

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				
1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen				
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
2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie				
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
3. Inadäquate/verzerrte intrafamiliäre Kommunikation				
4. Abnorme Erziehungsbedingungen				
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
5. Abnorme unmittelbare Umgebung				
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
6. Akute, belastende Lebensereignisse				
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
7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren				
7.0	Verfolgung oder Diskriminierung.....	1	2	9
7.1	Migration oder soziale Verpflanzung.....	1	2	9
7.8	andere:.....	1	2	9
8. Chronische Belastung im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit				
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
9. Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Beziehungen des Kindes				
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	Ausprägung			
	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.