronisch kranke Jugendliche hat. Zur Beantwortung dieser Fragestellung sollten drei unterschiedliche Ebenen betrachtet werden: die Ergebnisevaluation, die Prozessevaluation und die gesundheitsökonomische Evaluation. Das primäre Outcome stellte die Behandlungskontinuität (Arztkontakte) dar. Als sekundäre Outcomes sollten Medikamentencompliance, Hospitalisierungen, Notfallquoten, Transitions- und Gesundheitskompetenz, Quote der Patient*innen mit Facharzt-Kontakt, Zufriedenheit, Leistungsausgaben sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität betrachtet werden. Es wurde ursprünglich von 4.716 Teilnehmer*innen ausgegangen, die Nicht-Teilnehmer*innen sollten die Kontrollgruppe bilden. Geplant war eine quantitative Befragung der Interventionsgruppe (IG) zu zwei Zeitpunkten und die Kontrollgruppe (KG) sollte einmal befragt werden. Zudem war die Befragung einer Stichprobe der teilnehmenden (n = 200) und nicht-teilnehmenden Ärzt*innen (n = 100) geplant. Zusätzlich zu den Befragungen sollten Routinedaten der AOKN in die Evaluation einbezogen werden.

Im Laufe des Projektes wurden aufgrund einer geringen Teilnehmerzahl die Einschlusskriterien angepasst (u. a. Erweiterung der Diagnosen) und in diesem Zuge eine neue Fallzahlkalkulation durchgeführt. Aufgrund weiterhin mangelnder Rekrutierungszahlen wurde der Einschluss in AOKTrio vorzeitig zum 30. Juni 2020 beendet. Die Evaluation konnte aufgrund dessen nicht wie geplant erfolgen. Weder die Ergebnisevaluation noch die Prozessevaluation sowie die gesundheitsökonomische Evaluation waren umsetzbar. Daher wurde, in Rücksprache mit dem Förderer, von der ursprünglich geplanten Evaluation abgewichen und der Fokus darauf gelegt, im Rahmen einer Prozessanalyse zu eruieren, warum die Teilnehmerzahlen nicht erreicht werden konnten und das Programm gescheitert ist. Ziel war es, Anhaltspunkte für Verbesserungspotentiale für zukünftige Transitionsprojekte zu finden. Folgende Fragestellungen sollten hierbei untersucht werden:

Teilnehmende Patient*innen

- Welche Motivation zur Teilnahme hatten die Jugendlichen?
- Wurden die Erwartungen der Jugendlichen an AOKTrio erfüllt?
- Welche Hürden gab es während der Teilnahme an AOKTrio (z. B. Transitionsgespräch, Online-Coach, Onlinebefragung)?
- Wie müsste ein Transitionsprogramm ausgestaltet sein, um für Jugendliche attraktiv zu sein?

Teilnehmende Ärzt*innen

- Welche Motivation zur Teilnahme hatten die Ärzt*innen?
- Wurden die Erwartungen der Ärzt*innen an AOKTrio erfüllt?
- Warum haben sich die Ärzt*innen eingeschrieben, aber keine Jugendlichen rekrutiert?
- Welche Hürden gab es während der Teilnahme an AOKTrio (z. B. auf organisatorischer Ebene wie Einschreibung, Abrechnung)?
- Wie müsste ein Transitionsprogramm ausgestaltet sein, um für die Ärzt*innen attraktiv zu sein?

2. Darstellung des Evaluationsdesigns

Die ursprünglich geplante Evaluation war als prospektive Kohortenstudie mit Kontrollgruppe angelegt. Der definierten Zielpopulation wurde von den teilnehmenden Pädiater*innen bzw. Hausarzt*innen die Einschreibung in das strukturierte Transitionsprogramm angeboten. Die Teilnahme war hierbei freiwillig. Der Zeitpunkt, wann ein Wechsel angezeigt ist, erfolgte nach Einschätzung des*der Pädiater*in. Der Rekrutierungszeitraum betrug 21 Monate (01. Oktober 2018 - 30. Juni 2020). Die Interventionsgruppe (IG) wurde quantitativ zum Zeitpunkt der Einschreibung mittels Onlinefragebogen befragt.

Es folgte nach Ende des Rekrutierungszeitraumes die Planung von qualitativen Interviews mit an AOKTrio teilnehmenden Jugendlichen. Auch eine Stichprobe der an AOKTrio teilnehmenden Ärzt*innen wurde qualitativ im Rahmen von qualitativen Einzelinterviews befragt. Hierzu erfolgten zunächst eine Literaturrecherche sowie ein Austausch mit dem Konsortialpartner Medizinische Psychologie der MHH, um die inhaltlich-fachliche Expertise zu Fragen zur Transition und entwicklungspsychologischen Besonderheiten von Jugendlichen in die qualitative Studie einzuschließen. Nach der Entwicklung des Leitfadens folgte ein Pretest, die Rekrutierung sowie die Durchführung, die Analyse und die Interpretation der Ergebnisse.

2.1 Zielpopulation

Teilnahmeberechtigt an AOKTrio waren alle bei der AOKN versicherten Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren, für die eine chronische Erkrankung dokumentiert war (siehe Anhang A1) und bei denen die Transition zu dem*der weiterbehandelnden Facharzt*in innerhalb der nächsten neun Monate erfolgen sollte. Ein weiteres Einschlusskriterium war, dass sich die Patient*innen noch nicht in Behandlung bei dem*der spezifischen Erwachsenen-Facharzt*in befinden. Zudem wurden Jugendliche zwischen 19 bis 21 Jahren, die noch kinderärztlich betreut wurden, inkludiert (Ausnahmeregelung bis 21 Jahren analog Regelversorgung mit Anzeige gegenüber KVN).

2.2 Patientenkollektiv

Ursprünglich stand ein Potential von 37.000 Teilnehmer*innen bei der AOKN während der Rekrutierungsphase zur Verfügung. Unter Berücksichtigung der geschätzten Teilnahmequoten der Ärzt*innen und Patient*innen wurde im Zuge der Diagnoseerweiterung eine Teilnehmerzahl von 700 kalkuliert und angenommen. Tatsächlich nahmen 25 Jugendliche im Rekrutierungszeitraum an AOKTrio teil.

Aufgrund dessen, dass die Rekrutierung zum 30. Juni 2020 beendet wurde, wurde keine neue Fallzahlkalkulation durchgeführt. Für die qualitativen Erhebungen standen lediglich die bereits teilnehmenden Patient*innen (n=25) und Ärzt*innen (n=105; Kinder- und Jugendärzt*innen sowie Hausarzt*innen) zur Verfügung.

2.3 Fallzahlplanung für die qualitative Erhebung

*Patient*innen:* Elf Jugendliche hatten sich bereits bei der Einschreibung in AOKTrio zur Teilnahme an qualitativen Erhebungen bereit erklärt. Es wurde eine Anzahl von zehn Jugendlichen für die qualitativen Interviews angenommen, um eine theoretische Sättigung zu erreichen.

*Ärzt*innen:* Die Auswahl der Teilnehmer*innen für die Interviews richtete sich nach der Methode des purposeful Samplings. Die Teilnehmer*innen sollten, wenn möglich, hinsichtlich Geschlecht, Region und Profession variieren. Hierbei wurde die Fallzahl nicht vorab festgelegt. Es sollte eine schrittweise Auswahl der Teilnehmer*innen nach der Methode des theoretical Samplings stattfinden. Die Stichprobengröße konnte vorher nicht festgelegt werden, da die Population nicht nach Repräsentativität, sondern nach der theoretischen Bedeutsamkeit für die Untersuchungsfrage ausgewählt werden sollte. Die Einbeziehung weiterer Fälle sollte beendet werden, wenn eine „theoretische Sättigung“ erreicht ist. Geplant waren zehn bis max. 15 Interviews.

2.4 Datenerfassung

Im Rahmen der Datenerfassung wurden die Patient*innen zum Zeitpunkt der Einschreibung quantitativ befragt. Nach Ende des Rekrutierungszeitraumes erfolgte eine qualitative Befragung der teilnehmenden Patient*innen und Ärzt*innen.

Datenerfassung Patient*innen

Quantitative Befragung: Zu Baseline erhielt die IG von der AOKN eine Einladung zur Teilnahme an einer Online-Befragung, um den Status quo zu Beginn der Intervention zu erfassen. Dieses Schreiben enthielt neben Informationen zur Studie auch den Link zum Online-Fragebogen sowie einen Code zur Anmeldung. Der Fragebogen setzte sich aus verschiedenen nicht-standardisierten Items zu sozio-demographischen und sozio-ökonomischen Daten, zum Lifestyle (Rauchen, Alkohol etc.) und zu Fehltagen in der Schule bzw. bei der Arbeit zusammen. Zusätzlich wurden standardisierte Erhebungsinstrumente inkludiert. Anhand des Transitionskompetenz-Fragebogens sollten die Jugendlichen ihre eigene Kompetenzen und ihr Wissen in Bezug auf die chronische Erkrankung und ihrem Einfluss auf Themen des Erwachsenwerdens einschätzen, wie z. B. Alleinleben oder Berufswahl. Die Gesamtskala misst die Transitionskompetenz, zudem unterteilen sich die zehn Items in drei Subskalen: Arbeitswelt, krankheitsbezogenes Wissen sowie Versorgungskompetenz. Das generische Instrument weist eine hohe Validität sowie Reliabilität (Cronbach's $\alpha = 0,81$ für die Gesamtskala) auf [15]. Zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde das standardisierte Erhebungsinstrument DISABKIDS genutzt [16]. Das Instrument weist eine hohe Validität sowie Reliabilität (Cronbach's $\alpha = 0.70-0.87$) auf. Die 37 Likert-basierten Items unterteilen sich in sechs Subskalen: Unabhängigkeit, Einschränkungen, Emotion, soziale Ausgrenzung, soziale Integration und Medikation [17]. Zudem wurden u. a. auch die Kurzform des WHODAS (World Health Organization Disability Assessment) 2.0 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Erfassung des Gesundheitszustandes sowie die General Self-efficacy Scale zur Messung der Selbstwirksamkeit eingesetzt.

Zwei Wochen nach Zusenden des Links zum Fragebogen, erhielten die Patient*innen der IG, die noch nicht geantwortet hatten, jeweils einen Reminder, um die Rücklaufquote zu erhöhen.

Qualitative Befragung: Zunächst wurde basierend auf einer Literaturrecherche und den bisherigen Erfahrungen aus dem Projekt ein Leitfaden erstellt und einem Pretest unterzogen.

Die Interviews wurden hierbei wie folgt gegliedert:

- Einleitung
 - Vorstellung der Wissenschaftler*innen und Nennung des Ziels
 - Einwilligung in die Tonaufnahme

- Fragenblock I: Einstiegsfragen
 - Erstkontakt/Zugang zu AOKTrio
 - Motivation und Gründe für die Teilnahme an AOKTrio
- Fragenblock II: Erfahrungen
 - Einschreibung in das Programm
 - Nutzung der Module (u. a. Transitionsgespräch)
 - Onlinebefragung
 - Online-Coach
- Fragenblock III: Zufriedenheit und Verbesserungsvorschläge
 - Zufriedenheit
 - Hürden und Barrieren
 - Potentiale
 - Verbesserungsvorschläge
- Fragenblock IV: Abschluss

Die AOKN gab die Daten der Jugendlichen, die einer potentiellen Teilnahme an einer qualitativen Erhebung bereits zustimmten, an die MHH weiter. Die entsprechende Einwilligung der Teilnehmer*innen für die Weitergabe der Kontaktdaten lag vor. Die MHH kontaktierte die Jugendlichen, um ihr Einverständnis bzw. das der Eltern einzuholen und einen Termin für ein Telefoninterview zu terminieren. Für das Interview war eine Dauer von einer Stunde vorgesehen.

Im Zuge der Rekrutierung für die qualitativen Interviews wurden die Versicherten über verschiedene Kanäle kontaktiert. An alle Versicherten, deren Mailadresse vorlag, wurde eine E-Mail gesendet. Zusätzlich wurden alle Versicherten mindestens fünfmal angerufen. Zwei Versicherte konnten trotzdem telefonisch nicht erreicht werden, ihnen wurde auf die Mailbox gesprochen und um Rückruf gebeten. Leider hat sich keiner der Versicherten dazu bereit erklärt, an einem Interview teilzunehmen. Genannte Gründe waren, dass kein Interesse und/oder keine Zeit vorhanden seien. Da keiner der elf teilnehmenden Versicherten rekrutiert werden konnte, konnte kein qualitatives Interview umgesetzt werden.

Die Patientenperspektive in Bezug auf die Umsetzung von AOKTrio konnte partiell aus den qualitativen Interviews mit den Ärzt*innen abgeleitet werden. Im Rahmen dieser gingen einige Ärzt*innen auf die Einstellung bzw. auf die Bedürfnisse der Jugendlichen, die vor der Transition stehen, ein.

Datenerfassung Ärzt*innen

Zunächst wurde basierend auf einer Literaturrecherche und den bisherigen Erfahrungen aus dem Projekt ein Leitfaden erstellt und einem Pretest unterzogen.

Die Interviews wurden hierbei wie folgt gegliedert:

- Eröffnung des Interviews
 - Vorstellung der Wissenschaftler*innen und Nennung des Ziels
 - Einwilligung in die Tonaufnahme
- Fragenblock I: Einstiegsfragen

- Erstkontakt/Zugang zu AOKTrio
- Motivation und Gründe für die Teilnahme an AOKTrio
- Fragenblock II: Erfahrungen
 - Organisatorische Aspekte (u. a. Einschreibung in das Programm, Verwaltungsaufwand, Vergütung, Konkurrenzprogramme)
 - Inhaltliche Aspekte (u. a. Ausgestaltung der Module, Relevanz)
 - Umsetzung (u. a. Implementierung in den Praxisalltag, Rekrutierung von Patient*innen)
- Fragenblock III: Zufriedenheit und Verbesserungsvorschläge
 - Zufriedenheit
 - Hürden und Barrieren
 - Potentiale
 - Verbesserungsvorschläge
- Fragenblock IV: Abschluss

Die Ärzt*innen wurden telefonisch von der MHH um ihre Teilnahme gebeten. In dem Telefonat wurden, bei Einwilligung, Datum und Uhrzeit für das Interview festgelegt. Das Interview wurde telefonisch durchgeführt, eine Dauer von 20 bis 30 Minuten war vorgesehen. Die Interviews wurden aufgezeichnet.

Zur Steigerung der Response wurde die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen vorab informiert und eingebunden. Zudem erhielten die Ärzt*innen eine Aufwandsentschädigung (je 75 €).

2.5 Datenauswertung

Für die quantitative Auswertung wurden die Daten der Online-Befragung deskriptiv ausgewertet. Aufgrund der Wahrung der Anonymität waren keine stratifizierte Analysen möglich, sodass alle Altersgruppen, beide Geschlechter sowie alle Erkrankungsgruppen gemeinsam ausgewertet wurden. Die Analysen wurden mittels der Software SPSS durchgeführt.

Für die qualitative Auswertung erfolgte nach der Feldphase, also im Anschluss an die Durchführung der qualitativen Interviews, zunächst die Transkription der Audioaufnahmen, d. h., dass die qualitativen Interviews wortwörtlich verschriftlicht wurden. Die Transkripte wurden darauffolgend überprüft und in MAXQDA eingeleitet. Es erfolgte eine strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring [18], d. h., dass eine schrittweise induktive Kategorienbildung durchgeführt wurde. Einzelne Textpassagen wurden im Zuge der Analyse den definierten Kategorien zugeordnet. Die Kategorien wurden nach einem Teil der Sichtung des Materials angepasst. Darauf folgte der endgültige Materialdurchgang. Es wurde darauf geachtet, dass sich die Ergebnisse reproduzieren lassen, d. h., dass die Inhaltsanalyse sowohl valide als auch reliabel ist. Die entwickelten Kategorien wurden später auch zu Überkategorien zusammengefasst und je nach Fragestellung nach quantitativen Aspekten ausgewertet.

3. Ergebnisse der Evaluation

3.1 Onlinebefragung

Im Rahmen der Onlinebefragung beantworteten lediglich acht der 25 an AOKTrio teilnehmenden Versicherten den Fragebogen. Geplant war eine Befragung von 700 an AOKTrio teilnehmenden chronisch kranken Jugendlichen (Interventionsgruppe) sowie 700 Jugendlichen, die auch den Einschlusskriterien entsprächen, aber bei Ärzt*innen in Behandlung waren, die nicht an AOKTrio teilnehmen (Kontrollgruppe).

Aufgrund der geringen Fallzahl und der hiermit verbundenen fehlenden Repräsentativität für die Zielpopulation, liefern die Ergebnisse keine belastbaren Anhaltspunkte und werden nicht in die Ableitung der Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen einbezogen. Die Darstellung der Ergebnisse der Onlinebefragung dient lediglich der Dokumentation.

Beschreibung der Stichprobe

Die teilnehmenden Jugendlichen wurden in den Jahren 2001 und 2002 geboren, drei waren männlich, fünf weiblich. Sechs Jugendliche gingen noch zur Schule, zwei befanden sich in einer Ausbildung. Alle wohnten entweder bei beiden leiblichen Elternteilen oder nur bei der leiblichen Mutter. In Deutschland wurden sechs der Teilnehmenden geboren, während zwei in einem anderen Land geboren sind. In Bezug auf den Gesundheitszustand gaben drei Jugendliche einen (sehr) guten und fünf Jugendliche einen mittelmäßigen Gesundheitszustand an.

Chronische Erkrankung

Auf die Frage, wie gut die chronische Erkrankung kontrolliert ist, wurde sechsmal angegeben, dass sie (sehr) gut kontrolliert ist und dreimal, dass sie einigermaßen kontrolliert ist. Sechs der Jugendlichen wiesen keinen Fehltag in der Schule bzw. am Arbeitsplatz auf, einmal wurden drei Fehltage und einmal zehn Fehltage angegeben. Die Jugendlichen hatten in den vorangegangenen zwölf Monaten 1-3 verschiedene Fachärzt*innen/Psycholog*innen aufgrund ihrer chronischen Erkrankung aufgesucht. Insgesamt gaben die Jugendlichen 4-14 Facharztbesuche in den letzten zwölf Monaten an, am häufigsten wurden Kinder- und Jugendärzt*innen aufgesucht, gefolgt von Diabetolog*innen, Allgemeinmediziner*innen, Gastroenterolog*innen, sonstige Internist*innen, Orthopäd*innen und Psycholog*innen.

Zufriedenheit mit der Behandlung

Auf einer Skala von 1 (nicht zufrieden) bis 5 (äußerst zufrieden) waren die Jugendlichen mit den Informationen über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten eher zufrieden (\bar{x} 3,5), mit den Informationen über die eigene chronische Erkrankung waren sie im Vergleich etwas weniger zufrieden (\bar{x} 3,0). In Bezug auf die Bemühungen, die unternommen wurden, damit der Jugendliche sich wohlfühlt, waren die Jugendlichen überwiegend zufrieden (\bar{x} 4,2). Gleiches galt für die entgegengebrachte Aufmerksamkeit des*der Ärzt*in (\bar{x} 4,2) sowie der Fähigkeit der Ärzt*innen, Dinge verständlich zu erklären (\bar{x} 4,4). Mit der Zeit, die die Ärzt*innen sich genommen haben, waren die Jugendlichen auch eher zufrieden (\bar{x} 4,0). Insgesamt gaben zwei Jugendliche an, mit der gesundheitlichen Versorgung im Allgemeinen äußerst zufrieden zu sein, während die übrigen sechs Jugendlichen angaben, (teilweise) zufrieden zu sein.

Wohlbefinden

Das Wohlbefinden wurde anhand von fünf Items erfasst (WHO5). Der Rohwert kommt durch Addieren der Antworten zustande (0 bis 25), durch Multiplikation mit vier wird der Prozentwert generiert. Der Prozentwert 0 bezeichnet das geringste Wohlbefinden bzw. die niedrigste Lebensqualität und der Prozentwert 100 das größte Wohlbefinden bzw. die höchste Lebensqualität. Die befragten Jugendlichen wiesen einen Prozentwert von 36 bis 80 auf, im Durchschnitt liegen die Jugendlichen bei 58 %. Drei der befragten Jugendlichen lagen unter dem kritischen Rohwert von 13, ab dem eine gezielte Diagnostik bei einem*iner Psycholog*in erfolgen sollte, da es ein Hinweis auf eine Depression sein könnte [19, 20].

Transitionskompetenz

In Bezug auf die einzelnen Aspekte der chronischen Erkrankung gaben die Jugendlichen überwiegend an, dass sie wissen, worauf sie aufgrund ihrer Erkrankung achten müssen, wenn sie alleine wohnen und was sie ihrem*ihrer Arbeitgeber*in über ihre Erkrankung sagen müssen. Hinsichtlich des Umganges mit Notfallsituationen sowie des Einflusses von Alkohol, Nikotin und Drogen auf die Erkrankung, war mehr als die Hälfte der Jugendlichen informiert. Während eher Unsicherheit in Bezug auf die Unterschiede zwischen der Erwachsenenmedizin und der Kinder- & Jugendmedizin sowie des Versicherungsstatus und der Kostenübernahme von Leistungen durch die Krankenkasse vorhanden zu sein scheint. In Bezug auf den Übergang in die Erwachsenenmedizin fühlte sich ein Teil der Jugendlichen gut vorbereitet, während ein anderer Teil der Jugendlichen angab sich nicht gut vorbereitet zu fühlen.

Selbstwirksamkeit

Die Selbstwirksamkeit wurde anhand von 10 Items auf einer Viererskala gemessen (General Self-Efficacy Scale). Der berechnete Score kann Werte von 10 (geringste Selbstwirksamkeit) bis 40 (höchste Selbstwirksamkeit) annehmen. Die befragten Jugendlichen wiesen einen Score zwischen 20 und 40 auf. Vier Jugendliche lagen unter dem publizierten Mittelwert von 29 [21].

3.2 Qualitative Interviews mit Ärzt*innen

Die Feldphase fand von Oktober bis Dezember 2020 statt. Zwischen dem 27. Oktober und dem 17. Dezember 2020 wurden 13 Interviews durchgeführt. Sechs der teilnehmenden Fachärzt*innen (FÄ) waren männlich, sieben weiblich. Bezüglich der Facharztgruppe nahmen zwölf FÄ für Kinder- und Jugendmedizin und 1 FÄ für Allgemeinmedizin teil. Sechs waren in einer Einzelpraxis tätig, fünf in einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft und ein*e FÄ in einer Krankenhausambulanz. Auch die Einwohnerdichte der Praxisstandorte bzw. Krankenhausambulanzen variiert: Landgemeinde (n=1), Kleinstadt (n=3), Mittelstadt (n=2), Großstadt (n=7)¹. Alle befragten Ärzt*innen waren in den Selektivvertrag AOKTrio eingeschrieben, jedoch haben nicht alle Ärzt*innen Jugendliche rekrutiert.

Neben den definierten Fragestellungen wurden im Rahmen der Interviews auch Fragen bezüglich der Relevanz der Transition sowie Schwierigkeiten im Zuge der Transition gestellt. Es zeigte sich, dass die Transition für die befragten FÄ insgesamt eine große Relevanz im Praxisalltag hat. In diesem Zusammenhang wurde angemerkt, dass die Weiterleitung an die Erwachsenenmediziner*innen für alle Patient*innen erforderlich sei

¹ Landgemeinde unter 5.000 Einwohner*innen, Kleinstadt 5.000-20.000 Einwohner*innen, Mittelstadt 20.000-50.000 Einwohner*innen, Großstadt über 50.000 Einwohner*innen.

und hierbei ein besonderer Fokus auf chronisch Erkrankte gelegt werden müsse, um eine kontinuierliche Behandlung der chronischen Erkrankung zu gewährleisten. Zudem wurde angemerkt, dass die Transition wichtig für den weiteren Krankheitsverlauf der Jugendlichen sei.

Tabelle 1: Schwierigkeiten bei der Transition aus Perspektive der befragten FÄ (n=13)

Ärztliches Netzwerk	Jugendliche	Allgemeine Bedingungen
<ul style="list-style-type: none"> - Fehlendes Netzwerk - Fehlende Kommunikation - Wechsel ohne Rückmeldung - Schnittstellenproblematik 	<ul style="list-style-type: none"> - Verantwortungsübernahme wird (noch) nicht gesehen - Fehlende Akzeptanz ggü. der Erkrankung - Unbeschwertheit - Emanzipation von den Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> - Unstrukturierter Wechsel - Erwachsenenmediziner*innen wenig Expertise in pädiatrischen Problemen - Überlastung Facharztpraxen - Strikte gesetzliche Vorgaben

Hinsichtlich der Schwierigkeiten mit der Transition wurden Hürden und Barrieren auf drei verschiedenen Ebenen identifiziert: (1) das ärztliche Netzwerk, (2) die Jugendlichen und (3) allgemeine Bedingungen (siehe Tabelle 1). Es wurde von mehreren FÄ angemerkt, dass ein ärztliches Netzwerk fehle und auch die Kommunikation unter den Ärzt*innen ausbaufähig sei. In Bezug auf die Jugendlichen wurde eine bisher (noch) fehlende Verantwortungsübernahme und Akzeptanz für die Erkrankung genannt sowie eine gewisse Unbeschwertheit oder auch eine Emanzipation von den Eltern, die mit dieser Phase des Lebens assoziiert seien. Übergeordnet wurden von den befragten FÄ u. a. die Aspekte Überlastung der Facharztpraxen und strikte gesetzliche Vorgaben aufgeführt, welche zu Schwierigkeiten bei der Transition von behandelten Jugendlichen führen können oder bereits geführt haben.

Motivation zur Teilnahme

In Bezug auf die Motivation zur Teilnahme machten elf der FÄ eine Angabe (siehe Tabelle 2), während sich zwei FÄ nicht mehr daran erinnern konnten, warum sie sich zur Teilnahme entschlossen hatten. Am häufigsten wurden die Unterstützung bzw. die Einbindung der Jugendlichen bei der Transition genannt:

„vielleicht ist das eine Möglichkeit, den Patienten gut rum zu schicken, ins Erwachsenenalter und eventuell auch noch zu begleiten“ (Interview 5)

Zudem war die Generierung eines extrabudgetären Zusatzeinkommens für drei FÄ ein Anreiz zur Teilnahme an AOKTrio:

„Ja, letztendlich auch ein monetärer Grund, extrabudgetär. Wir suchen ja immer irgendwas, das extrabudgetär ist, was außerhalb des Regelleistungskataloges gezahlt wird.“ (Interview 5)

In diesem Zusammenhang wurde von zwei FÄ angemerkt, dass bereits vor Projektbeginn Jugendliche in der Praxis bei der Transition unterstützt wurden, dieser Mehraufwand bisher jedoch nicht vergütet wurde:

„Ja, es hat ja sozusagen meine gelebte Praxis dann mal finanziert.“ (Interview 6)

Ebenfalls als motivierender Faktor wurde der Grundgedanke des Programms AOKTrio genannt. Es wurde positiv gesehen, dass die Problematik einer unstrukturierten Transition erkannt und ein Programm zur Unterstützung entwickelt wurde:

„Also weil wir die Idee schon gut fanden, dieses Thema Transition, dass man gesagt hat ‚Da muss etwas passieren, das läuft nicht optimal, da gehen Patienten unter‘, oder auch wertvolle Informationen unter. Den Grundgedanken fand ich gut“ (Interview 8)

Zudem nannten die FÄ verschiedene organisatorische Aspekte als Grund für ihre Teilnahme, wie beispielsweise eine hohe Anzahl an AOKN Versicherten, die in das Programm eingeschlossen werden könnten. Zudem wurde die Förderung des Umgangs mit der Erkrankung als Anreiz für die Teilnahme genannt:

„Na ja, das ist letztendlich, es ist erst mal per se sinnvolle Idee, diese spezielle Patientengruppe halt einfach durch auch Information und Führung halt einfach differenzierter mit ihren jeweiligen Krankheitsfeldern umgehen zu lassen.“ (Interview 10)

Auch die Vermeidung von Komplikationen in der Zukunft wurde von einer FÄ als Teilnahmegrund angeführt:

„Damit halt vielleicht auch Komplikationen perspektivisch zu vermeiden.“ (Interview 10)

Tabelle 2: Motivation zur Teilnahme (n=11)

	N
Unterstützung/Einbindung der Jugendlichen bei der Transition	6
Zusätzliche Vergütung (extrabudgetär)	3
Programm/Grundgedanke hat überzeugt	3
Organisatorische Gründe	3
Förderung des Umgangs mit der Erkrankung	2
Vermeidung von Komplikationen in der Zukunft	1

Erwartungen

Hinsichtlich der zu Beginn gehegten Erwartungen an das Programm AOKTrio machten 6 FÄ eine Angabe, hiervon hatten vier FÄ eher positive und zwei FÄ vorab eher negative Erwartungen. Drei FÄ erwarteten sich von dem Programm, dass die im Selektivvertrag aufgelisteten Leistungen von ihnen erbracht und dann abgerechnet würden und somit ein Zusatzeinkommen generiert würde bzw. eine Vergütung des Mehraufwandes erfolge:

„Dass wir diese Leistungen, die da aufgeführt sind, erbringen und entsprechend abrechnen können.“ (Interview 6)

Dass das Programm niederschwellig und gut in den Praxisalltag integriert werden könne, erhofften sich zwei FÄ:

„Also eigentlich würde ich erwarten, dass das sehr niedrigschwellig und schnell und gut machbar ist.“ (Interview 13)

Auch die Wiederaufnahme der innerärztlichen Kommunikation erhoffte sich eine FÄ. In diesem Zusammenhang wurde auch angemerkt, dass sich die innerärztliche Kommunikation in den letzten Jahren verschlechtert habe:

„eine gewisse Wiederaufnahme der innerärztlichen Kommunikation, die in den letzten Jahren erheblich gelitten hat.“ (Interview 10)

Zwei FÄ gaben an, dass sie schon zu Beginn damit gerechnet hatten, dass das Programm nicht funktionieren werde. Als Grund hierfür gab ein*e FÄ an, dass die Aufsetzung des Programms zu digital sei und der persönliche Kontakt fehle:

„Ja, meine Erwartung war, so wie es aufgesetzt ist mit rein Webinaren ohne irgendeine Form des persönlichen Kontaktes, es wird nicht funktionieren.“ (Interview 1)

Zudem wurde angegeben, dass die Erwartung, dass es nicht funktionieren werde, nicht allein an der Aufmachung des Programms gelegen habe, sondern auch die ärztlichen Kolleg*innen einen Einfluss auf das Gelingen des Projektes hätten:

„Ja, also wenn, dann war es mehr oder habe ich erwartet, dass es genauso läuft wie es läuft, dass die Grundidee super ist, aber die Umsetzung einfach so nicht machbar ist. Was auch an den ärztlichen Leuten liegt. Es liegt nicht daran, dass sich die AOK nicht bemüht hat.“ (Interview 11)

Tabelle 3: Erwartungen (n=6)

	N
Aufgelistete Leistungen werden erbracht und abgerechnet (Zusatzeinkommen/Vergütung von Mehraufwand)	3
Niederschwelliges Angebot, gut und einfach machbar	2
Wiederaufnahme der innerärztlichen Kommunikation erhofft	1
Aufgrund der Aufsetzung (Webinare/kein persönlicher Kontakt) wird es nicht funktionieren	1
Grundidee super, Umsetzbarkeit nicht machbar	1

Bezüglich der Erfüllung der Erwartungen gaben zwei FÄ an, dass sie keine Aussage hierzu machen könnten, da sie das Programm nicht genutzt hätten, während zwei weitere FÄ angaben, dass die Anforderungen, vor allem in Bezug auf die Dokumentation, höher als erwartet gewesen seien:

„ich finde die Hürden relativ hoch mit, wenn ich das richtig in Erinnerung habe, einer gewissen Anzahl an Gesprächen, die stattgefunden haben müssen. Das ist einfach für uns hier schwierig zu organisieren.“ (Interview 13)

Zudem sagten zwei FÄ, dass sich ihre Erwartung, dass das Programm, so wie es aufgesetzt ist, nicht funktionieren werde, erfüllt habe:

„es hat sie vollkommen erfüllt. Ich habe erwartet, das funktioniert nicht. Und genau.“ (Interview 1)

Ausbleibende Rekrutierung

Auf die Frage, warum sich die FÄ eingeschrieben hätten, aber keine bzw. nur wenige Jugendlichen rekrutierten, antworteten elf der befragten FÄ. Sechs der FÄ gaben an, dass die Jugendlichen in ihrer Praxis keinen Bedarf gehabt hätten und/oder eigenständig zu einem*einer Erwachsenenmediziner*in gewechselt seien:

„... der Rest hatte sich häufig dann auch schon selber gekümmert.“ (Interview 11)

Als ein Grund für den fehlenden Bedarf wurde u. a. das für einen Transfer zu niedrige Alter der eigenen Patient*innen genannt:

„Also ich habe sehr, sehr, sehr viele AOK-Patienten, aber die sind eben noch ein bisschen kleiner gewesen. Jetzt wachsen die ja gerade ins ältere Alter. Jetzt würde es vielleicht auch ein bisschen besser laufen, ist das Programm beendet.“ (Interview 9)

Auch die nicht ausreichende Anzahl an einschlussfähigen Patient*innen wurde von den FÄ als ein Faktor angeführt. Sowohl die Eingrenzung auf chronische Erkrankungen, als auch die Einschränkung, dass nur Patient*innen, die bei der AOKN versichert waren, eingeschlossen werden konnten, schienen hierbei eine Reduzierung des einschlussfähigen Patientenkollektivs darzustellen:

„Das war jetzt nicht also nicht die Masse, weil ich nicht so viel hatte. Aber die AOK-versichert waren“ (Interview 6)

Zudem erwähnten drei FÄ, dass sie das Programm nie richtig in ihrer Praxis implementiert hätten bzw. dass es im Praxisalltag untergegangen wäre:

„Aber dann ist es halt auch so, dann hat man wieder vergessen, dass es Trio gibt. Dann hat man vergessen, dass man das irgendwie separat hätte honorieren können und dann will man da auch nicht hinterhertelefonieren und noch irgendwelche Anmeldungen, Unterschriften, sonst irgendwas wohin. Also es ist dann auch bei uns letztlich stiefmütterlich behandelt worden.“ (Interview 10)

In Bezug auf die Implementierung in den Praxisalltag wurde auch angemerkt, dass keine aktive Ansprache von einschlussfähigen Patient*innen in Bezug auf die Transition in der Praxis stattgefunden habe, sondern die Jugendlichen von sich aus auf den*die FÄ zukommen mussten:

„Aber wenn wir nicht aktiv aufgesucht wurden, dann hatten wir auch nicht die Idee sozusagen, dass eine Transition notwendig ist. Das heißt, wir haben das nicht aktiv sozusagen von uns aus in der Patientenkartei gesucht, sondern haben dann nur die Patienten, die von sich aus auf uns zu kamen und gesagt haben: Ja, Mensch, wie soll denn das jetzt weitergehen? Denen haben wir dann konnten wir dann damit helfen.“ (Interview 12)

Auch Zeitfaktoren wurden als Grund für die ausbleibende Rekrutierung von Jugendlichen genannt. Die FÄ geben an, dass sie andere Aufgaben ausführen mussten und aus diesem Grund keine Zeit für die Rekrutierung hatten bzw. nicht daran gedacht hätten. Hierbei scheint es einen Zusammenhang zwischen Zeitfaktoren und Implementierung in den Praxisalltag zu geben:

„aber letztendlich haben wir es dann doch nicht genutzt, wie wir es hätten nutzen können. Wir hätten die Patienten dafür natürlich gehabt. Ja, vielleicht auch, weil es dann mal wieder in Vergessenheit gerät, oder weil man dann wieder 1.000 andere Dinge hat und so was dann wieder nicht so präsent ist“ (Interview 8)

Des Weiteren gab ein*e FÄ an, das er*sie nicht gewusst habe, wie er den Jugendlichen den Vorteil einer Teilnahme verdeutlichen solle:

„Ich konnte sie nicht davon überzeugen, warum sie sich einschreiben sollen, beziehungsweise haben mir auch die richtigen Argumente gefehlt.“ (Interview 3)

Tabelle 4: Ausbleibende Rekrutierung (n=11)

	N
Kein Bedarf der Jugendlichen/eigenständiger Wechsel	6

Nicht ausreichend/keine einschussfähigen Patient*innen (u. a. nicht AOKN versichert, zu jung)	5
Vergessen/Programm nie richtig in der Praxis implementiert	3
Zeitfaktoren/andere (wichtigere) Aufgaben	2
Kein Vorteil für die Patient*innen vermittelbar	1

Projektspezifische Hürden und Barrieren

Ein wichtiger Teil des Interviews war die Identifikation von Hürden und Barrieren, die aus Sicht der FÄ im Zuge ihrer Teilnahme an AOKTrio auftraten (siehe Tabelle 5). Elf der teilnehmenden FÄ nannten diesbezügliche Aspekte, ein*e FÄ konnte sich nicht erinnern und ein*e FÄ machte keine negativen Erfahrungen.

In Bezug auf den Informationsfluss und die Organisation wurden verschiedene Hürden genannt. So geben drei FÄ an, dass sie sich uninformiert fühlten und ihnen nicht klar gewesen sei, wie das Programm in der Praxis ablaufen sollte:

„Und ich fand das wenig durchsichtig, wie das Ganze funktioniert. Und wir haben es überhaupt nicht genutzt.“ (Interview 13)

Das Fehlen direkter Ansprechpartner*innen auf Seiten der AOKN wurde von drei FÄ kritisiert. Es wurde angegeben, dass lediglich die Außendienstmitarbeiter*innen bei Fragen kontaktiert werden konnten, diese jedoch zu wenig informiert über das Programm gewesen seien und wenig Präsenz gezeigt hätten:

„Das hat sich aber leider völlig verändert, sodass es eigentlich nur noch eine Ausgliederung ist über Außendienstmitarbeiter, die ja, sagen wir mal gelinde gesagt unterstützen können, aber die auch überhaupt gar keine Ahnung von dem ganzen Kram haben. Wenn man dann fragt, dann ja, da muss ich noch mal nachfragen. Und da ist mir die Zeit dann auch zu schade. [...] eigentlich habe ich mich ja auch von der AOK alleingelassen gefühlt. Also wenn ich irgendwelche Fragen hatte, natürlich gab es da hier Außendienstmitarbeiterin. Ich glaube, die gibt es auch gar nicht mehr, weil die schon jetzt seit einem Jahr nicht mehr gemeldet hat. Vielleicht auch wegen Corona? Und da muss man sagen, da, wenn man Rückfrage hält, da läuft nichts.“ (Interview 9)

Zudem wurde negativ angemerkt, dass Informationen und Unterlagen nicht von der AOKN an die FÄ übermittelt wurden, sondern selbst beschafft werden mussten. Laut eine*r FÄ mussten die Unterlagen aus dem Portal der Kassenärztlichen Vereinigung heruntergeladen werden, dies stellte sich nach Ansicht der*des FÄ schwierig dar:

„Natürlich haben wir die ganzen Dinge runtergeladen aus dem Netz. Das war ja auch nicht so einfach, da ranzukommen. Es ging alles nur über das KV-Portal, das ist immer nicht so einfach. Man hat keine Unterlagen bekommen, man musste sie alle einzeln ausdrucken.“ (Interview 1)

In diesem Zusammenhang wurde auch wieder Bezug auf den fehlenden persönlichen Kontakt genommen:

„Also wir hatten im Prinzip auch überhaupt keinen persönlichen Zugang zum AOKTrio-Programm, weil wir das alles so schriftlich erfahren haben, das gibt es jetzt und hier gibt es Flyer zum Runterladen. Und das kann man sich alles durchlesen. Aber dass man im Prinzip mal ein persönliches Gespräch darüber gehabt hat, hätte vorher, das wäre, glaube ich, gut gewesen.“ (Interview 1)

Als weitere Hürde wurden die Abläufe innerhalb der AOKN genannt. Zwei FÄ waren der Ansicht, dass das Programm und die notwendigen Strukturen nicht bzw. zu spät innerhalb der AOKN implementiert gewesen seien:

„Also am Anfang war es ein bisschen, also unstrukturiert, ohne das böse zu meinen. So richtig wusste die linke Hand nicht, was die Rechte tut. [...] Also vom Ablauf her. Das ist gar nicht böse, war aber zu erwarten, dass es bürokratisch nicht so funktioniert. Einfach, weil nicht genug implementiert im AOK-System oder wie auch immer.“ (Interview 11)

Zudem merkte ein*e FÄ an, dass er*sie erst nach mehreren Monaten einen Testzugang für den Online-Coach von der AOKN erhalten habe:

„und genau, das war ja auch das Problem, dass wir erst nach der Hälfte der Zeit im Prinzip überhaupt einen Testzugang bekommen hatten, dass wir es uns mal selber angucken konnten. Nachdem wir mehrmals dann nachgefragt haben, wir wissen überhaupt nicht, was wir den Jugendlichen hier empfehlen.“ (Interview 1)

Auch in Bezug auf die Ausgestaltung von AOKTrio werden Hürden und Barrieren genannt. So geben sieben der befragten FÄ an, dass der bürokratische Aufwand zu hoch gewesen sei:

„Ja, das ist ja in dem AOKTrio so, da kriegt man irgendwie 100 Euro oder irgendwie sowas. Das ist ja primär schon mal nicht schlecht. Aber die Hürden, bürokratisch auf der anderen Seite waren mir zu hoch.“ (Interview 4)

Zudem werden die Zeitvorgaben, die für die einzelnen Module von AOKTrio vorgegeben waren, kritisiert. Die angegebenen Zeiten seien zu lang und nicht praxistauglich gewesen:

„Und da ist natürlich so ein langes Programm, wenn da steht, eine halbe Stunde Gespräch zwischen Facharzt und Hausarzt / Dann denkt wahrscheinlich ein Dermatologe von Wolfsburg sich: „Ich rede nicht eine halbe Stunde jetzt mit Frau [...] über einen Neurodermitis-Patienten. Wann soll ich das machen? Und nachts um 12 will sie nicht mehr und ich nicht mehr“. Also ich denke, dass das vielleicht auch dazu beigetragen hat, diese Zeitvorgaben. Eine halbe Stunde ist erheblich viel für einen niedergelassenen Arzt.“ (Interview 3)

Ein*e FÄ war der Meinung, dass der Nutzen für die Patient*innen nicht genug herausgestellt wurde. Er*sie merkte an, dass den Patient*innen der Vorteil einer Teilnahme nicht vermittelt werden konnte:

„Das hat AOKTrio, meine ich, noch nicht so richtig / Zumindest noch nicht so richtig rüber gebracht: Welchen Vorteil hat der Patient?“ (Interview 3)

Auch die Form der Bereitstellung der Informationsmaterialien für die Jugendlichen und der Zugang wurden von einem*einer FÄ als falsche Wahl angesehen. Er*sie war der Meinung, dass die Information und Kommunikation der Jugendlichen über das Smartphone erfolgen müsse, da es sonst nicht wahrgenommen werde:

„Da muss man Jugendliche besser ansprechen. Das hat, glaube ich, AOKTrio auch nicht so gemacht. Die Jugend da so auf den, ja / Auf den Sender der Jugendlichen sozusagen zu kommen. [...] Man kann sie, glaube ich, digital gut ansprechen, wenn man die Erfahrung, dass die Jugendlichen wenig irgendwelche Flyers und Papers noch lesen / Es muss alles auf dem Handy stehen, dann wird es gelesen.“ (Interview 3)

Als weitere Hürde erwies sich, dass der Online-Coach nur in deutscher Sprache verfügbar ist. Aus diesem Grund konnten Patient*innen, die keine bzw. nicht ausreichende Deutschkenntnisse aufweisen, den online-Coach nicht nutzen und somit keine Informationen über den Umgang mit ihrer Erkrankung und die Transition auf diesem Wege erlangen:

„Die war fremdsprachig, war erst vor zwei Jahren nach Deutschland gekommen. D.h. die konnte mit diesen ganzen Webinaren nichts anfangen.“ (Interview 1)

Zudem kritisierte eine*r der FÄ, dass das Programm nicht präsent genug gewesen sei und Artikel in Fachzeitschriften über AOKTrio mehrere Jahre zurückliegen würden:

„Wenn man es googelt, kriegt man ja eigentlich, ich sage mal so ein paar Informationen über den Online-Coach, über das Programm selber. Und dann kommen schon Beiträge, die drei vier Jahre älter sind, [...]. Ja, und dann hört es aber auch schon auf.“ (Interview 5)

Tabelle 5: Projektspezifische Hürden und Barrieren (n=11)

Informationsfluss und Organisation	N
Uninformiertheit/Unklarheit, wie das Programm in der Praxis abläuft	3
Keine direkten Ansprechpartner*innen bei der AOK/kein persönlicher Zugang	3
Unterlagen/Informationen mussten selbst beschafft/gesucht werden	2
Fehlende Strukturiertheit des Programms innerhalb der AOK	2
Testzugang zum Online-Coach erst nach langer Zeit	1
Ausgestaltung	N
Bürokratischer Aufwand	7
In der Praxis nicht umsetzbar/Zeitvorgaben nicht praxistauglich	3
Falsche Ansprache der Jugendlichen (falscher Kanal)	1
Kein Vorteil für die Patient*innen benannt	1
Angebot nur in deutscher Sprache verfügbar	1
Präsenz von AOKTrio/Bekanntheitsgrad gering	1

Allgemeine Hürden

Einige FÄ nannten im Zuge der Interviews auch allgemeine Hürden (siehe Tabelle 6). So wurde das Fehlen direkte*r Ansprechpartner*innen innerhalb der AOKN als negativ für die Versorgung der Patient*innen angesehen. Es bestehe für die Patient*innen lediglich die Möglichkeit, eine Hotline der AOKN anzurufen:

„Selbst die Ansprechpartner, das ist aber nun auch bei der [...] so, die weg sind. Also wenn jetzt ein Patient eine Frage hat, dann haben die also jetzt eine zentrale Anlaufstelle und keinen richtigen Ansprechpartner mehr. Das finde ich sehr unpersönlich und das ist auch für die Versorgung der Patienten nicht gut.“ (Interview 9)

Als weiterer hinderlicher Aspekt wurde angemerkt, dass das ärztliche Netzwerk ungenügend sei und die Umsetzung von AOKTrio eher daran gescheitert sei:

„eher ein Netzwerkproblem, als dass der Selektivvertrag an sich gescheitert ist“ (Interview 4)

Selektivverträge im Allgemeinen wurden von vier der befragten FÄ eher kritisch angesehen. So kritisierten zwei FÄ die Einschränkung, dass nur Versicherte der Kasse, mit der der Vertrag geschlossen wurde, an den jeweiligen Programmen teilnehmen könnten. Ein weitere*r FÄ gab an, dass er und seine Mitarbeiter*innen aufgrund der Vielzahl an Selektivverträgen ermüdet seien. Im Fokus hierbei stehe der bürokratische Aufwand und die damit verbundenen Kosten:

„Da ist eine Ermüdung, die da eingetreten ist, dass man da jetzt, um wieder eine Leistung zu erbringen oder auch vergütet zu bekommen, wieder so viel Aufwand hat, dass man sich manchmal fragt: „Lohnt sich das jetzt wirklich, oder bin ich da jetzt nicht genauso gut wie: Ich nehme den Telefonhörer in die Hand und dann ist

es fertig". Ich glaube, das macht uns das Leben hier schwer, diese bürokratischen Aufwände, die unheimlich viel Personal kosten, mittlerweile." (Interview 8)

Des Weiteren war ein*e FÄ der Meinung, dass Selektivverträge im Allgemeinen mit mehr Aufwand als Nutzen für die Praxen verbunden seien:

„Ja, also von daher, ich denke, diese ganzen Verträge so nebenher sind vielleicht interessant, aber Krankenkassen sind natürlich auch Wirtschaftsunternehmen, die dann gucken, wo das Geld bleibt und das holen sie irgendwo. Also es ist, wie gesagt, ein Geben und Nehmen und für uns eigentlich mehr ein Geben als ein Nehmen.“ (Interview 9)

Tabelle 6: Allgemeine Hürden und Barrieren (n=6)

	N
Keine direkten Ansprechpartner für Ärzt*innen und Versicherte bei der AOK/nur zentrale Stelle	2
Netzwerkproblem zwischen abgebenden und aufnehmenden Ärzt*innen	2
Selektivverträge nicht für Versicherte aller Krankenkassen offen	2
Ermüdung in Bezug auf die Vielzahl an Selektivverträgen und die verschiedenen Einschlusskriterien und Auflagen	1
Negative Einstellung ggü. Selektivverträgen allgemein	1

Wünsche an zukünftige Transitionsprogramme

Auf die Frage, wie ein zukünftiges Transitionsprogramm ausgestaltet sein sollte, damit es für die FÄ hilfreich ist und umgesetzt wird, antworteten zwölf der befragten FÄ. Wichtig scheint den FÄ in Bezug auf ein zukünftiges Programm die finanzielle Attraktivität zu sein:

„Ich fürchte, Geld zieht immer.“ (Interview 4)

Für Leistungen, die im Rahmen des Programmes erbracht werden, sollte es nach Ansicht der FÄ eine extrabudgetäre Vergütung geben oder unabhängig von einem Programm eine Abrechnungsziffer im Rahmen der Regelversorgung:

„Und wenn das honoriert wird, dass der sich mindestens eine halbe Stunde hinsetzt und mit dem Kind genau darüber spricht. Und das ist natürlich so eine Versorgung einfach wert, das denke ich schon. Sonst muss der G-BA ja eine Ziffer einführen, dafür. Das wäre auch sinnvoll.“ (Interview 7)

Zudem wünschten sich die FÄ für zukünftige Programm einen strukturierten Einstieg. Als Möglichkeiten hierfür werden Teamschulungen in der Praxis sowie die Bereitstellung von Informationen durch die Krankenkasse genannt:

„...viel wichtiger ist, ist genau, dass ein oder zwei MFAs wirklich kurz geschult werden, dass da jemand kommt und sagt „Hier, so und so, und das geht eigentlich viel schneller als ihr das jetzt denkt, macht euch da keine Sorgen“. Und man vielleicht auch mal die ersten Verträge telefonisch zusammen macht.“ (Interview 9)

Darüber hinaus gaben die FÄ an, dass Hilfestellung von der Krankenkasse bei Problemen oder Fragen hilfreich sei. In diesem Zusammenhang wird angemerkt, dass Ansprechpartner*innen für das Programm wünschenswert seien, um bei Fragen direkt die richtige Person anzurufen:

„..., aber es wäre vielleicht sinnvoll, wenn man für das Programm auch die Möglichkeit, über eine Hotline manche Dinge mit einem Ansprechpartner klären zu

können. [...] ich glaube, das wäre für unsere MFAs manchmal auch nicht verkehrt, wenn die dann in so einem Bereich, was das hier angeht, einen Ansprechpartner haben, der nur dafür zuständig ist und der vielleicht auch mal weiterhelfen kann, wenn es um solche bürokratischen Hürden geht.“ (Interview 8)

Ein weiteres wichtiges Kriterium für ein attraktives Transitionsprogramm war aus Sicht der befragten FÄ ein Programm, welches niedrighschwellig im Zugang und praktisch in der Umsetzung sei. Die FÄ wünschen sich, dass das Programm einfach in der Praxis implementiert werde und ohne großen Aufwand liefere:

„Deswegen wäre es tatsächlich einfacher, wenn das alles noch ein bisschen komprimierter wäre, mit nicht so ganz vielen einzelnen Schritten. Sondern mit einem oder zwei Schritten maximal und dann bleibt das für alle Beteiligten auch einfach. Aber das hat natürlich immer zwei Seiten und Nachteile für die Krankenkasse, das ist schon klar.“ (Interview 8)

Ein weiterer Vorschlag, der von den FÄ in diesem Zusammenhang eingebracht wurde, ist die Implementierung von IT-Lösungen, anhand derer die Praxis darauf aufmerksam gemacht würde, dass der*die gerade vorstellige Patient*in potentiell einschussfähig für ein Programm wäre:

„Das wäre für solche Programme natürlich auch gut, wenn das automatisch laufen würde, dass man, wenn man sich einschreibt, automatisch den Hinweis kriegt: „Dieser Patient ist AOKTrio geeignet, bitte denken Sie doch dran“. Dass so was aufblinkt. Das sind einfach Dinge, die gehen sonst unter.“ (Interview 8)

In Bezug auf die Krankenkassen wünschten sich die FÄ, dass alle Jugendlichen, die einen Bedarf an einem Transitionsprogramm haben, eingeschrieben werden könnten und es keine Einschränkung auf eine Krankenkasse gäbe:

„Na ja, das, also natürlich mit der Krankenkassen-Auswahl auch nur bestimmte Patienten infrage kommen. Dass ich das nicht jedem Patienten anbieten kann. Wenn ich ein Programm für Transition nutze, dann würde ich das gerne benutzen können, ohne darüber nachzudenken, welcher Patient das jetzt ist, den ich da vor mir habe. (Interview 13)“

Zudem sollte die Abrechnung der erbrachten Leistungen, wie im Rahmen von AOKTrio, über die AOKN erfolgen. Einem Zwischenschritt bei der Abrechnung, z. B. über den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, steht ein*e FÄ eher negativ gegenüber:

„weil, wenn das Ding zum Beispiel den Berufsverband läuft, also BVKJ und das dann über die Abrechnung läuft, mache ich da nicht mehr mit. (Interview 9)“

Als weiteren wichtigen Faktor für das Gelingen eines Transitionsprogrammes sahen die FÄ eine gute Kommunikation zwischen den Ärzt*innen an. In diesem Zusammenhang wurde auch die Implementierung eines Vermittlers zwischen Pädiater*innen und Erwachsenenmediziner*innen vorgeschlagen. Auch eine stärkere Bewerbung von Programmen in geeigneten Medien wie beispielsweise medizinischen Fachzeitschriften wäre aus Perspektive von zwei FÄ wünschenswert, um die Präsenz eines potentiellen Programms innerhalb der Ärzteschaft zu stärken.

Tabelle 7: Wünsche an zukünftige Transitionsprogramme (n=12)

	N
Finanzielle Attraktivität für Praxen/Extrabudgetäre Vergütung des Mehraufwandes	5
Strukturierter Einstieg: Vorabinformation/Teamschulung	3

Hilfestellung von der Krankenkasse/Ansprechpartner*in direkt für das Programm	2
IT-Lösungen zur Erinnerung an Einschreibung von Patient*innen	2
Bewerbung des Programms in Verbands-/Fachzeitschriften o. ä.	2
Niedrigschwellig im Zugang und praktisch in der Umsetzung	2
Selektivvertrag/Programm für Versicherte aller Kassen offen	2
Case Manager für (digitale) Kommunikation mit den Jugendlichen	2
Kommunikation zwischen den Ärzt*innen stärken	2
Implementierung eines Vermittlers zwischen Pädiater*innen und Fachärzt*innen	1
Abrechnung direkt mit der AOK (nicht über z. B. BVKJ)	1
Zugang über die Krankenkasse (Krankenkassen rekrutieren potentielle Teilnehmende)	1
Fragebogen für Jugendliche zur Vorbereitung auf Transitionsgespräche	1

Ein weiterer Vorschlag war die Implementierung eines*einer Case Manager*in, der*die sich um die Kommunikation mit den Jugendlichen kümmert. Es wurde diesbezüglich angemerkt, dass eine Kommunikation zwischen Case Manager*in und Jugendlichen über WhatsApp optimal sei. Zudem nannte ein*e FÄ die Bereitstellung eines Fragebogens, anhand dessen sich die Jugendlichen auf Transitionsgespräche vorbereiten könnten, als potentiell hilfreiches Element eines zukünftigen Transitionsprogrammes.

Hinsichtlich der Rekrutierung der Jugendlichen für ein zukünftiges Transitionsprogramm schlug ein* FÄ de Zugang über die Krankenkasse vor:

„Wie gesagt, ich fände es noch besser, wenn die Jugendlichen sozusagen angeschrieben würden und dann auch noch auf die Ärzte zukommen, damit das im Alltag im Praxisalltag nicht runterfällt. Weil das ja eigentlich im Interesse der Familien ist, vor allem diese Transitionen durchzuführen und gut durchzuführen. Und das sicherlich bei den Kinder- und Jugendärzten manchmal halt hinten ansteht, wenn viel zu tun ist.“ (Interview 12)

Weitere Verbesserungspotentiale bzgl. der Transition

Im Rahmen der Interviews nannten die teilnehmenden FÄ auch eine Vielzahl an Verbesserungspotentialen, die sich nicht direkt auf ein Programm bzw. einen Selektivvertrag beziehen, sondern die Transition im Allgemeinen betreffen (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Weitere Verbesserungspotentiale bzgl. der Transition (n=10)

Ärztliches Netzwerk	Jugendliche	Allgemeine Bedingungen
- Verbessertes Netzwerk	- Einbeziehung und Aufklärung der Eltern	- Ansprechpartner für Jugendliche (Case Manager*in/ Sozialarbeiter*in)
- Verbesserte Kommunikationsstruktur	- Darstellung des Nutzens einer gezielten Transition (ggf. durch die Krankenkasse)	- Längere Übergangsphase/Zwischenschritt (kein Cut mit 18)
- Gemeinsame Kongresse		- Einführung einer Abrechnungsziffer für Transition
- Gemeinsame Qualitätszirkel		
- Gemeinsame Übergangssprechstunde		

- | | | |
|--|---|--|
| | - Finanzielle Anreize/Bonusprogramm für Jugendliche | |
|--|---|--|

Fast alle FÄ waren der Meinung, dass das ärztliche Netzwerk verbessert werden müsse. Hier zeigte sich jedoch ein Unterschied hinsichtlich des Praxisstandortes. Während FÄ in Mittelstädten (n=2) eher zufrieden waren, waren FÄ in Landgemeinden und Kleinstädten sowie Großstädten weniger zufrieden². In Bezug auf die Vernetzung wurde von einem Teil der FÄ angemerkt, dass die Kinder- und Jugendmediziner*innen untereinander gut vernetzt seien, aber der Austausch mit den Erwachsenenmediziner*innen fehle:

„Ich glaube, manchmal wäre die Vernetzung zwischen uns Ärzten sowieso auch noch ein Thema, ich glaube, dass das noch verbesserungswürdig ist. Wir Kinderärzte untereinander sind ganz gut vernetzt, aber ich glaube, auch gerade hausärztlicher und kinderärztlicher Bereich, da spreche ich für alle Kollegen, ist nicht immer ganz bündig.“ (Interview 8)

Ein Großteil der FÄ wünschte sich zudem eine verbesserte Kommunikationsstruktur, um die Transition besser koordinieren zu können. Als konkrete Beispiele für eine Verbesserung des Netzwerkes wurden gemeinsame Kongresse, gemeinsame Qualitätszirkel sowie eine gemeinsame Übergangssprechstunde genannt. In diesem Zusammenhang wurde angemerkt, dass Kongresse oft getrennt stattfänden. Als positives Beispiel wird angeführt, dass die Kongresse der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP) und der Deutschen Pneumologie Gesellschaft (DPG) alle vier Jahre gemeinsam stattfänden:

„zum Beispiel unsere GPP, unsere Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie macht einmal im Jahr einen Kongress, genauso wie die deutsche Erwachsenenpneumologiegesellschaft, aber alle vier Jahre ist der Kongress gemeinsam. Zur gleichen Zeit in der gleichen Örtlichkeit.“ (Interview 4)

In Bezug auf ihre Patient*innen merkten die FÄ an, dass eine Einbeziehung der Eltern bei der Transition von Vorteil sein könnte. Im Fokus sollte die Aufklärung der Eltern stehen, hierbei sollte es speziell um die Darstellung des Nutzens einer gezielten Transition gehen. Ein*e FÄ schlug vor, dass die Aufklärung über die Krankenkassen erfolgen könne. Zudem nannte ein*e FÄ, dass finanzielle Anreize wie beispielsweise ein Bonusprogramm dazu beitragen könnten, dass die Jugendlichen eine gezielte Transition durchliefen.:

„Also das hatten wir ja gesagt, dass dann vielleicht man auch über die Patienten arbeiten kann, dass die da auch einen Benefit von haben. Es gibt ja so viele Bonusprogramme von den Krankenkassen für alles Mögliche. Vielleicht wäre das ja auch eine Möglichkeit.“ (Interview 2)

Übergreifend merkten zwei FÄ an, dass ein*e direkte*r Ansprechpartner*in während der Transition für die Jugendlichen hilfreich sein könnte. Ein*e FÄ schlägt ein*n Case Manager*in vor, der*die andere FÄ nennt als Beispiel Sozialarbeiter*innen, welche auch in Bezug auf andere Aspekte, die mit dem Erwachsenwerden einhergehen, beraten könnten. Als weiterer Vorschlag wird eine Verlängerung der Übergangsphase genannt, sodass die Jugendlichen nicht mit 18 Jahren zu dem*der Erwachsenenmediziner*in wechseln müssten.

² Landgemeinde unter 5.000 Einwohner*innen, Kleinstadt 5.000-20.000 Einwohner*innen, Mittelstadt 20.000-50.000 Einwohner*innen, Großstadt über 50.000 Einwohner*innen.

Einige der befragten FÄ nannten die Einführung einer Abrechnungsziffer als sinnvolle Verbesserung:

„Und wenn das honoriert wird, dass der sich mindestens eine halbe Stunde hinsetzt und mit dem Kind genau darüber spricht. Und das ist natürlich so eine Versorgung einfach wert, das denke ich schon. Sonst muss der G-BA ja eine Ziffer einführen, dafür. Das wäre auch sinnvoll.“ (Interview 7)

Eine Ziffer zum Abrechnen von Transitionsleistungen sei im Praxisalltag einfacher zu implementieren als ein Transitionsprogramm:

„Und dann ist es schade, wenn so viele Termine oder so viele Fakten abgearbeitet werden müssen, um das Programm zu erfüllen. Mir wäre da ein offeneres Szenario lieber, in dem einfach ähnlich wie hier eine Gesprächsziffer angesetzt wird, die die Ziffer zur Transition des Patienten und dann kann ich die ein- bis dreimal, je nachdem wie oft ich sie brauche, oder so ähnlich nutzen.“ (Interview 13)

Perspektive der Jugendlichen aus Sicht der Ärzt*innen

Ziel war es die Ergebnisse der qualitativen Interviews mit den Jugendlichen und den Ärzt*innen gegenüberzustellen, um beide Perspektiven abbilden zu können. Jedoch konnten, wie oben beschrieben, keine Jugendlichen rekrutiert werden. Aus diesem Grund wurde im Zuge der qualitativen Analyse beim wiederholten Lesen der Transkripte auch eine Kategorie für die Perspektive der Jugendlichen aufgenommen. Dieser Kategorie wurden Aussagen der FÄ bezüglich der Ansicht der Jugendlichen zugeordnet.

Ein*e FÄ beschrieb, dass der Online-Coach nicht von der Zielgruppe angenommen wurde, da die Jugendlichen kein Interesse an einem solchen Format hätten. Nach Aussage des*der Ärzt*in hätten die Jugendlichen an AOKTrio überhaupt nur aus Verbundenheit zu ihm*ihr teilgenommen:

„Und andere Patienten, die da noch waren, ich glaube, die haben das unterschrieben und haben da aber einfach sich die Webinare nicht angeguckt, weil sie gesagt haben: So einen Online-Quatsch brauchen sie eh nicht. Haben sozusagen mir zuliebe das unterschrieben, haben sie gesagt [...] es interessiert die Jugendlichen einfach nicht. Die wollen sich nicht hinsetzen und ein Webinar da drüber machen, das ist es einfach. Und für uns war es eben auch schwer zu vermitteln, was nützen ihnen die Webinare, weil da sind im Prinzip keine /, ja, den Nutzen konnten wir ihnen auch nicht klarmachen tatsächlich.“ (Interview 1)

Ein*e weitere FÄ gab an, dass den Patient*innen der Grund sowie der Vorteil einer Teilnahme an AOKTrio nicht klar gewesen sei:

„Aber ich glaube, den Patienten ist wenig klar gewesen, wofür sie das machen oder was ihnen das eben für Vorteile bringt.“ (Interview 3)

Wohingegen ein*e andere*r FÄ der Meinung war, dass AOKTrio für die Jugendlichen ein hilfreiches Angebot gewesen sei. Er*sie stellte den persönlichen Kontakt sowie den Online-Coach als positives Element für die Jugendlichen dar. Zudem wurde angegeben, dass ein Transfer mit den Elementen von AOKTrio hilfreicher sei als eine Überweisung an den*die weiterbehandelnde*n FÄ, die lediglich die Übergabe von Unterlagen an den*die Patient*in beinhaltet:

„Also ich denke, das ist definitiv schon hilfreich gewesen für diese Patienten, wo man es dann auch so gemacht hat und denen eben nicht nur die Akten in die Hand gedrückt hat.“ (Interview 8)

Zwei weitere FÄ gingen darauf ein, dass die Jugendlichen keinen Bedarf gehabt hätten. In einer Praxis gaben die Jugendlichen laut FÄ an, dass sie schon wissen, wohin sie wechseln werden und keine Hilfe bräuchten:

„Die einen hatten sich schon selber gekümmert, haben gesagt: Wir wissen, wo wir hingehen wollen. Das wird die Praxis, in die wir gehen, weil bei uns im Dorf gibt es eh keine andere, oder eben im näheren Umkreis.“ (Interview 1)

Der*die andere FÄ gab an, dass die Jugendlichen, die theoretisch im richtigen Alter für die Transition wären und einen Bedarf hätten, nicht der Meinung seien, dass sie ein solches Programm bzw. Hilfe bei der Transition benötigen, da es ihnen gut gehe:

„Und da ist das, das ist halt schwierig mit Jugendlichen. Mir geht es gut, ich habe nichts, dann muss ich da nicht hin.“ (Interview 11)

3.4 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Da es sich bei den Ergebnissen um subjektive Einschätzungen der befragten FÄ handelt, sind die Aussagen nicht immer vollständig konsistent. Dies wird nachfolgend an den entsprechenden Stellen benannt.

Insgesamt maßen die befragten FÄ der Transition eine hohe Relevanz bei. Dies galt explizit für Patient*innen mit schwerwiegenden chronischen Erkrankungen. Für diese Gruppe sahen die FÄ die Weiterleitung an den*die Erwachsenenmediziner*in für alle Patient*innen als erforderlich an. Die kontinuierliche Behandlung muss hier gewährleistet sein. Die Relevanz der Transition von chronisch kranken Jugendlichen spiegelt sich auch in der Entwicklung einer Leitlinie zur Transition wider, welche im Jahr 2021 veröffentlicht wurde [22]. Laut der befragten FÄ gehe die Transition in der Praxis jedoch häufig mit Schwierigkeiten einher. Studien zeigen, dass bis zu 40 % der Jugendlichen mit einem speziellen Behandlungsbedarf den Kontakt zur spezialisierten Versorgung verlieren [23]. Auch in der Literatur werden verschiedene Barrieren auf Seiten der Ärzt*innen, der Jugendlichen sowie hinsichtlich der Struktur beschrieben [23-25]. Im Rahmen der Interviews wurde in diesem Zusammenhang vor allem das ärztliche Netzwerk kritisiert, das nur unvollständig funktioniert, während in der Literatur die Einstellung bzw. der psychische Zustand sowie das soziale Umfeld der Jugendlichen im Fokus stehen [26, 27]. Aus Perspektive der befragten FÄ sind Maßnahmen zur Verbesserung der Transition erforderlich. AOKTrio sollte an dieser Stelle anknüpfen. Ziel war es, den Transitionsprozess zu strukturieren und somit die Behandlungskontinuität bei jugendlichen Patient*innen während der Transitionsphase sicherzustellen. 105 Ärzt*innen nahmen an AOKTrio teil, allerdings wurden lediglich 25 Jugendliche in das Programm eingeschrieben, sodass nur in wenigen Praxen überhaupt Erfahrung mit der Umsetzung der einzelnen Module gesammelt werden konnte.

Insgesamt wurde AOKTrio aus Sicht der FÄ eher negativ bewertet. Hierbei wurden besonders der Informationsfluss und die Organisation sowie die Ausgestaltung von AOKTrio kritisch beurteilt. Bei der Rekrutierung wurde im Rahmen der Interviews betont, dass die in der jeweiligen Praxis behandelten Jugendlichen entweder nicht den Einschlusskriterien entsprachen oder keinen Bedarf gehabt hätten, da sie beispielsweise zu jung waren oder keinen speziellen Unterstützungsbedarf aufwiesen. Im Zuge der Planung des Projektes wurde anhand der Sekundärdaten der AOKN das potentiell einschussfähige Patientenkollektiv ermittelt, welches, nach Ausweitung der Diagnosen, eine Anzahl von ca. 37.000 Jugendlichen, die den Einschlusskriterien entsprachen, über den gesamten Rekrutierungszeitraum ergab. Dabei wurde ein Mindestalter von 14 Jahren festgelegt, während sich in der Literatur zwar keine konkrete Altersangabe findet, ab der eine Transition indiziert ist, in der Regel werde sie aber ab 16 Jahren vollzogen [26]. Von den 37.000 als potentiell einschussfähigen Versicherten hatte mutmaßlich ein Teil

aufgrund eines zu jungen Alters keinen Bedarf, ein weiterer Teil wies gegebenenfalls keinen speziellen Unterstützungsbedarf auf. Es verbleibt ein substantieller Teil, welcher vermutlich einen Bedarf gehabt hätte. So zeigte eine vor der Antragstellung durchgeführte Analyse, dass es unter den chronisch erkrankten Jugendlichen beim Übergang in das Erwachsenenalter zu Behandlungsbrüchen kam.

Ein weiterer Kritikpunkt war aus Sicht der befragten FÄ der Zugang zu den Patient*innen. Es wurde einerseits kritisiert, dass im Rahmen von AOKTrio der persönliche Kontakt aufgrund der Informationsvermittlung über den Online-Coach fehle und Case Manager*innen geeigneter wären. Andererseits wurde angemerkt, dass für eine stärkere Nutzung der Zugang über eine App für das Smartphone geeigneter gewesen wäre. Eine in den USA durchgeführte Befragung zeigte, dass 90 % der Jugendlichen online nach Gesundheitsinformationen recherchieren. 75 % nutzen hierzu Blogs, Podcasts und Videos, 38 % nutzen Apps und 32 % nutzen digitale Tools, um mit Ärzt*innen zu telefonieren oder zu chatten [27]. Eine digitale Lösung scheint demnach der Zielgruppe angemessen.

Die FÄ nannten verschiedene Hürden und Barrieren, die mit AOKTrio im Praxisalltag einhergingen, diese bezogen sich auf den Informationsfluss und die Organisation sowie die Ausgestaltung des Programms. Zudem wurden allgemeine Hürden genannt. Ein Fokus der Kritik lag auf der Bereitstellung der Informationen. Den FÄ wurden zu Beginn des Programms Informationen im Sinne eines Starterpakets zur Verfügung gestellt, weitere Informationsmaterialien (u. a. Schreibtischunterlage, Klebezettel) wurden erst im Laufe des Projektes entwickelt und standen daher erst später zur Verfügung. Insgesamt fühlten sich die FÄ nicht hinreichend über das Programm und den Ablauf informiert. Zudem fehlten den FÄ direkte Ansprechpartner*innen. Tatsächlich hatten die FÄ laut AOKN die Möglichkeit, die Arztpartnerberater*innen zu kontaktieren, nach Angabe der FÄ waren diese aber zu wenig über AOKTrio informiert. Gegebenenfalls erfolgte die Schulung der Arztpartnerberater*innen verzögert. Ein weiterer von vielen der befragten FÄ kritizierter Faktor ist der bürokratische Aufwand, der mit dem Projekt verbunden war. Hier werden vor allem die Prüfung der Einschlusskriterien, das Drucken der Unterlagen, die formalen Vorgaben sowie die Abrechnung der Leistungen genannt. Die befragten FÄ geben an, dass der bürokratische Aufwand insgesamt, auch unabhängig von AOKTrio, zunehme und einen großen Teil der Arbeitszeit einnehme. Einige FÄ merkten darüber hinaus an, dass der zusätzliche bürokratische Aufwand im Rahmen von Selektivverträgen allgemein hoch sei, dies liege auch an der Vielzahl der Verträge und deren Koordination. Diese Einstellung der FÄ könnte die kritische Haltung gegenüber administrativer Aufgaben im Praxisalltag insgesamt verstärken.

Einordnung der Verbesserungsvorschläge

Im Zuge der Interviews wurde zum einen die Relevanz der Transition von chronisch kranken Jugendlichen deutlich, zum anderen zeigte sich, dass AOKTrio, aus Sicht der befragten FÄ, nicht geeignet war, die Schwierigkeiten, die sich im Zusammenhang mit der Transition ergeben, zu beheben. Aus diesem Grund werden die von den FÄ genannten Verbesserungsvorschläge hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit und Relevanz für zukünftige Transitionsprogramme sowie die Transition im Allgemeinen eingeordnet.

Zukünftige Transitionsprogramme: Hinsichtlich zukünftiger Transitionsprogramme nannten die befragten FÄ verschiedene Verbesserungspotentiale. Ein wichtiger Punkt war die finanzielle Attraktivität des Programms. Es sollte eine extrabudgetäre Vergütung des Mehraufwandes erfolgen. Auch andere Studien geben an, dass die Kostenübernahme des Mehraufwandes, welcher mit der Transition von Patient*innen einhergeht, aus Perspektive der Ärzt*innen wichtig ist [28]. Im Rahmen von AOKTrio konnte eine Vergütung von 110,- Euro generiert werden, falls ein Patientengespräch zur Transition und eine ausführliche Epikrise stattfanden. Für den zusätzlichen Austausch (persönlich,

telefonisch oder webbasiert) mit dem*der Weiterbehandler*in wurden zusätzlich 20,- € vergütet. Der Betrag wurde zu Projektbeginn zwischen AOKN und KVN so festgesetzt, dass die Vergütungshöhe auch bei einer potentiellen Übernahme des Programms in die Regelversorgung für die Leistungserbringer*innen sowie die Leistungsträger*innen angemessen und mit anderen Leistungen in der Regelversorgung, bezogen auf den zeitlichen Aufwand, vergleichbar gewesen wäre. Der Betrag liegt insgesamt über dem Betrag, der beispielsweise durch die EBM-Ziffern, welche für die Transition von Rheuma-Patient*innen ab Januar 2019 eingeführt wurden, generiert werden könnte. Diese EBM-Ziffern gelten für abgebende Kinder-Rheumatolog*innen (50400 / 110 Punkte / 11,71 Euro) sowie aufnehmende Rheumatolog*innen (50401 / 90 Punkte / 9,58 Euro) und können bis zu fünfmal in vier Quartalen extrabudgetär und ohne Mengenbegrenzung abgerechnet werden [29]. Insgesamt waren die für die AOKTrio Leistungen festgesetzten Beträge vergleichbar mit den EBM-Beträgen die für Leistungen mit ähnlichem Leistungsumfang und -profil veranschlagt werden.

Weitere Wünsche an zukünftige Transitionsprogramme waren ein strukturierter Einstieg in das Programm sowie eine kontinuierliche Betreuung durch die Krankenkasse. Möglichkeiten, den Informationsfluss zu verbessern und den Informationsstand zu erhöhen, wären beispielsweise ein Ordner mit einfachen und verständlichen Informationsmaterialien sowie ein Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Programms. In Bezug auf die Informationsmaterialien stellt sich jedoch die Frage, ob sie wirklich innerhalb der Praxen aktiv genutzt werden würden. Gründe für eine Nichtnutzung könnten der von den FÄ als hoch beschriebene bürokratische Aufwand in den Praxen sowie der hiermit einhergehende Zeitmangel sein. Unabhängig davon, könnte auch eine Übersicht an FAQs oder Videos mit Informationen und Hilfestellungen in Bezug auf die Informationsbereitstellung hilfreich sein. Wichtig wären zudem direkte, gut informierte Ansprechpartner*innen. Berücksichtigt werden sollten in diesem Zusammenhang auch die Kosten auf Seiten des Leistungsträgers. In Hinblick auf einen Selektivvertrag mit vielen Teilnehmenden wären umfangreiche Informationsmaterialien, die die Teilnehmerate steigern, wahrscheinlich eher kosteneffektiv. Zu prüfen wäre auch, ob eine digitale Informationsbereitstellung, analog zum Online-Coach für die Versicherten, für die Ärzt*innen hilfreich wäre.

Als weitere Potentiale wurden ein niedrighschwelliger Zugang und eine praktische Umsetzung, welche eine leichte Integration in den Praxisalltag ermöglicht, genannt. Als konkrete Vorschläge wurden IT-Lösungen zur Erinnerung an die Einschreibung von Patient*innen vorgeschlagen. Die Möglichkeiten über die Arztinformationssysteme solche Erinnerungen zu generieren sind jedoch laut AOKN technisch und datenschutzrechtlich begrenzt. Es besteht die Möglichkeit, Erinnerungen über separate Softwarelösungen anzubieten. Im Rahmen anderer Selektivverträge erlebte die AOKN jedoch zu diesem Thema eine große Ablehnungshaltung der Ärzt*innen. Dennoch könnte eine automatisierte Form der Erinnerung für einen Teil der Ärzt*innen, beispielsweise bei der Einschreibung von Teilnehmenden in Selektivverträge mit definierten Einschlusskriterien, hilfreich sein.

Weiterhin könnte die Teilnahmebereitschaft an einem zukünftigen Programm durch die Öffnung für Versicherte aller Kassen gesteigert werden. Auch im Rahmen eines anderen Transitionsprogrammes kam es zu Beginn zunächst zu Rekrutierungsproblemen, u.a. aufgrund der Beschränkung auf eine Krankenkasse [28]. Die Teilnahme nahm deutlich zu, nachdem das Programm für Versicherte aller Kassen geöffnet wurde. Ein weiteres Transitionsprogramm für Jugendliche ab 16 Jahren mit einer chronischen Erkrankung, welches für alle Patient*innen aller Kassen offen ist, weist eine hohe Teilnehmendenzahl auf [23]. Eine einheitliche Lösung für alle Krankenkassen könnte demnach dazu beitragen, die Hürden bei der Rekrutierung von Teilnehmenden zu senken und somit mehr Jugendliche mit Bedarf einzusteuern. Eine Implementierung im Rahmen der

Regelversorgung wäre für die Ärzt*innen, vor dem Hintergrund einer geforderten attraktiven Vergütung, vor allem im Falle einer extrabudgetären Vergütung, beispielsweise anhand von Abrechnungsziffern, sinnvoll.

Neben der Abrechnung des Mehraufwandes für die Ärzt*innen und der Implementierung und Koordination des Programms, ist auch die Art, wie der Jugendliche in den Transitionsprozess involviert wird, wichtig. Als ein Vorschlag wurde die Implementierung von Case Manager*innen für (digitale) Kommunikation mit den Jugendlichen genannt. Die Übernahme von Leistungen durch die Case Manager*innen könnte jedoch Auswirkungen auf die Vergütung der Ärzt*innen haben. Hier könnte ein Widerspruch zwischen der Forderung nach einer höheren Vergütung und der Durchführung von Leistungen durch andere Institutionen bestehen.

Die Leitlinie empfiehlt, dass ein*e verantwortliche*r Ansprechpartner*in die Transition begleiten soll [22]. Direkte Ansprechpartner*innen können zum einen in der jeweiligen Praxis angesiedelt sein, zum anderen ist auch ein externes Case Management möglich [23]. Verschiedene Studien zeigten, dass sowohl Sozialarbeiter*innen als auch Transitionskoordinator*innen oder Case Manager*innen den Transitionsprozess unterstützen können und zu einer gelungenen Transition beitragen [30, 31]. Laut des AOKTrio-Konsortiums ist eine Involvierung von Case Manager*innen für Jugendliche mit einem höheren Unterstützungsbedarf angezeigt. Für diese Jugendlichen existieren bereits andere Transitionsprogramme [23]. Für die Zielpopulation, an die sich AOKTrio richten sollte, wurde bewusst ein niedrigschwelliger Zugangsweg gewählt. Aufgrund einiger Aussagen in den Interviews mit den Ärzt*innen stellt sich jedoch die Frage, ob die für AOKTrio vorgesehene Zielpopulation Bedarf an einem Transitionsprogramm hat oder ob das Programm gegebenenfalls zielgerichteter auf Jugendliche mit einem leichten bis moderaten Bedarf hätte ausgerichtet werden können. Jugendliche könnten z. B. anhand einer Kombination mehrerer Indikatoren, wie u. a. spezifischen Diagnosen/Schweregraden, Frequenz der Arztbesuche, Krankenhausaufhalten, gezielt identifiziert werden können.

Ärztliches Netzwerk: Während sich ein Großteil der befragten FÄ eine Verbesserung des ärztlichen Netzwerkes wünschte, gaben zwei FÄ an, mit dem Netzwerk an ihrem Praxisstandort zufrieden zu sein. Die Praxen dieser FÄ waren in mittelgroßen Städten (20.000 bis 50.000 Einwohner*innen) angesiedelt (n=2).

Als konkrete Vorschläge für eine Verbesserung des ärztlichen Netzwerkes wurden eine verbesserte Kommunikationsstruktur, gemeinsame Kongresse sowie gemeinsame Qualitätszirkel genannt. In einer quantitativen Befragung von (pädiatrischen) Diabetolog*innen war die am häufigsten angegebene Möglichkeit zur Verbesserung der Transition mit ca. einem Drittel der befragten Pädiater*innen, eine bessere Zusammenarbeit bzw. Kommunikation mit Erwachsenenmediziner*innen [28]. Generell sollte ein funktionierendes ärztliches Netzwerk gefördert werden. Gerade im Bereich der Transition von chronisch kranken Jugendlichen ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit wichtig. Möglichkeiten zur Stärkung des ärztlichen Netzwerkes könnten beispielsweise Arztnetze, die auch pädiatrische Praxen umfassen, oder regelmäßige lokale Austauschtreffen zwischen Pädiater*innen und Erwachsenenmediziner*innen sein, die beispielsweise über die Berufsverbände oder die Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert werden. Wichtig ist hierbei, dass auch die Interessen der Erwachsenenmediziner*innen adressiert werden, sodass ein Interesse zur Teilnahme gegeben ist. Nationale Kongresse scheinen nicht geeignet, das lokale/regionale Netzwerk zu verbessern, jedoch könnten gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen und Qualitätszirkel auf lokaler/regionaler Ebene eine Möglichkeit zur Vernetzung darstellen.

Als weiterer Verbesserungsvorschlag wurde eine gemeinsame Übergangssprechstunde genannt. Auch die Leitlinie nennt dies als Option: "Das Angebot einer gemeinsamen

Sprechstunde oder Fallbesprechung, an der Pädiater und weiterbehandelnder Erwachsenenmediziner beteiligt sind, kann erwogen werden." [22]. In einem Flächenland wie Niedersachsen scheint eine gemeinsame Übergangssprechstunde in Präsenz jedoch flächendeckend schwer umsetzbar. Eine Möglichkeit wären gemeinsame Fallbesprechungen online oder per Telefon. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass Ärzt*innen, laut einer Umfrage, digitalen Lösungen teilweise skeptisch gegenüberstehen. Beispielsweise würden nur 27 % der befragten Ärzt*innen eine Online-Fallbesprechung mit Kolleg*innen befürworten [32]. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse dieser Befragung aufgrund des Befragungszeitpunktes größtenteils die Zeit vor der COVID-19-Pandemie darstellen. Die Einstellung gegenüber der digitalen Kommunikation könnte sich gegebenenfalls durch die Pandemie geändert haben.

Jugendliche/Eltern: In Bezug auf die Jugendlichen und ihre Eltern nannten die befragten FÄ verschiedene Verbesserungspotentiale. Die Einbeziehung und Aufklärung der Eltern inkl. der Darstellung des Nutzens einer gezielten Transition stand hierbei im Fokus. Dies steht zwar im Gegensatz zu der Selbstständigkeit, die die Jugendlichen im Zuge des Erwachsenwerdens erlangen sollen, jedoch sind die Eltern in dieser Phase häufig ein wichtiger Ansprechpartner für die Jugendlichen [33]. Eine Studie zeigte zudem eine Assoziation zwischen der elterlichen Bereitschaft zur Transition und dem Transitionselingen [34]. Die Verantwortung für die chronische Erkrankung sollte im Zuge des Jugendalters schrittweise von den Eltern auf die Jugendlichen übergehen. Die Leitlinie empfiehlt die Einbeziehung der Eltern bei jüngeren Jugendlichen, bei Patient*innen mit kognitiven Einschränkungen ist die Einbeziehung verpflichtend [22].

Ein weiterer Vorschlag der befragten FÄ waren finanzielle Anreize bzw. Bonusprogramme für die Jugendlichen. Im Rahmen des allgemeinen Bonusprogrammes der AOKN wurde die Teilnahme an AOKTrio prämiert, dies war bei den Ärzt*innen und der Zielgruppe gegebenenfalls nicht ausreichend präsent.

Bezüglich einer Veränderung des Gesundheitsverhaltens berichteten Studien eingeschränkt positive Effekte finanzieller Anreize. Dies galt im speziellen für klar abgrenzbare und zeitlich definierte Leistungen, wie beispielsweise Impfungen oder Früherkennungsmaßnahmen, und war von verschiedenen Faktoren, wie beispielsweise der Art und Höhe des Anreizes oder des Einkommens abhängig [35-38]. Jedoch wurde in diesem Zusammenhang auch festgestellt, dass Bonusprogramme, die ein gesundheitsbewusstes Verhalten fördern sollten, Bevölkerungsgruppen, die bereits ein gesundheitsbewusstes Verhalten aufweisen, besser erreichten als solche, die einen großen Bedarf hieran hätten [39].

Allgemein: Neben den genannten Potentialen in Bezug auf zukünftige Transitionsprogramme, das ärztliche Netzwerk sowie die Einbeziehung der Jugendlichen bzw. der Eltern ergeben sich auch übergeordnete Potentiale. Hier ist u. a. die Individualisierung des Zeitpunktes des Transfers zu nennen. Dieser Aspekt wird auch in der Leitlinie aufgegriffen: „Der Zeitpunkt des Transfers sollte die Besonderheiten der Erkrankung und des Patienten berücksichtigen und nicht starr an den 18. Geburtstag gekoppelt sein" [22]. Studien berichten, dass ein individueller Transitionszeitpunkt mit positiven Outcomes assoziiert ist. Hierzu zählen u. a. Medikamentenadhärenz, weniger Krankenhauseinweisungen in den ersten zwei Jahren nach Transfer sowie eine höhere Rate erfolgreicher Übergänge [30, 40]. Außerdem trägt ein späterer Zeitpunkt des Transfers, laut eines Reviews, zu einer erhöhten Patientenzufriedenheit bei [41]. An dieser Stelle sei angemerkt, dass eine Behandlung durch Pädiater*innen über das 18. Lebensjahr hinaus bereits bei Vorliegen von chronischen Erkrankungen und Fehlbildungssyndromen, die die psycho-intellektuelle Entwicklung verzögern, bis zum Abschluss des 21. Lebensjahres möglich ist. Diese Sonderregelung wird auf Antrag nach Einzelfallprüfung genehmigt. Zudem ist im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Behandlung bis

zum 21. Geburtstag möglich [22]. Darüber hinaus ist es zur Sicherung des Therapieerfolgs erlaubt, eine vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnene Psychotherapie bei Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen abzuschließen. Eine Behandlung von jungen Erwachsenen durch Pädiater*innen könnte jedoch zu einer weiteren Überlastung der Kinder- und Jugendarztpraxen führen. Gegebenenfalls ist eine Ausnahmeregelung für bestimmte Zielgruppen in Betracht zu ziehen. Als Beispiel seien Erkrankungen genannt, die vorrangig im Kindes- und Jugendalter auftreten und für die im Erwachsenenbereich (bisher) wenig spezialisierte Versorger existieren, wie z.B. Mukoviszidose [42, 43]. Während ein späterer Zeitpunkt der Transition bei einer spezifischen Zielgruppe zu besseren Outcomes führen kann, steht die Ausdehnung des Behandlungszeitraumes im Widerspruch zu dem bereits kritisierten hohen Workload in den pädiatrischen Praxen.

Auch die Einführung einer Abrechnungsziffer für Transitionsleistungen im Rahmen der Regelversorgung stellt eine Möglichkeit zur Honorierung des Mehraufwands während der Transitionsphase dar. Eine in Deutschland durchgeführte Studie von (pädiatrischen) Diabetolog*innen zeigte, dass bereits 88 % der Praxen die Transition im Rahmen von ambulanten Terminen besprechen und zusätzlich 14 % der Praxen eigene strukturierte Transitionsprozesse implementiert haben [28]. Ärzt*innen, die bisher keine oder wenig Unterstützung bei der Transition ihrer Patient*innen leisten, könnten durch die Möglichkeit einer extrabudgetären Vergütung motiviert werden ihre Patient*innen bei der Transition zu unterstützen, da ihre damit einhergehende zusätzliche Arbeit vergütet werden würde und somit dauerhaft erbracht werden könnte. Auch die Leitlinie, welche überwiegend von Leistungserbringer*innen im Rahmen ihrer Funktion in Fachgesellschaften und Verbänden verfasst wurde, empfiehlt mit starkem Expertenkonsens eine adäquate Vergütung des Mehraufwandes für die pädiatrischen und erwachsenenmedizinischen Praxen und schlägt eine Transitionsziffer oder -pauschale vor [22]. Wie bereits erwähnt, ist eine solche Ziffer im Bereich der Transition von Rheuma-Patient*innen seit Januar 2019 vorhanden [32].

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

- Insgesamt scheint die geringe Inanspruchnahme des Programms AOKTrio verschiedene Gründe zu haben. Im Fokus stehen hierbei zum einen der fehlende Bedarf des Patientenstamms der befragten Pädiater*innen sowie – im Falle von Jugendlichen mit Bedarf – die zu engen Einschlusskriterien (wenige ausgewählte Diagnosen, nur bei der AOKN Versicherte). Zum anderen erschwerte die fehlende Implementierung in den Praxisalltag den Einschluss von Patient*innen, die sich in der nicht hinreichenden Informiertheit über das Programm und dem zu hohen bürokratischen Aufwand begründet.
- Einige der von den Ärzt*innen genannten Aspekte, die ein zukünftiges Transitionsprogramm erfüllen sollte, wurden bereits im Rahmen von AOKTrio umgesetzt, beispielsweise ein digitaler Zugang über den Online Coach oder auch die Vernetzung der Ärzt*innen über die gemeinsame Fallbesprechung. Es gibt Anhaltspunkte, dass die Konzeption des Programmes nicht adäquat war, um die Ärzt*innen ausreichend einzubinden, sodass eine entsprechende Auseinandersetzung der Ärzt*innen mit dem Programm ausblieb.
- Ein zukünftiges Transitionsprogramm sollte eine für die Leistungserbringer*innen sowie die Leistungsträger*innen angemessene Vergütung beinhalten, welche dem Aufwand je nach Ausgestaltung (z. B. Selektivvertrag, Regelversorgung) entspricht. Es sollte einen niedrigschwelligen Zugang aufweisen und für die Ärzt*innen und das Praxispersonal gut in den Praxisalltag integrierbar sein. Hierzu ist es wichtig, dass zu Beginn umfangreich über das Programm informiert wird, direkte Ansprechpartner*innen benannt sind und kontinuierlich Hilfestellung bei Fragen oder Problemen geleistet wird. Zudem sollte ein Programm in Bezug auf die Einschreibung von Patient*innen sowie die Abrechnung von Leistungen mit so wenig bürokratischem Aufwand wie möglich verbunden sein. In diesem Zusammenhang ist auch wichtig, dass die Einschlusskriterien nicht zu eng sind. Ein kassenübergreifendes Programm wäre wünschenswert.
- Vor der Generierung eines neuen Transitionsprogrammes sollte eine Erhebung des Bedarfs und der Präferenzen der chronisch kranken Jugendlichen erfolgen, um das Programm zielgerichtet auflegen zu können.
- Als Zugang zu den chronisch kranken Jugendlichen scheinen digitale Lösungen angemessen, so wie es mit dem AOKTrio Onlinecoach versucht wurde. Eine Bereitstellung von Informationen über die Transition via digitale Medien, gegebenenfalls über eine App, stellt eine zielgruppengerechte Möglichkeit dar, den Jugendlichen Wissen bezüglich ihrer Erkrankung sowie der Transition zu vermitteln. In diesem Zusammenhang sollte eine Bereitstellung von Informationen in verschiedenen Sprachen in Erwägung gezogen werden, um Sprachbarrieren zu vermeiden. Darüber hinaus sollte ein zukünftiges Programm noch stärker beworben werden, um Präsenz innerhalb der Ärzteschaft, z. B. durch die KVen, und auch auf Seiten der Patient*innen und Eltern zu schaffen.
- Generell wurde in Bezug auf Jugendliche mit einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung ein deutlicher Handlungsbedarf bezüglich des Transitionsprozesses von Seiten der Ärzt*innen geäußert. Ein wichtiger Ansatzpunkt zur Verbesserung des Transitionsprozesses scheint die Stärkung des ärztlichen Netzwerkes darzustellen, welches aus Sicht eines Großteils der abgebenden Pädiater*innen verbesserungswürdig ist. Wichtig hierbei ist, in Erfahrung zu bringen, ob die aufnehmenden Erwachsenenmediziner*innen diesen Bedarf auch sehen und ob der Bedarf in Bezug auf regionale Gegebenheiten variiert. In diesem Zusammenhang scheinen Unterschiede in Bezug auf die Einwohnerzahl des Praxisstandortes zu bestehen. Falls sich der Bedarf bestätigt, könnten lokale Austauschtreffen in denen sich die Ärzt*innen persönlich kennenlernen und Kontakte knüpfen, eine Möglichkeit zu einer verbesserten interdisziplinären Kommunikation darstellen und zu einem verbesserten ärztlichen Netzwerk auf lokaler Ebene beitragen.

- Zur Förderung einer strukturierten Transition ist die Einbeziehung der Eltern in Abhängigkeit von dem Entwicklungsstand der Jugendlichen zu erwägen, da sie in dieser Phase des Lebens wichtige Ansprechpartner*innen der Jugendlichen in Bezug auf die chronische Erkrankung sind. In diesem Zusammenhang wären Informationsmaßnahmen in Hinblick auf die Eltern wichtig, um auch ihnen die Vorteile einer strukturierten Transition zu verdeutlichen.
- Die Implementierung von direkten Ansprechpartner*innen für Jugendliche mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf sollte im Rahmen einer Verbesserung des Transitionsprozesses in Betracht gezogen werden. Für Jugendliche mit einem weniger hohen Unterstützungsbedarf sollte geprüft werden, ob und in welcher Form Unterstützung beim Transitionsprozess erforderlich ist.
- Da durch die Übernahme von Leistungen durch Case Manager*innen, auf Seiten der Ärzt*innen die Arbeitsbelastung sinkt, aber zudem auch die Vergütung geringer ausfallen kann, sollten die Präferenzen der Ärzt*innen abgeklärt werden. Eine Möglichkeit hierzu wäre ein Discrete Choice Experiment (DCE), welches verschiedene Szenarien gegenüberstellt und die Präferenzen der Ärzt*innen als Ergebnis hat.
- Der Zeitpunkt des Transfers von dem*der Pädiater*in zu dem*der Erwachsenenmediziner*in sollte nicht an das Erreichen eines bestimmten Lebensalters, sondern auch an die Reife des Jugendlichen sowie Besonderheiten der Erkrankung und der regionalen Gegebenheiten geknüpft sein. Bereits bestehende Sonderregelungen könnten gegebenenfalls ausgeweitet werden. Hierbei ist jedoch auch die Auslastung der pädiatrischen Praxen zu berücksichtigen.
- Sinnvoll wäre auch die Einführung einer Abrechnungsziffer für Transitionsleistungen bzw. die Implementierung einer kassenübergreifenden Finanzierung eines strukturierteren Transitionsprozesses. Im Hinblick auf Letzteres wäre es wichtig, dass für die Abrechnung der erbrachten Leistungen kein separater Vertrag abgeschlossen werden muss, um den Zugang niedrigschwellig zu halten.

5. Literaturverzeichnis

- (1) Neuhauser, H., Poethko-Müller, C., KiGGS Study Group (2014); Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland; Bundesgesundheitsblatt 2014, S. 779-788.
- (2) Büsching, U. (2016); Transition in: Bode, H./ Büsching, U./ Kohns, U. (Hrsg.): Psychosomatische Grundversorgung in der Pädiatrie, Stuttgart 2016, S.265-267.
- (3) Reisch, N.; Reinke, M. (2014); Transitionsmedizin in Deutschland in: vom Dahl, S. (Hrsg.): Angeborene Stoffwechselkrankheiten bei Erwachsenen, Berlin Heidelberg 2014, S.35-40.
- (4) Rodeck, B., Siegmund, B., Radke, M. (2016); Chronisch entzündliche Darmerkrankungen in: Oldafer, M. (Hrsg.): Transitionsmedizin: multiprofessionelle Begleitung junger Erwachsener mit chronischer Krankheit, Stuttgart 2016, S.104-118.
- (5) Scheidt-Nave, C., Ellert, U., Thyen, U. (2008); Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher in: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Bundesgesundheitsblatt 2008, S.592-601.
- (6) Pape, L. (2017); "Transition muss zu einer Regelleistung werden!" in Ärztezeitung vom 30.03.2017.
- (7) Müther, S., Müller, B., von Moers, A. et. al. (2012); Berliner Transitionsprogramm - ein Strukturkonzept für die Transition in die Erwachsenenmedizin in: Reinke, M., Zepp, F. (Hrsg.): Medizinische Versorgung in der Transition, Köln 2012, S.157-167.
- (8) Schalm, S., Minden, K., Niewerth, M. (2016); Rheumatologie in: Oldafer, M. (Hrsg.): Transitionsmedizin: multiprofessionelle Begleitung junger Erwachsener mit chronischer Krankheit, Stuttgart 2016, S.56-65.
- (9) Glaeske, G., Windt, R. (2014); Transition als Herausforderung der medizinischen Versorgung; Pneumologie 11; S. 102-109.
- (10) Kiess, W. (2014); Transition in: Hoffmann, G.F., Lentze, M.J.; Spranger, J. et. al. (Hrsg.): Pädiatrie: Grundlagen und Praxis, 4. Auflage, Berlin Heidelberg 2014, S.454-455.
- (11) Damm, L., Habeler, U., Leiss, U. (2014); Kommunikation mit chronisch kranken Kindern und Jugendlichen in: Damm, L., Leiss, U., Habeler, W. et.al. (Hrsg.); Ärztliche Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen, Berlin 2014, S.107-116.
- (12) Oldhafer M, Offner G, Breuch K, John U. Gesundheitskompetenz bei nierenkranken Jugendlichen, Nieren- und Hochdruckerkrankungen, 2011; 40, 473-477.
- (13) Freund, T. (2016); Transition aus allgemeinmedizinischer Sicht in: Oldhafer, M. (Hrsg.): Transitionsmedizin: multiprofessionelle Begleitung junger Erwachsener mit chronischer Krankheit, Stuttgart 2016, S.22-28.
- (14) Nagra A, McGinnity PM, Davis N, et al. (2015): Implementing transition: Ready Steady Go. Arch Dis Child Educ Pract Ed 2015; 0:1–8.doi:10.1136/archdischild-2014-307423.
- (15) Herrmann-Garitz, C., Muehlan, H., Bomba, F., Thyen, U., & Schmidt, S. (2015). Konzeption und Erfassung der gesundheitsbezogenen Transitionskompetenz von Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen –Entwicklung und Prüfung eines Selbstbeurteilungsinstrumentes. Das Gesundheitswesen.
- (16) Bullinger, M., Schmidt, S., Petersen, C., & DISABKIDS GROUP. (2002). Assessing quality of life of children with chronic health conditions and disabilities: a European approach. International Journal of Rehabilitation Research, 25(3), 197-206.

- (17) Bullinger M, Schmidt S, Petersen C, & Grp D (2002). Assessing quality of life of children with chronic health conditions and disabilities: a European approach. *International Journal of Rehabilitation Research*, 25(3), 197-206. doi: 10.1097/00004356-200209000-00005.
- (18) Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (pp. 601-613). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- (19) Brähler, E., Zenger, M., & Kemper, C. J. (2015). *Psychologische und sozialwissenschaftliche Kurzskalen: standardisierte Erhebungsinstrumente für Wissenschaft und Praxis*. MWV.
- (20) Köllner, V., & Schauenburg, H. (2012). *Psychotherapie im Dialog-Diagnostik und Evaluation*. Georg Thieme Verlag.
- (21) Schumacher, J., Klaiberg, A., & Brähler, E. (2001). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Diagnostica*, 15(31), 1-8.
- (22) Gesellschaft für Transitionsmedizin. S3-Leitlinie: Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin. Version 1.1 vom 22.04.2021. Verfügbar: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/186-001.html> (Zugriff am 04.06.2021).
- (23) von Moers, A., Müther, S., & Findorff, J. (2018). Transition als dringliche und gemeinsame Aufgabe. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 166(8), 733-743.
- (24) Betz, C. L. (2004). Transition of adolescents with special health care needs: review and analysis of the literature. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 27(3), 179-241.
- (25) Findorff, J., Müther, S., Moers, A., Nolting, H. D., & Burger, W. (2016). *Das Berliner TransitionsProgramm: Sektorübergreifendes Strukturprogramm zur Transition in die Erwachsenenmedizin*. Walter de Gruyter GmbH & Co KG.
- (26) Kiess, W. (2020). Transition. In *Pädiatrie* (pp. 651-653). Springer, Berlin, Heidelberg.
- (27) Rideout, V., & Robb, M.B. (2018). *Social media, social life: Teens reveal their experiences*. San Francisco, CA: Common Sense Media.
- (28) Roeper, M., Reinauer, C., Biester, T., Jivan, M., Wendenburg, J., Klinkert, C., ... & Meissner, T. (2021). Transition von Jugendlichen mit Diabetes in die Erwachsenenbetreuung—eine Expertenbefragung. *Diabetologie und Stoffwechsel*, 16(02), 141-148.
- (29) *Deutsches Ärzteblatt*. ASV: Neue GOP für Überleitung von Rheumapatienten. Verfügbar: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/99699/ASV-Neue-GOP-fuer-Ueberleitung-von-Rheumapatienten> (Zugriff am 09.06.2021).
- (30) Jensen, P. T., Karnes, J., Jones, K., Lehman, A., Rennebohm, R., Higgins, G. C., ... & Ardoin, S. P. (2015). Quantitative evaluation of a pediatric rheumatology transition program. *Pediatric Rheumatology*, 13(1), 1-6.
- (31) Annunziato, R. A., Baisley, M. C., Arrato, N., Barton, C., Henderling, F., Arnon, R., & Kerkar, N. (2013). Strangers headed to a strange land? A pilot study of using a transition coordinator to improve transfer from pediatric to adult services. *The Journal of pediatrics*, 163(6), 1628-1633.
- (32) McKinsey and Company (2020). *eHealth Monitor 2020. Deutschlands Weg in die digitale Gesundheitsversorgung –Status quo und Perspektiven*.
- (33) Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., & Ravens-Sieberer, U. (2003). *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Juventa.

- (34) Suris, J. C., Larbre, J. P., Hofer, M., Hauschild, M., Barrense-Dias, Y., Berchtold, A., & Akre, C. (2017). Transition from paediatric to adult care: what makes it easier for parents?. *Child: care, health and development*, 43(1), 152-155.
- (35) Blumenthal, K. J., Saulsgiver, K. A., Norton, L., Troxel, A. B., Anarella, J. P., Gesten, F. C., ... & Volpp, K. G. (2013). Medicaid incentive programs to encourage healthy behavior show mixed results to date and should be studied and improved. *Health Affairs*, 32(3), 497-507.
- (36) Kane, R. L., Johnson, P. E., Town, R. J., & Butler, M. (2004). A structured review of the effect of economic incentives on consumers' preventive behavior. *American journal of preventive medicine*, 27(4), 327-352.
- (37) Giles, E. L., Robalino, S., McColl, E., Sniehotta, F. F., & Adams, J. (2014). The effectiveness of financial incentives for health behaviour change: systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 9(3), e90347.
- (38) Lynagh, M. C., Sanson-Fisher, R. W., & Bonevski, B. (2013). What's good for the goose is good for the gander. Guiding principles for the use of financial incentives in health behaviour change. *International journal of behavioral medicine*, 20(1), 114-120.
- (39) Jordan, S., von der Lippe, E., Starker, A., Hoebel, J., & Franke, A. (2015). Einflussfaktoren für die Teilnahme an Bonusprogrammen der gesetzlichen Krankenversicherung. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“. *Das Gesundheitswesen*, 77(11), 861-868.
- (40) Cole, R., Ashok, D., Razack, A., Azaz, A., & Sebastian, S. (2015). Evaluation of outcomes in adolescent inflammatory bowel disease patients following transfer from pediatric to adult health care services: case for transition. *Journal of Adolescent Health*, 57(2), 212-217.
- (41) Yassaee, A., Hale, D., Armitage, A., & Viner, R. (2019). The impact of age of transfer on outcomes in the transition from pediatric to adult health systems: a systematic review of reviews. *Journal of Adolescent Health*, 64(6), 709-720.
- (42) Hubenthal, N., & Zimmermann, M. (2019). Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenversorgung. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- (43) Sharma, N., O'Hare, K., Antonelli, R. C., & Sawicki, G. S. (2014). Transition care: future directions in education, health policy, and outcomes research. *Academic pediatrics*, 14(2), 120-127.

6. Anhang

Anhang 1: Einschlussfähige Diagnosen

- Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
 - Chronische Virushepatitis (B18)
 - HIV-Krankheit (B20 – B24)
- Bösartige Neubildungen (C00 – D48)
- Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
 - Hämophilie (D66-D68)
 - Bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D80 – D89)
- Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten:
 - Krankheiten der Schilddrüse (E00 – E07)
 - Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen (E20-E35)
 - Mangelernährung (E40-E46)
 - Sonstige alimentäre Mangelzustände (E50 – E64)
 - Adipositas und sonstige Überernährung (E65 – E68)
 - Stoffwechselstörungen (E70 – E90)
- Psychische und Verhaltensstörungen
 - Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 – F19)
 - Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20 – F29)
 - Affektive Störungen (F31, F33, F34, F38)
 - Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40 – F48)
 - Essstörungen (F50)
 - Intelligenzminderung (F70, F74)
 - Entwicklungsstörungen (F80 – F89)
 - Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90 – F98)
- Krankheiten des Nervensystems
 - Chorea Huntington (G10)
 - Hereditäre Ataxie (G11)
 - Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome (G12)
 - Extrapiramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen (G20-G26)
 - Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems (G35 – G37)
 - Epilepsie (G40)
 - Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus (G50 – G59)
 - Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems (G60 – G64)
 - Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels (G70 – G73)
 - Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome (G80 – G83)
 - Sonstige Krankheiten des Nervensystems (G90 – G99)
- Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
 - Chronische Entzündung der Tränenwege (H04.4)
 - Chronische entzündliche Affektionen der Orbita (H05.1)
 - Chronische Konjunktivitis (H10.4)
 - Narben der Konjunktiva (H11.2)
 - Sonstige Gefäßkrankheiten und Zysten der Konjunktiva (H11.4)
 - Hornhautnarben und -trübungen (H17)
 - Hereditäre Hornhautdystrophien (H18.5)
 - Keratokonus (H18.6)
 - Chronische Iridozyklitis (H20.1)

- Degeneration der Iris und des Ziliarkörpers (H21.2)
- Sonstige Kataraktformen (H26)
- Chorioretinale Narben (H31.0)
- Degenerative Veränderung der Aderhaut (H31.1)
- Hereditäre Dystrophie der Aderhaut (H31.2)
- Retinopathien des Augenhintergrundes und Veränderungen der Netzhautgefäße (H35.0)
- Retinopathia praematurorum (H35.1)
- Sonstige proliferative Retinopathie (H35.2)
- Degeneration der Makula und des hinteren Poles (H35.3)
- Periphere Netzhautdegeneration (H35.4)
- Hereditäre Netzhautdystrophie (H35.5)
- Glaukom (H40.-)
- Degenerative Myopie (H44.2)
- Sonstige degenerative Affektionen des Augapfels (H44.3)
- Hypotonia bulbi (H44.4)
- Degenerationszustände des Augapfels (H44.5)
- Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn (H47.-)
- Strabismus paralyticus (H49.-)
- Sonstiger Strabismus (H50.-)
- Sonstige Störungen der Blickbewegungen (H51.-)
- Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (H52.-)
- Sehstörungen (H53.-)
- Blindheit und Sehbeeinträchtigung (H54.-)
- Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
 - Chronische seröse Otitis media (H65.2)
 - Chronische muköse Otitis media (H65.3)
 - Sonstige chronische nichteitrig Otitis media (H65.4)
 - Chronische mesotympanale eitrige Otitis media (H66.1)
 - Chronische epitympanale Otitis media (H66.2)
 - Sonstige chronische eitrige Otitis media (H66.3)
 - Chronische Mastoiditis (H70.1)
 - Petrositis (H70.2)
 - Cholesteatom des Mittelohres (H71)
 - Chronische Myringitis (H73.1)
 - Sonstige Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes (H74.-)
 - Otosklerose (H80.-)
 - Störungen der Vestibularfunktion (H81.-)
 - Sonstige Krankheiten des Innenohres (H83.-)
 - Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung (H90.-)
 - Ototoxischer Hörverlust (H91.0)
 - Taubstummheit, anderenorts nicht klassifiziert (H91.3)
 - Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert (H93.-)
 - Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert (H95.-)
- Krankheiten des Kreislaufsystems
 - Chronische rheumatische Herzkrankheiten (I05 – I09)
 - Hypertonie (I10 – I15)
 - Ischämische Herzkrankheiten (I20 – I25)
 - Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes (I26 – I28)
 - Chronische Perikarditis (I31.0, I31.1)
 - Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten (I34)
 - Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten (I35)

- Nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten (I36)
- Pulmonalklappenkrankheiten (I37)
- Kardiomyopathie (I42)
- Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock (I44)
- Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen (I45)
- Paroxysmale Tachykardie (I47)
- Vorhofflimmern und Vorhofflattern (I48)
- Sonstige kardiale Arrhythmien (I49.1 – I49.9)
- Herzinsuffizienz (I50)
- Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten (I67)
- Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit (I69)
- Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (I70 - I79)
- Hypotonie (I95)
- Krankheiten des Atmungssystems
 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30 – J39)
 - Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40 – J47)
 - Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen (J60 – J70)
- Krankheiten des Verdauungssystems
 - Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer (K00 – K14)
 - Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums (K20 – K31)
 - Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis (K50 – K52)
 - Sonstige Krankheiten des Darmes (K55 – K64)
 - Chronische Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert (K73)
 - Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems (K90 – K93)
- Krankheiten der Haut und der Unterhaut
 - Dermatitis und Ekzem (L20 – L30)
 - Papulosquamöse Hautkrankheiten (L40 – L45)
- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
 - Entzündliche Polyarthropathien (M05 – M14)
 - Arthrose (M15 – M19)
 - Sonstige Gelenkrankheiten (M20 – M25)
 - Systemkrankheiten des Bindegewebes (M30 – M36)
 - Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40 – M54)
 - Sonstige Osteopathien (M86- M90)
 - Chondropathien (M91 – M94)
- Krankheiten des Urogenitalsystems
 - Glomeruläre Krankheiten (N02 – N08)
 - Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten (N11 – N16)
 - Niereninsuffizienz (N18 – N19)
 - Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters (N25 – N29)
 - Sonstige Krankheiten des Harnsystems (N31 – N33, N35 – N39)
 - Endometriose (N80)
 - Dysplasie der Cervix uteri (N87)
 - Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina (N89)
 - Ausgebliebene, zu schwache oder zu seltene Menstruation (N91)
 - Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation (N92)
- Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
 - (Q00 – Q99)

Akronym: AOKTrio

Förderkennzeichen: 01NVF17041

7. Anlagen

A1. Fragebogen Versicherte

A2. Interviewleitfaden Versicherte

A3. Interviewleitfaden Ärzt*innen

Anlage A1. Fragebogen Versicherte

Persönliche Angaben über Dich

1. Dein Geschlecht:

- Weiblich
- Männlich

2. Wann bist Du geboren?

Monat Jahr

3. Gehst du noch zur Schule (außer berufsbildende Schule)?

- Ja
- Nein

4. Auf welche Schule gehst du?

- Hauptschule
- Realschule
- Gesamtschule
- Gymnasium
- Förderschule/Sonderschule (z. B. Lern- und Körperbehindertenschule)

5. Dein höchster Schulabschluss:

- Schule beendet ohne Abschluss
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss/Mittlere Reife
- (Fach-)Abitur
- Anderer Schulabschluss

6. Deine aktuelle Tätigkeit:

- Studierende/r
- Auszubildende/r
- Berufstätig
- Arbeitslos/arbeitssuchend
- FSJ, FÖJ oder anderer Freiwilligendienst
- Sonstiges

7. Wo lebst Du hauptsächlich? (Hier bitte nur ein Kreuzmachen!)

- Bei meinen leiblichen Eltern
- Bei meiner Mutter
- Bei meinem Vater
- Bei Verwandten, Pflegeeltern oder Adoptiveltern
- Alleine in eigener Wohnung
- Mit Partner/in in gemeinsamer Wohnung
- In einer Wohngemeinschaft
- In einem Heim

8. In welchem Land bist Du geboren?

- In Deutschland
- In einem anderen Land
In welchem?

9. Seit wann lebst Du in Deutschland?

- Seit meiner Geburt
- Seit ich Jahre alt bin.
- Weiß nicht

10. In welchem Land sind Deine Eltern geboren? (Bitte für beide Elternteile angeben!)

Mutter

- In Deutschland
- In einem anderen Land
In welchem?

Vater

- In Deutschland
- In einem anderen Land
In welchem?

11. Welche der folgenden Angaben zur Berufstätigkeit trifft auf Deine Eltern zu?

	Mutter	Vater
Zurzeit nicht berufstätig (Rentner/in, Hausfrau/-mann, Studierende/r usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitslos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorübergehende Freistellung (z. B. Erziehungsurlaub)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teilzeit oder stundenweise berufstätig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voll berufstätig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auszubildende/r (z. B. Lehrling)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Du und Deine Erkrankung

12. Wie würdest Du Deinen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- Sehr gut
- Gut
- Mittelmäßig
- Schlecht
- Sehr schlecht

13. Wie gut ist Deine Erkrankung kontrolliert?

- Sehr gut
- Gut
- Einigermaßen
- Schlecht
- Überhaupt nicht

14. Wie viele Tage hast Du in den letzten 3 Monaten aufgrund Deiner Erkrankung in der Schule bzw. auf der Arbeit gefehlt?

□□□Tage

15. Wie groß ist die Rolle, die Deine Eltern bei der Versorgung Deiner Erkrankung im Moment spielen (z. B. Rezepte oder Medikamente abholen, Termine vereinbaren)? Schätze bitte in Prozent (zwischen 0 - 100%).

ca. _____%

16. Welche der nachfolgenden Ärzte, Psychologe eingeschlossen, hast Du in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen und wie häufig (Hausbesuche mitgerechnet)?

- | | Wie oft? |
|--|----------|
| <input type="radio"/> Kinderarzt | □□ |
| <input type="radio"/> Arzt für Allgemeinmedizin/Praktischer Arzt | □□ |
| <input type="radio"/> Gastroenterologe | □□ |
| <input type="radio"/> Diabetologe | □□ |
| <input type="radio"/> Rheumatologe | □□ |
| <input type="radio"/> Lungenarzt/Pneumologe | □□ |
| <input type="radio"/> Sonstiger Internist (Innere Medizin) | □□ |
| <input type="radio"/> Orthopäde | □□ |
| <input type="radio"/> Neurologe | □□ |
| <input type="radio"/> Psychiater | □□ |
| <input type="radio"/> Psychologe | □□ |

Wie geht es dir?

[Child Health Care – Satisfaction, Utilization and Needs (CHC-Sun)]

[DISABKIDS]

[WHO-Five Well-being Index (WHO-5)]

Gesundheitskompetenz

[Transitionskompetenzkala]

Es geht um mich!

[Patient Activation Measure (PAM) 13]

[General Self-efficacy Scale]

Raum für Deine Anmerkungen und Kommentare:

A large empty rectangular box with a blue border, intended for notes and comments.

Anlage A2. Interviewleitfaden Versicherte

Einleitung (5-10 Minuten)	
Vorstellung der Wissenschaftler und Nennung des Ziels	<p>Ich bin... und Wissenschaftliche*r Mitarbeiter*in an der Medizinischen Hochschule Hannover.</p> <p>Wie Du bereits erfahren hast, geht es um die Beurteilung des Programms AOKTrio der AOK Niedersachsen.</p> <p>Das Ziel dieses Interviews ist, von Dir zu erfahren, was Du an AOKTrio gut und schlecht gefunden hast. Dabei werden wir unterschiedliche Themen wie Deine Gründe für die Teilnahme sowie Deine Erfahrungen mit dem Programm, ansprechen.</p> <p>Zu dem angegebenen wissenschaftlichen Zweck werden wir das Interview aufzeichnen und anschließend verschriftlichen. Die gewonnenen Daten können nicht einzelnen Personen zugeordnet werden. Das Interview ist freiwillig, daher hast Du auch jederzeit die Möglichkeit, das Interview zu beenden. Das Interview wird ca. 30 Minuten dauern.</p>
Einwilligung in die Tonaufnahme	<p>Nun würden wir gerne mit dem Interview und damit auch mit der Tonaufnahme starten.</p> <p>Hast Du noch Rückfragen zu der Befragung oder Bedenken?</p> <p>Bevor wir beginnen benötigen wir Dein Einverständnis zur Teilnahme. An dieser Stelle bitten wir Dich um Dein mündliches Einverständnis.</p>
Fragenblock I: Einstiegsfragen (5-10 Minuten)	
Erstkontakt/Zugang	<p>Zunächst möchte ich von Dir wissen, wie Du von dem Programm AOKTrio erfahren hast.</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie bist Du auf AOKTrio aufmerksam geworden? (z. B. AOK, Werbung, Arzt, Eltern) • Hat Dein Arzt mit dir über das Programm gesprochen? • Fühltest du dich gut über den Ablauf und die Vorteile des Programms informiert oder hättest du dir mehr/andere Informationen gewünscht? • Was wären deiner Meinung nach geeignete Wege, um Jugendliche über solche Angebote zu informieren? • Wie war Dein erster Eindruck von dem Programm? <ul style="list-style-type: none"> • Hast Du vorher schon einmal mit Deinem Arzt über den Arztwechsel gesprochen? • Was hat dein Arzt Dir dazu gesagt?
Motivation und Gründe für die Teilnahme	<p>Warum hast du an AOKTrio teilgenommen?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Gründe haben dafür gesprochen? • Hat auch etwas dagegen gesprochen? • Was war ausschlaggebend? • Waren deine Eltern in die Entscheidung einbezogen?

	<ul style="list-style-type: none"> • Wusstest du vor Projektteilnahme bereits, dass ein Arztwechsel mit dem 18. Lebensjahr erforderlich ist?
Erwartungen	<p>Welche Erwartungen hattest du an AOKTrio?</p> <p>z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ich lerne dabei eigenverantwortlich mit meiner Erkrankung umzugehen. - Ich weiß dann zu welchem Arzt ich gehen muss. - Mein Arzt hat bereits eine Vorauswahl an Ärzten getroffen.
Fragenblock II: Erfahrungen (10-20 Minuten)	
Nutzung der Module	<p>Welche Programmpunkte von AOKTrio hast du genutzt? Wie hilfreich waren die einzelnen Angebote für dich? (bitte für jeden Programmpunkt jeweils einzeln abfragen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausführliches Gespräch mit deinem Kinder- und Jugendarzt • Onlinecoach (Rückfragen s. nächster Punkt) • Checkliste • Terminvermittlung an einen Facharzt für Erwachsene, der auf deine Erkrankung spezialisiert ist • Ausführliche Unterlagen zu deiner Krankengeschichte (Arztbrief und Befunde) von deinem Kinderarzt für den neuen Facharzt • Ausführliches Gespräch mit dem neuen Facharzt • Gemeinsames Gespräch bzw. Abstimmung zwischen dem Kinder- und Jugendarzt und dem neuen Facharzt
Onlinecoach	<p>Hast du den Onlinecoach genutzt?</p> <p><u>Falls der OC genutzt wurde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hat alles technisch einwandfrei funktioniert? • Hast du den OC auf einmal gemacht oder auf mehrere Tage verteilt? • Was hast du dir angesehen/genutzt? (ggf. einzeln erfragen) <ul style="list-style-type: none"> ○ Den Startfilm von Ben und ggf. die Vorstellungsfilme der anderen Jugendlichen zu Beginn ○ „Meine Träume und ich“ ○ „Mein Arztwechsel“ ○ „Meine Gesundheit“ ○ „Mein Karrierestart“ ○ Was ist Was? (Begriffe von A-Z) • Welche Übungen hast du mitgemacht? (Deine Träume, deine Verantwortung, deine Gesundheit: Stress lass nach und dein Unterstützernetzwerk) • Hast du die Checkliste zur Vorbereitung auf den Arztwechsel mit Informationen zu dir und deiner Krankheit ausgefüllt? <ul style="list-style-type: none"> ○ Falls ja, hast du sie am Ende ausgedruckt und zu deinem ersten Gespräch beim neuen Arzt mitgenommen? (wenn nein, warum nicht?) • Was hat dir insgesamt gut am Onlinecoach gefallen?

	<ul style="list-style-type: none"> • Was hat dir weniger gut gefallen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie hat dir das Design der Seite gefallen? War sie ansprechend und übersichtlich? ○ Gab es ein ausgewogenes Verhältnis von Text, Bildern und Filmen (oder zu viel Texte, Bilder oder Filme?)? ○ Waren die Texte verständlich für dich? ○ Wie haben dir die Vorstellungsfilme der Jugendlichen gefallen? ○ Wie haben dir die animierten Filme gefallen? (Einführung in die Themen „Meine Gesundheit“ und „Mein Karrierestart“) ○ Wie haben dir die Filme mit den Schauspielern gefallen (Hannah beim Arztwechsel, Das Vorstellungsgespräch von Elias) • War der Onlinecoach hilfreich für dich? <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie beurteilst du die Wichtigkeit der Themen für dich und deine Zukunft? ○ Hat er dich motiviert, dich mit dem Arztwechsel und/oder anderen Themen auseinanderzusetzen? ○ Hat er dir Sicherheit für den Arztwechsel gegeben? ○ Hast du neue Informationen und Tipps erhalten? • Hast du Verbesserungsvorschläge für den Onlinecoach? <p><u>Falls nein:</u> Aus welchem Grund hast du ihn nicht genutzt?</p> <p><u>Alle:</u> Findest du eine Webseite oder App geeignet, um sich auf den Arztwechsel und andere Themen des Erwachsenwerdens vorzubereiten? (ggf. Vor-/Nachteile)</p> <p>Hättest du Interesse an einem Workshop, bei dem du dich 1-2 Tage lang direkt mit einem Behandlungsteam und anderen Jugendlichen zu diesen Themen austauschen kannst? Falls ja, anstatt des Onlinecoachs oder zusätzlich? Falls nein, warum nicht?</p>
Erfolgte Transition	<p>Wie gut fühltest/ fühlst du dich auf den Arztwechsel vorbereitet auf einer Skala von sehr gut bis sehr schlecht?</p> <p>Hattest/Hast Du alle wichtigen Informationen für den Wechsel (u.a. Ablauf, Arztbrief, Befunde)?</p> <p>Bist du nun bei einem Facharzt für Erwachsene in Behandlung?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <p><u>Falls ja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hat der Wechsel gut geklappt? • Bist du zufrieden mit der Behandlung dort? • Wer oder was hat dir beim Wechsel am meisten geholfen (z.B. Eltern, Arzt)?

	<ul style="list-style-type: none"> • Hat dir AOKTrio dabei geholfen? <p><u>Falls nein:</u> Woran hat das gelegen? Wo bist du jetzt in Behandlung?</p>
Fragenblock III: Zufriedenheit und Verbesserungsvorschläge (10-20 Minuten)	
Erfüllung Erwartungen	<p>Hat die Teilnahme an AOKTrio deine Erwartungen erfüllt?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hat es dir mehr oder weniger geholfen als du erwartet hast? • War der zeitliche Aufwand angemessen oder war es aufwändiger als erwartet?
Zufriedenheit	<p>Wie zufrieden warst du insgesamt mit deiner Teilnahme an AOKTrio auf einer Skala von sehr zufrieden bis gar nicht zufrieden?</p> <p>Was hat dir gut gefallen?</p> <p>Was hat dir nicht so gut gefallen?</p> <p>Was könnte verbessert werden?</p> <p style="padding-left: 40px;">Welche zusätzlichen Hilfen für den Arztwechsel hättest du dir gewünscht?</p> <p>Würdest Du AOKTrio an andere Jugendliche weiterempfehlen, bei denen der Arztwechsel ansteht?</p>
Fragenblock IV: Abschluss (5 Minuten)	
<p>Nun haben wir über Deine Erfahrungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich AOKTrio gesprochen. Gibt es irgendetwas, über das wir nicht gesprochen haben, das dir aber wichtig ist?</p> <p>Hast du abschließend Fragen?</p> <p>VIELEN DANK!</p>	

Anlage A3. Interviewleitfaden Ärzt*innen

Einleitung (5 Minuten)	
Vorstellung der Wissenschaftler und Nennung des Ziels	<p>Ich bin Wissenschaftliche*r Mitarbeiter*in am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover.</p> <p>Wie Sie bereits in den Einladungsschreiben erfahren haben, geht es um Ihre Erfahrungen mit der Transition sowie um das Programm AOKTrio der AOK Niedersachsen. Als unabhängiges Institut untersuchen wir die Zufriedenheit der beteiligten Parteien mit dem Programm und wie es verbessert werden könnte.</p> <p>Das Ziel ist, von Ihnen als Vertreterinnen und Vertreter der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, in Erfahrung zu bringen wie der Transitionsprozess bei Ihnen abläuft und welche Hürden sowie Barrieren es gibt. Zudem möchten wir Aspekte identifizieren, die Sie an dem Programm AOKTrio positiv und negativ finden, um einen Beitrag für die Weiterentwicklung zukünftiger Versorgungsprogramme für chronisch kranke Jugendliche zu leisten.</p> <p>Das Interview wird zu dem angegebenen wissenschaftlichen Zweck aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht. Die gewonnenen Daten werden anonymisiert. Sie haben jederzeit die Möglichkeit aus dem Interview auszusteigen und betreffende Daten löschen zu lassen.</p>
Einwilligung in die Tonaufnahme	<p>Nun würden wir gerne mit dem Interview und damit auch mit der Tonaufnahme starten.</p> <p>Haben Sie noch Rückfragen zu dem Interview oder Bedenken?</p> <p>Bevor wir beginnen benötigen wir Ihr Einverständnis zur Teilnahme. An dieser Stelle bitten wir Sie um Ihr mündliches Einverständnis.</p>
Fragenblock I: Einstiegsfragen Transition (5 Minuten)	
Transition allgemein.	<p>Zu Beginn möchten wir mit Ihnen über die Transition im Allgemeinen sprechen.</p> <ul style="list-style-type: none">- Welche Relevanz hat das Thema Transition in Ihrem ärztlichen Alltag?- Was sind die Schwierigkeiten, die Sie generell bei der Transition von Jugendlichen in die Erwachsenenmedizin sehen?- Wie könnten diese Schwierigkeiten behoben/umgangen werden? Wie sähe die ideale Unterstützung für Jugendliche und ihre Ärzte aus Ihrer Sicht aus?- Ist ein Versorgungsvertrag aus Ihrer Sicht geeignet, um die Schwierigkeiten bei der Transition zu beheben/reduzieren?

Fragenblock II: Einstiegsfragen AOKTrio (5 Minuten)	
Erstkontakt/Zugang	<p>Nun möchten wir mit Ihnen über das Programm AOKTrio sprechen. Wie haben Sie von AOKTrio erfahren?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie sind Sie auf AOKTrio aufmerksam geworden? • Wie wurden Sie darüber informiert? • Waren diese Informationen angemessen oder haben Ihnen beispielsweise Informationen gefehlt? Welche? • Wie sollte man Ärzte Ihrer Meinung nach über solche Angebote informieren?
Motivation und Gründe für die Teilnahme	<p>Was hat Sie bewogen, an AOKTrio teilzunehmen?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was waren die Gründe für Ihre Teilnahme an AOKTrio? <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Gründe haben dafür gesprochen? ○ Welche Zweifel gab es? • Gab es einen ausschlaggebenden Grund?
Erwartungen	Welche Erwartungen hatten Sie an AOKTrio?
Falls keine Aussagen zu AOKTrio möglich sind, direkt zur Frage zu weiteren Programmen springen (siehe unten, orange markiert)	
Fragenblock III: Erfahrungen (5 Minuten)	
Einschreibung in das Programm/Anfangszeit	<p>Nun möchten wir von Ihnen wissen, welche Erfahrungen Sie mit dem Programm gesammelt haben. Welche Erfahrungen haben Sie in der Anfangszeit gesammelt?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie lief Ihre Einschreibung in AOKTrio ab? Hat alles problemlos geklappt oder gab es Schwierigkeiten? • Wie ging es dann weiter? • Was hätte Ihnen den Einstieg in das Programm erleichtert?
Einschreibung von Patienten	<p>Haben Sie das Programm allen in Frage kommenden Jugendlichen angeboten oder haben Sie die Jugendlichen nach bestimmten Kriterien ausgewählt (abgesehen von Versicherung, Alter, Diagnose)? Welche waren das?</p> <p>Wie viele Jugendliche haben Sie in das Programm eingeschrieben?</p> <p>War die Einschreibung der Teilnehmer problemlos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie beurteilen Sie den Zeitaufwand für die Ansprache von geeigneten Jugendlichen? (angemessen oder zu umfangreich) • Gab es (weitere) Faktoren, die Sie daran gehindert haben, Patienten einzuschreiben? • Was hätte es Ihnen erleichtert, Patienten einzuschreiben? • Waren die zur Verfügung gestellten Unterlagen hilfreich und verständlich? (z.B. Schreibtischunterlage)
Nutzung der Module	Für wie sinnvoll halten Sie die einzelnen Module von

<p>(Nur wenn Arzt Jugendliche eingeschrieben hat)</p>	<p>AOKTrio zur Unterstützung der Transition?</p> <p>Wie beurteilen Sie die einzelnen Module hinsichtlich Umsetzbarkeit im Praxisalltag?</p> <p><i>Module</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Transitionsgespräch • Onlinecoach • Zusatzmaterialien, z.B. Checkliste für das Transitionsgespräch, Muster-Epikrisen, Flyer für Jugendliche • Einschalten der Terminservicestelle • Ausführliche Epikrise für weiterbehandelnden Facharzt • Gemeinsame Fallbesprechung mit Weiterbehandlern
<p>Erfolgte Transition (Nur wenn Arzt Jugendliche eingeschrieben hat)</p>	<p>Wie hat der Arztwechsel der eingeschriebenen Jugendlichen aus Ihrer Sicht geklappt?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie eine Rückmeldung erhalten, ob der Arztwechsel erfolgreich war (vom weiterbetreuenden Arzt oder vom Jugendlichen/ der Familie)? Wenn ja, von wie vielen der von Ihnen Angesprochenen? (Schätzung in ca. %) • Was hat zum Erfolg/Misserfolg beigetragen? • Haben Sie AOKTrio dabei als hilfreich empfunden?
<p>Weitere Programme</p>	<p>Nehmen oder nahmen Sie an ähnlichen Programmen zur Unterstützung der Transition teil? (z. B. TransFIT, Berliner Transitionsprogramm)</p> <p>Falls ja: Welche Vorteile oder Nachteile hat AOKTrio gegenüber anderen Programmen?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anderes Leistungsspektrum? • Einfache Handhabung und Verständlichkeit • Bessere Vergütung? • Für alle/mehr Kassen offen? • Mehr Einschlussdiagnosen? • Weniger administrativer/zeitlicher Aufwand?
<p>Fragenblock IV: Zufriedenheit und Verbesserungsvorschläge (20-30 Minuten)</p>	
<p>Erfüllung Erwartungen</p>	<p>Hat die Teilnahme an AOKTrio Ihre Erwartungen erfüllt?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hat es Ihren Patienten mehr oder weniger geholfen als erwartet? • War es für Sie aufwändiger oder weniger aufwändig als erwartet? • War das Programm in dieser Form alltagstauglich?
<p>Hürden und Barrieren</p>	<p>Bislang haben wir über Ihre Erfahrungen mit AOKTrio geredet, nun möchten wir mit Ihnen gemeinsam ausarbeiten, was Sie am Programm gut und weniger gut fanden.</p>

	<p><u>Notierte Potentiale, Hürden und Barrieren nennen.</u></p> <p>Wo sehen Sie noch weitere Potentiale des Programms?</p> <p>Wo sehen Sie noch weitere Hürden und Barrieren, welche die Umsetzung des Programms behindern?</p>
Verbesserungsvorschläge	<p>Nun haben Sie (viele/einige) hinderliche Aspekte an dem Programm genannt. Jetzt möchten wir gerne von Ihnen erfahren, was sich ändern müsste, um die zusammengetragenen Hürden zu überwinden?</p> <p>Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie weitere Ideen ... • Aspekt XY wurde noch gar nicht überdacht. Sehen Sie hier auch Möglichkeiten, wie sich das verbessern ließe? • Denken Sie man müsste andere Anreize setzen? Für Ärzte (ggf. Vergütung erhöhen) • Für Jugendliche (z.B. andere Materialien, Angebote oder Inhalte) • Administrative Vereinfachungen (z.B. Einbezug von MFAs in den Ablauf)
Zufriedenheit	<p>Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit AOKTrio? Würden Sie AOKTrio anderen Kollegen empfehlen?</p>
<p>Fragenblock V: Abschluss (5-10 Minuten)</p>	
<p>Nun haben wir über Ihre Erfahrungen, Barrieren und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Programms gesprochen. Gibt es irgendetwas über das wir nicht gesprochen haben, das Ihnen aber wichtig ist.</p> <p>Haben Sie abschließend Fragen?</p> <p>An dieser Stelle möchten wir das Interview abschließen und danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Teilnahme.</p>	