

# Diagnosesicherung

(zu Anlage 2)

zum

## Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS



Alles Gute.



### Klinisch psychiatrisches Syndrom

#### 1. Hauptdiagnose:

\_\_\_\_\_

ICD-10, 5-stellig: | F | \_ | \_ | \_ | . | \_ | \_ | \_ |

Sicherheitsgrad:  1 sicher  2 unsicher

#### 2. Diagnose Achse I:

\_\_\_\_\_

ICD-10, 5-stellig: | F | \_ | \_ | \_ | . | \_ | \_ | \_ |

Sicherheitsgrad:  1 sicher  2 unsicher

#### 3. Diagnose Achse I:

\_\_\_\_\_

ICD-10, 5-stellig: | F | \_ | \_ | \_ | . | \_ | \_ | \_ |

Sicherheitsgrad:  1 sicher  2 unsicher

### Umschriebene Entwicklungsstörungen

- F80.0 Artikulationsstörung
- F80.1 Expressive Sprachstörung
- F80.2 Rezeptive Sprachstörung
- F80.3 Erworbene Aphasie m. Epilepsie (Landau-Kleffner-Synd.)
- F80.8 Sonst. Entwicklungsstörg. d. Sprechens od. d. Sprache
- F80.9 Entwicklungsst. d. Sprechens od. d. Sprache, n.n.Bez.
- F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung
- F81.1 Isolierte Rechtschreibstörung
- F81.2 Rechenstörung
- F81.3 Kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten
- F81.8 Sonstige Entwicklungsstörung schul. Fertigkeiten
- F81.9 Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, n.n.Bez.
- F82 Umschriebene Entwicklungsstörg. der motor. Funktionen
- F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
- F88 Andere Entwicklungsstörungen
- F89 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung

### Entwicklungsstand / Intelligenz

- |                            |                                    |              |
|----------------------------|------------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | sehr hohe Intelligenz              | IQ > 129     |
| <input type="checkbox"/> 2 | hohe Intelligenz                   | IQ 115 - 129 |
| <input type="checkbox"/> 3 | durchschnittliche Intelligenz      | IQ 85 - 114  |
| <input type="checkbox"/> 4 | niedrige Intelligenz               | IQ 70 - 84   |
| <input type="checkbox"/> 5 | leichte Intelligenzminderung       | IQ 50 - 69   |
| <input type="checkbox"/> 6 | mittelgradige Intelligenzminderung | IQ 35 - 49   |
| <input type="checkbox"/> 7 | schwere Intelligenzminderung       | IQ 20 - 34   |
| <input type="checkbox"/> 8 | schwerste Intelligenzminderung     | IQ < 20      |
| <input type="checkbox"/> 9 | Intelligenzniveau nicht bekannt    |              |

### Körperlicher – neurologischer Befund

1. \_\_\_\_\_

ICD-10, 5-stellig: | \_ | \_ | \_ | \_ | . | \_ | \_ | \_ |

2. \_\_\_\_\_

ICD-10, 5-stellig: | \_ | \_ | \_ | \_ | . | \_ | \_ | \_ |

3. \_\_\_\_\_

ICD-10, 5-stellig: | \_ | \_ | \_ | \_ | . | \_ | \_ | \_ |

### Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

- 0 hervorragende / gute soziale Anpassung
- 1 befriedigende soziale Anpassung
- 2 leichte soziale Beeinträchtigung
- 3 mäßige soziale Beeinträchtigung
- 4 deutliche soziale Beeinträchtigung
- 5 deutl. u. übergreifende (durchgängige) soz. Beeinträchtigung
- 6 tiefgreifende u. schwerwiegende soz. Beeinträchtigung
- 7 braucht beträchtliche Betreuung
- 8 braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)
- 9 Information fehlt

# Psychosozialer Hintergrund

1 = unzutreffend, 2 = trifft zu, 9 = logisch nicht möglich / unbekannt				
<b>1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen</b>				
1.0	Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung .....	1	2	9
1.1	Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen .....	1	2	9
1.2	feindliche Ablehnung / Sündenbockzuweisung gg. Kind .....	1	2	9
1.3	körperliche Kindesmisshandlung .....	1	2	9
1.4	sexueller Missbrauch (innerhalb der Familie).....	1	2	9
1.8	andere:.....	1	2	9
<b>2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie</b>				
2.0	psych. Störung / abweichendes Verhalten eines Elternteils .....	1	2	9
2.1	Behinderung eines Elternteils .....	1	2	9
2.2	Behinderung der Geschwister.....	1	2	9
2.8	andere:.....	1	2	9
<b>3. Inadäquate/verzerrte intrafamiliäre Kommunikation</b>				
<b>4. Abnorme Erziehungsbedingungen</b>				
4.0	elterliche Überfürsorge .....	1	2	9
4.1	unzureichende elterliche Aufsicht/Steuerung .....	1	2	9
4.2	Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt .....	1	2	9
4.3	unangem. Anforderungen/Nötigungen d. Eltern .....	1	2	9
4.8	andere:.....	1	2	9
<b>5. Abnorme unmittelbare Umgebung</b>				
5.0	Erziehung in einer Institution.....	1	2	9
5.1	abweichende Elternsituation.....	1	2	9
5.2	isolierte Familie .....	1	2	9
5.3	Lebensbed. mit mögl. psychosoz. Gefährdung .....	1	2	9
5.8	andere:.....	1	2	9
<b>6. Akute, belastende Lebensereignisse</b>				
6.0	Verlust einer Liebes- oder engen Beziehung .....	1	2	9
6.1	bedrohl. Umstände infolge von Fremdunterbringung .....	1	2	9
6.2	negative veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder .....	1	2	9
6.3	Ereignisse, die zur Herabsetzg. d. Selbstachtg. führen.....	1	2	9
6.4	sexueller Missbrauch außerhalb der Familie.....	1	2	9
6.5	unmittelbare, beängstigende Ereignisse .....	1	2	9
6.8	andere:.....	1	2	9
<b>7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren</b>				
7.0	Verfolgung oder Diskriminierung.....	1	2	9
7.1	Migration oder soziale Verpflanzung.....	1	2	9
7.8	andere:.....	1	2	9
<b>8. Chronische Belastung im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit</b>				
8.0	abnorme Streitbeziehung mit Schülern/Mitarb. ....	1	2	9
8.1	Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder .....	1	2	9
8.2	allg. Unruhe in Schule/Arbeitssituation.....	1	2	9
8.8	andere:.....	1	2	9
<b>9. Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Beziehungen des Kindes</b>				
9.0	institutionelle Erziehung.....	1	2	9
9.1	bedrohl. Umstände infolge v. Fremdunterbringung .....	1	2	9
9.2	abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen.....	1	2	9
9.8	andere:.....	1	2	9

# Verdachtsdiagnose

(zu Anlage 1)

zum

## Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS



Alles Gute.



Der Verdacht auf ADHS bei

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

wurde gestellt, weil folgende Hinweise auf die Kernsymptome von ADHS in deutlicher Ausprägung vorliegen:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| auffällig unruhig und impulsiv             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| oder auffällig unaufmerksam                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| oder in allen drei Kernsymptomen auffällig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Diese Problematik (*alle folgenden Kriterien müssen erfüllt sein*)

- tritt sowohl in der Familie als auch im Kindergarten/in der Schule auf
- hat vor der Einschulung, spätestens aber kurz danach begonnen
- dauert über mehr als 6 Monate an
- wird als belastend erlebt oder beeinträchtigt die soziale, schulische bzw. berufliche Funktionsfähigkeit.

Verdacht auf komorbide Störungen:

---

---

---

---

---

---

---

---

Zusatzinformationen / Bemerkungen  
(z.B. Hinweise auf genetische Belastung):

---

---

---

---

---

---

---

---

Datum

Stempel/Unterschrift

# Patienteninformation

(zu Anlage 7)

zum

## Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS



Alles Gute.



Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Eingeschrieben am:

Arztstempel Behandler

### Diagnose und Ausgangssituation

Verdachtsdiagnose am: durch:

Diagnosesicherung am: durch:

ggf. außerdem beteiligtes Teammitglied:

Kernsymptome	Grad der Symptomatik			
	gar nicht	mäßig	deutlich	sehr stark
Aufmerksamkeitsstörung				
Hyperaktivität				
Impulsivität				

### Zusatzkriterien

Vor dem Alter von 6-7 Jahren	ab wann?		
Mind. seit 6 Monaten	seit      Monaten /      Jahren		
Verschied. Lebensbereiche	Familie	Schule/KiGa	Spiel
Belastend	sozial + ++ +++ +++++		Leistung + ++ +++ +++++
Durch eine andere Diagnose besser beschrieben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Definition / Diagnosekriterien für ADHS und/oder HKS erfüllt?     ja     nein

Subtyp: ADHS    - vorwiegend unaufmerksam  
                      - hyperaktiv – impulsiv  
                      - kombinierter Typ

HKS    - Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit  
          - Hyperkinetische Störung mit Störung des Sozialverhaltens

ADHS in der Familie? Wer?

Komorbiditäten:

Was ist das größte Problem?

Wann im Tagesverlauf die meisten Probleme?

## Therapie und Verlauf

Datum:

Behandler:

Maßnahmen zuhause:

Maßnahmen in Schule / Kindergarten:

Nichtmedikamentöse Therapien:

Medikamentöse Therapie:

Kontrolltermin am:

Fallgespräch?

Sonstiges:

**Datum**

**Unterschrift**

[Für die fortlaufende Dokumentation bei den Kontrolluntersuchungen ist der Abschnitt „Therapie und Verlauf“ (Seite 2) zu kopieren, auszufüllen und der Patienteninformation beizuheften]

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Alles Gute.



Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

### Diagnose und Ausgangssituation

Verdachtsdiagnose am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

Diagnosesicherung am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

ggf. außerdem beteiligtes Teammitglied: \_\_\_\_\_

### Therapie und Verlauf

Maßnahmen zuhause:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Maßnahmen in Schule / Kindergarten:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Medikamentöse Therapie:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fallgespräche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weiterführung der Therapie erforderlich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Datum**

Der Bericht ist nach § 3 Abs. 5 des Vertrages halbjährlich ergänzt um Therapie und Verlauf an die **Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg** zur Weiterleitung an die zuständige Krankenkasse zu übermitteln.