

Herzlich Willkommen!

5 Jahre HZV Refresher



Teil 1

Qualitätszirkelbaustein Kodierung im Kindes- und Jugendalter



bvkJ.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

MEDI  **VERBUND**
BADEN-WÜRTTEMBERG E.V.

AOK
Die Gesundheitskasse.

Die WHO im Kontext Kodierung



Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt die Kodierung als international verbindlichen Standard von Medizinern für Mediziner

- ✓ für eine **weltweit vergleichbare Informationsgrundlage** zu Krankheitsverläufen und zur aktuellen Sterblichkeit, z.B. HIV, Zivilisationserkrankungen oder Krebs
- ✓ für die Verbesserung der medizinischen Versorgung und Forschung inzwischen **in mehr als 100 Ländern, übersetzt in 43 Sprachen**
- ✓ um Erkrankungsbedingungen im Verlauf und regionenbezogen zu erkennen
- ✓ um Gesundheitsversorgung und die Zuordnung von Ressourcen zu steuern - dadurch werden bereits über 70 % der weltweiten Gesundheitsausgaben zugeordnet und erstattet

Damit dient die WHO und die ICD-Verschlüsselung nicht nur der vereinfachten weltweiten Kommunikation zu komplexen medizinischen Inhalten, sondern auch der kontinuierlichen Erhebung und Sicherung des Versorgungsbedarfs abgestimmt auf die individuellen und regionalen Bedürfnisse.

Das DIMDI - die „ICD-10-Übersetzer“

Startseite

Suchbegriff eingeben

Das DIMDI **Klassifikationen** Medizinprodukte Arzneimittel Weitere Fachdienste

Link zum
systematischen
Verzeichnis,
ICD-10-Katalog



02.12.2019

OPS und ICD-10-GM: Vorschlagsverfahren für Version 2021 eröffnet

Zur Nachricht

Ab sofort nehmen wir Änderungsvorschläge für die Version 2021 der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS entgegen.

OPS 2020: Alphabet erschienen

ICD-10 (WHO und GM): U07.0 kodiert Gesundheitsstörungen durch E-Zigaretten

Aktuelle Stellenangebote



FAQ



KONTAKT



NEWSLETTER



BÜRGER-INFORMATIONEN

Informationen für Fachkreise



Bestellanfrage für die ICF-Buchausgabe

Für Bestellungen des ICF-Buchs nutzen Sie bitte



ICD und OPS

Von uns herausgegebene Klassifikationen für Krankheiten



Konformitätsbescheinigung

Bei uns erhalten Sie die EU-Konformitätsbescheinigungen

Themen-
Überblick

Das DIMDI - die „ICD-10-Übersetzer“

Systematisches Verzeichnis

Kode-Suche in ICD-10-GM
Version 2020

Dreisteller-Eingabe:

Übersicht über die Kapitel

Kapitel	Gliederung	Titel
<u>I</u>	<u>A00-B99</u>	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
<u>II</u>	<u>C00-D48</u>	Neubildungen
<u>III</u>	<u>D50-D90</u>	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
<u>IV</u>	<u>E00-E90</u>	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
<u>V</u>	<u>F00-F99</u>	Psychische und Verhaltensstörungen
<u>VI</u>	<u>G00-G99</u>	Krankheiten des Nervensystems
<u>VII</u>	<u>H00-H59</u>	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
<u>VIII</u>	<u>H60-H95</u>	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
<u>IX</u>	<u>I00-I99</u>	Krankheiten des Kreislaufsystems
<u>X</u>	<u>J00-J99</u>	Krankheiten des Atmungssystems
<u>XI</u>	<u>K00-K93</u>	Krankheiten des Verdauungssystems
<u>XII</u>	<u>L00-L99</u>	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
<u>XIII</u>	<u>M00-M99</u>	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
<u>XIV</u>	<u>N00-N99</u>	Krankheiten des Urogenitalsystems
<u>XV</u>	<u>O00-O99</u>	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
<u>XVI</u>	<u>P00-P96</u>	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
<u>XVII</u>	<u>Q00-Q99</u>	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
<u>XVIII</u>	<u>R00-R99</u>	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
<u>XIX</u>	<u>S00-T98</u>	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
<u>XX</u>	<u>V01-Y84</u>	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
<u>XXI</u>	<u>Z00-Z99</u>	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
<u>XXII</u>	<u>U00-U99</u>	Schlüsselnummern für besondere Zwecke

Krankheitsgruppen eines Kapitels

Kapitel IV **Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten** **(E00-E90)**

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- E00-E07 Krankheiten der Schilddrüse
- E10-E14 Diabetes mellitus
- E15-E16 Sonstige Störungen der Blutglukose-Regulation und der inneren Sekretion des Pankreas
- E20-E35 Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen
- E40-E46 Mangelernährung
- E50-E64 Sonstige alimentäre Mangelzustände
- E65-E68 Adipositas und sonstige Überernährung
- E70-E90 Stoffwechselstörungen



Untergruppe

Diabetes mellitus
(E10-E14)

Das DIMDI - die „ICD-10-Übersetzer“

E10.- Diabetes mellitus, Typ 1

[4. und 5. Stellen siehe am Anfang dieser Krankheitsgruppe]

- Inkl.:** Diabetes mellitus:
- juveniler Typ
 - labil [brittle]
 - mit Ketoseneigung

- Exkl.:** Diabetes mellitus:
- beim Neugeborenen (P70.2)
 - in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] (E12.-)
 - pankreopriv (E13.-)
 - während der Schwangerschaft, der Geburt oder des Wochenbettes (O24.-)

Gestörte Glukosetoleranz (R73.0)

Glukosurie:

- renal (E74.8)
- o.n.A. (R81)

Postoperative Hypoinsulinämie, außer pankreopriver Diabetes mellitus (E89.1)

E11.- Diabetes mellitus, Typ 2

[4. und 5. Stellen siehe am Anfang dieser Krankheitsgruppe]

- Inkl.:** Diabetes (mellitus) (ohne Adipositas) (mit Adipositas):
- Alters-
 - Erwachsenentyp
 - ohne Ketoseneigung
 - stabil

Nicht primär insulinabhängiger Diabetes beim Jugendlichen

Typ-2-Diabetes unter Insulinbehandlung

- Exkl.:** Diabetes mellitus:
- beim Neugeborenen (P70.2)
 - in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] (E12.-)
 - pankreopriv (E13.-)
 - während der Schwangerschaft, der Geburt oder des Wochenbettes (O24.-)

Gestörte Glukosetoleranz (R73.0)

Glukosurie:

- renal (E74.8)
- o.n.A. (R81)

Postoperative Hypoinsulinämie, außer pankreopriver Diabetes mellitus (E89.1)

Aufspaltung ICD-Kodes

Hinweis 4. und 5. Stelle

Hinweis Exkl. und Inkl.

**Hinweis
anderer ICD-Kode**

Diabetes mellitus (E10-E14)

Aufspaltung der Untergruppe

Soll bei Arzneimittelinduktion die Substanz angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (Kapitel XX) zu benutzen.

Die folgenden vierten Stellen sind bei den Kategorien E10-E14 zu benutzen:

.0 Mit Koma

- Diabetisches Koma:
- hyperosmolar
 - mit oder ohne Ketoazidose

Hyperglykämisches Koma n.p.A.

Exkl.: Hypoglykämisches Koma (.6)

Hinweis 4. und 5. Stelle

Hinweis Exkl. und Inkl.

.1 Mit Ketoazidose

- Diabetisch:
- Azidose ohne Angabe eines Kommas
 - Ketoazidose

.2† Mit Nierenkomplikationen

- Diabetische Nephropathie (**N08.3***)
Intrakapilläre Glomerulonephrose (**N08.3***)
Kimmelstiel-Wilson-Syndrom (**N08.3***)

Hinweis Kreuz-Stern-Diagnose

.3† Mit Augenkomplikationen

- Diabetisch:
- Katarakt (**H28.0***)
 - Retinopathie (**H36.0***)

.4† Mit neurologischen Komplikationen

- Diabetisch:
- Amyotrophie (**G73.0***)
 - autonome Neuropathie (**G99.0***)
 - autonome Polyneuropathie (**G99.0***)
 - Mononeuropathie (**G59.0***)
 - Polyneuropathie (**G63.2***)

Diagnosekodierung nach ICD-10-GM



198 B99-B99 C00-C97 C00
39 C40-C41 C43-C44 C45-
53 **ICD-10** C73-
77-C97 D37
20-A28 A30-A49 A50-A64 A65-
40-A89 A90-A99 B15-B19 B20-
201 D00 D01 D02 D03 D04 D05

Diagnosekodierung nach ICD-10-GM

Grundlagen



- ✓ **Chronische Krankheiten** sollten **jedes Quartal** dem Krankheitsstand entsprechend **verschlüsselt** werden
- ✓ Alle Diagnosen sind **so spezifisch wie möglich** zu kodieren
- ✓ **Gesicherte Diagnosen** sind mit dem Zusatzkennzeichen „**G**“ zu verschlüsseln
- ✓ Kodierung ist dem **Verlauf** und **Schweregrad** der Erkrankung **anzupassen**
- ✓ Bei der **Verordnung diagnosespezifischer Medikamente** ist die entsprechende Diagnose anzugeben


Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit:

- V** für eine Verdachtsdiagnose
- G** für eine gesicherte Diagnose
- A** für eine ausgeschlossene Diagnose
- Z** für einen (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose



Die Verschlüsselung von **Diabetes mellitus** basiert auf folgenden drei Kriterien:

- **Typus** des Diabetes mellitus als 3. Stelle: **Typ 1** E10, **Typ 2** E11
 - in gesichertem, ursächlichem Zusammenhang stehende **Komplikationen** als 4. Stelle
 - gegenwärtige **Stoffwechsellage** im Sinne von **entgleist/nicht entgleist** als 5. Stelle
- Eine oder mehrere **Komplikation(en)** sind anzugeben, wenn die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt sind.
- Ein Diabetes mellitus ist **nur dann mit .9** zu verschlüsseln, wenn **keine Komplikationen** vorliegen.



E10.- Diabetes mellitus, Typ 1

E11.- Diabetes mellitus, Typ 2

Hinweis:

Kreuz-Stern-System beachten

Kreuz † = Ätiologie

Stern * = Manifestation



4. Stelle: Komplikationen z.B.

.2 † mit Nierenkomplikationen

.3 † mit Augenkomplikationen

.4 † mit neurologischen Komplikationen

.5 † mit peripheren vaskulären
Komplikationen

.7 † mit multiplen Komplikationen

.9 ohne Komplikationen



Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis (K50-K52)

Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn] (K50.-)

K50.0 Crohn-Krankheit des Dünndarmes

K50.1 Crohn-Krankheit des Dickdarmes

K50.8- Sonstige Crohn-Krankheit

K50.80 Crohn-Krankheit des Magens

K50.81 Crohn-Krankheit der Speiseröhre

K50.82 Crohn-Krankheit der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes,
mehrere Teilbereiche betreffend

K50.88 Sonstige Crohn-Krankheit

Colitis ulcerosa (K51.-)

K51.0 Ulzeröse (chronische) Pankolitis

K51.2 Ulzeröse (chronische) Proktitis

K51.3 Ulzeröse (chronische) Rektosigmoiditis

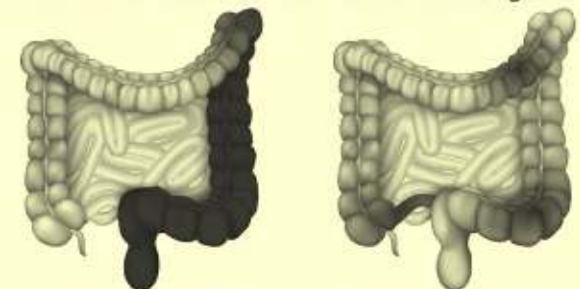
K51.4 Inflammatorische Polypen des Kolons

K51.5 Linksseitige Kolitis

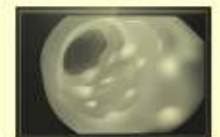
K51.8 Sonstige Colitis ulcerosa

K52.9 Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht
näher bezeichnet, Inkl.: Diarrhoe, Enteritis, Ileitis,
Jejunitis, Sigmoiditis → als nichtinfektiös bezeichnet

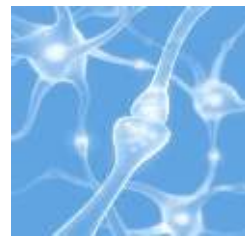
Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen



Colitis ulcerosa



Morbus Crohn



Epilepsie (G40.-)

Exkl.: Anfall o.n.A. (R56.8), Krampfanfall o.n.A. (R56.8), Landau-Kleffner-Syndrom (F80.3) Status epilepticus (G41.-), Todd-Paralyse (G83.88)

G40.0- Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome mit fokal beginnenden Anfällen

G40.1 Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen

G40.2 Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen

G40.3 Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome

G40.4 Sonstige generalisierte Epilepsie und epileptische Syndrome

G40.5 Spezielle epileptische Syndrome

G40.6 Grand-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit mal)

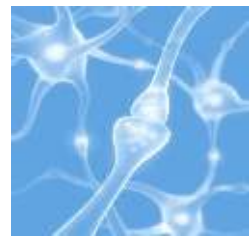
G40.7 Petit-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet, ohne Grand-mal-Anfälle

G40.8 Sonstige Epilepsien

Inkl.: Epilepsien und epileptische Syndrome, unbestimmt, ob fokal oder generalisiert

G40.9 Epilepsie, nicht näher bezeichnet

Inkl.: Epileptische Anfälle o.n.A., Konvulsionen o.n.A.



Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome (G80-G83)

Infantile Zerebralparese (G80.-)

G80.0 Spastische tetraplegische Zerebralparese

G80.1 Spastische diplegische Zerebralparese

G80.2 Infantile hemiplegische Zerebralparese

G80.3 Dyskinetische Zerebralparese

G80.4 Ataktische Zerebralparese

G80.8 Sonstige infantile Zerebralparese





Entwicklungsstörungen (F80-F89)

Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80.-)

F80.0 Artikulationsstörung

F80.1 Expressive Sprachstörung

F80.2- Rezeptive Sprachstörung

F80.20 Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung [AVWS]

F80.28 Sonstige rezeptive Sprachstörung

F80.8 Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache, Inkl.: Lispeln

Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81.-)

F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung

F81.1 Isolierte Rechtschreibstörung

F81.2 Rechenstörung

F81.3 Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten

F81.8 Sonstige Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten

Inkl.: Entwicklungsbedingte expressive Schreibstörung

F81.9 Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, nicht näher bezeichnet

Inkl.: Lernbehinderung o.n.A. Lernstörung o.n.A. Störung des Wissenserwerbs o.n.A.



Entwicklungsstörungen (F80-F89)

Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (F82.-)

F82.0 Umschriebene Entwicklungsstörung der Grobmotorik

F82.1 Umschriebene Entwicklungsstörung der Fein- und Graphomotorik

F82.2 Umschriebene Entwicklungsstörung der Mundmotorik

Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (F83)

Tief greifende Entwicklungsstörungen (F84.-)

Diese Gruppe von Störungen ist gekennzeichnet durch qualitative Abweichungen in den wechselseitigen sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern und durch ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten. Diese qualitativen Auffälligkeiten sind in allen Situationen ein grundlegendes Funktionsmerkmal des betroffenen Kindes. Sollen alle begleitenden somatischen Zustandsbilder und eine Intelligenzminderung angegeben werden, sind zusätzliche Schlüsselnummern zu benutzen

F84.0 Frühkindlicher Autismus

F84.1 Atypischer Autismus

F84.2 Rett-Syndrom

F84.3 Andere desintegrative Störung des Kindesalters

F84.4 Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien

F84.5 Asperger-Syndrom

F84.8 Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen



Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)

Hyperkinetische Störungen (F90.-)

Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen, und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Verschiedene andere Auffälligkeiten können zusätzlich vorliegen. Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und werden oft bestraft, weil sie eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich Regeln verletzen. Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer Distanzstörung und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt. Bei anderen Kindern sind sie unbeliebt und können isoliert sein. Beeinträchtigung kognitiver Funktionen ist häufig, spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung kommen überproportional oft vor. Sekundäre Komplikationen sind dissoziales Verhalten und niedriges Selbstwertgefühl.

F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung Inkl.: Aufmerksamkeitsdefizit bei hyperaktivem Syndrom Hyperaktivitätsstörung, Störung mit Hyperaktivität

F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

F90.8 Sonstige hyperkinetische Störungen

F90.9 Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet Inkl.: Hyperkinetische Reaktion der Kindheit oder des Jugendalters o.n.A., Hyperkinetisches Syndrom o.n.A.



Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)

F91.- Störungen des Sozialverhaltens

F92.- Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

F93.- Emotionale Störungen des Kindesalters

F94.- Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

F95.- Ticstörungen

F98.- Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend



- F43.0** Akute Belastungsreaktion
- F43.2** Anpassungsstörungen
- F43.8** Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung
- F94.1** Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters
- F94.2** Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung
- F94.8** Sonstige Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit
- F98.8** Sonstige näher bez. Verhaltens- und emotionale Störungen m. Beginn in der Kindheit u. Jugendalter
 - .80** Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität mit Beginn in der Kindheit und Jugend
 - .88** Sonstige näher bez. Störungen (Daumenlutschen, exzess. Masturbation, Nägelkauen, Nasebohren)

T73.- Schäden durch sonstigen Mangel

.0 Hunger, **.1** Durst, **.2** Erschöpfung durch Ausgesetztsein, **.8** sonstige Schäden d. Mangel

T74 .- Missbrauch von Personen

.0 Vernachlässigen oder Imstichlassen, **.1., 2., 3** Missbrauch körperlich, sexuell bzw. psychisch, **. 8** Sonstige Formen des Missbrauchs

Z 62 Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf die Erziehung

inkl.: elterliche Überprotektion, Emotionale und andere Formen der Vernachlässigung eines Kindes, Feindseligkeit gegenüber dem Kind und ständige Schuldzuweisung an das Kind, Unangebrachter elterlicher Druck oder andere abnorme Erziehungsmerkmale, Ungenügende elterliche Überwachung und Kontrolle



Bei einer Hyposensibilisierung sollte die Grunderkrankung kodiert werden.

Indikationen entsprechend der Leitlinie sind:

J30.1 Allergische Rhinopathie durch Pollen

J30.2 Sonstige saisonale allergische Rhinopathie

J30.3 Sonstige allergische Rhinopathie

J45.0 Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale

J45.8 Mischformen des Asthma bronchiale

L20.8 Sonstiges atopisches [endogenes] Ekzem (Neurodermitis atopica)

Bienen- und Wespenallergien, sowie weitere spezifische Allergien (Nahrungsmittel, Hausstaub, Tierhaare) können im ICD-10 nicht genauer differenziert werden.

T78.4 Allergie, nicht näher bezeichnet



Hinweis: Die Diagnose *Z51.6 Desensibilisierung gegenüber Allergenen* ist allein nicht ausreichend. Dieser Kode ist unspezifisch und bezieht sich lediglich auf eine Maßnahme.

Teil 2

Qualitätszirkelbaustein Sozialpädiatrie



bvkJ.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

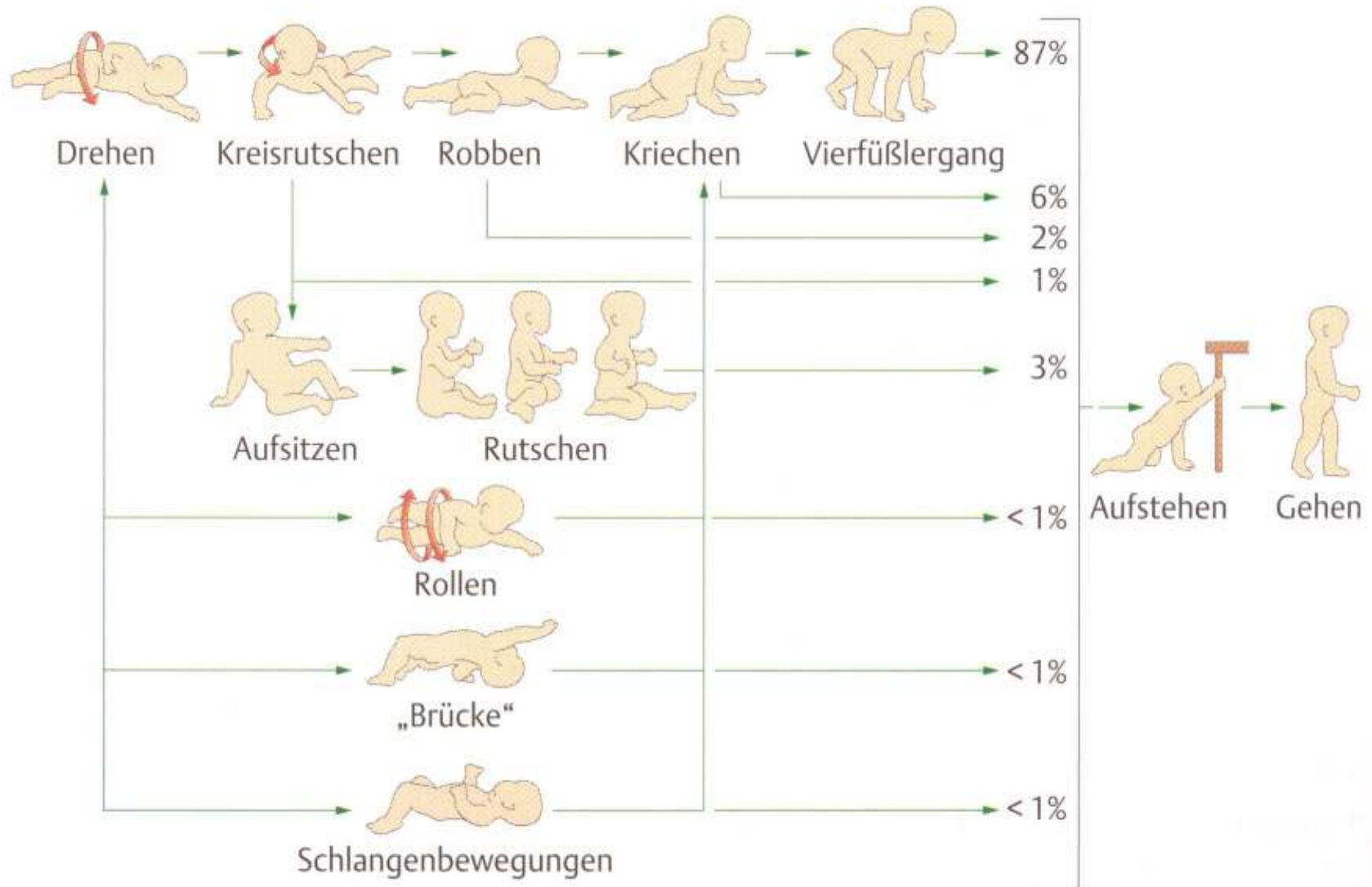
MEDI  **VERBUND**
BADEN-WÜRTTEMBERG E.V.

AOK
Die Gesundheitskasse.

1. Fachdefinition & Variabilität der Entwicklung

- befasst sich mit der variablen Entwicklung und dem Verhalten von gesunden und kranken Kindern vom Säuglingsalter bis in die Adoleszenz
- die Wissenschaft, die sich mit den äußeren Einflüssen auf Gesundheit und Entwicklung im Kindes- und Jugendalter befasst und die Variabilität der Entwicklung beforscht
- Setzt in Prävention, Behandlung und Rehabilitation um, unter besonderer Berücksichtigung von Lebensbewältigung und Teilhabe
- Querschnittswissenschaft in der Kinderheilkunde und Jugendmedizin

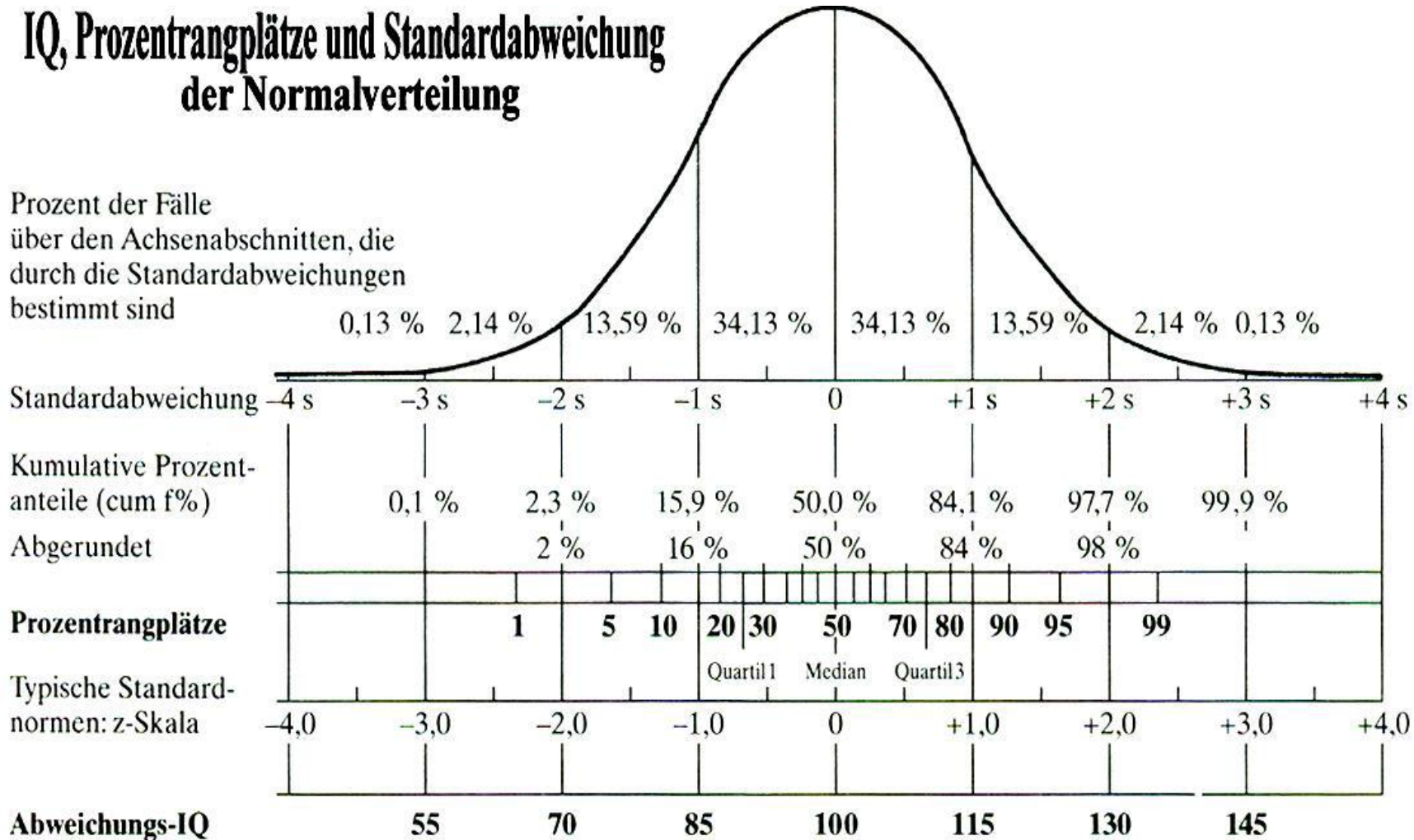
1. Fachdefinition & Variabilität der Entwicklung

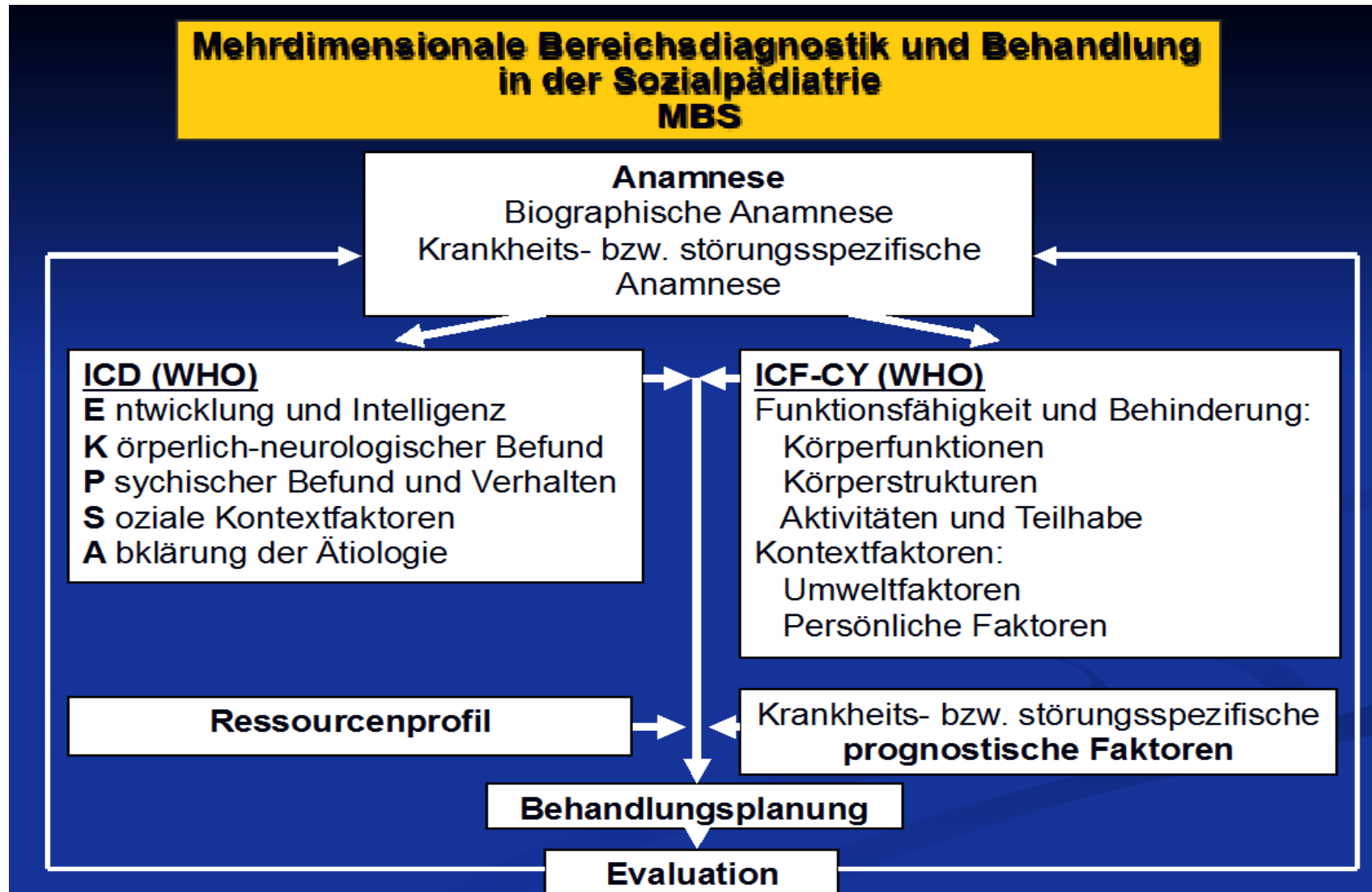


1. Fachdefinition & Variabilität der Entwicklung

IQ, Prozentrangplätze und Standardabweichung der Normalverteilung

Prozent der Fälle über den Achsenabschnitten, die durch die Standardabweichungen bestimmt sind





- Vorstellungsanlass ist primär ein anderer:
Stufe 1: **Screening**
- Vorstellungsanlass ist primär ein sozialpädiatrischer:
Stufe 2: **Basisdiagnostik**

Screening besteht aus

- Fragebogenverfahren

Checkliste zur Erfassung von familiären Belastungsfaktoren U1

Elternfragebogen zur Verhaltensregulation (M. Papousek) U2 bis U6

Mannheimer Eltern-/Jugendfragebogen U7 bis J2

- Testverfahren Grenzsteine aus ET 6-6R Bsp. U7

21. – 24. Lebensmonat (U7)	<ul style="list-style-type: none"> • Kann über längere Zeit frei und sicher gehen • Geht 3 Stufen im Kinderschlitt hinunter, hält sich mit einer Hand fest 	<ul style="list-style-type: none"> • Malt flache Spirale • Kann eingewickelte Bonbons oder andere kleine Gegenstände auswickeln oder auspacken 	<ul style="list-style-type: none"> • Stapelt 3 Würfel • Zeigt im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände 	<ul style="list-style-type: none"> • Einwortsprache (wenigstens 10 richtige Wörter ohne Mama und Papa) • Versteht und befolgt einfache Aufforderungen • Drückt durch Gestik oder Sprache (Kopfschütteln oder Nein-Sagen) aus, dass es etwas ablehnt oder eigene Vorstellungen hat • Zeigt oder blickt auf 3 benannte Körperteile 	<ul style="list-style-type: none"> • Bleibt und spielt etwa 15 min. alleine, auch wenn die Mutter/ der Vater nicht im Zimmer, jedoch in der Nähe ist • Kann mit dem Löffel selber essen • Hat Interesse an anderen Kindern 	<ul style="list-style-type: none"> • Versucht Eltern irgendwo hinzuziehen
----------------------------	--	--	--	--	---	--

2. Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie

- Elternfragebogen zur Früherkennung von Late Talkers **SBE-2-KT** für 2-Jährige
- Versionen des SBE-2-KT für Kinder mit anderen Muttersprachen
- Sprachbeurteilung durch Eltern - Kurztest für die U7a **SBE-3-KT** für 3-Jährige
- Fragebogen zur frühkindlichen Sprachentwicklung **FRAKIS** sind Elternfragebögen zur Erhebung des Sprachstandes bei Kindern im Alter von 1;6 bis 2;6 Jahren
- Das Sprachscreening für das Vorschulalter **SSV** ist im Alter von 3;0 bis 5;11 Jahren einsetzbar
- Mannheimer ElternFragebogen **MEF**
- Der Fragebogen zu Stärken und Schwächen „Strengths and Difficulties Questionnaire“ **SDQ** ist ein Fragebogen zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und -stärken bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 16 Jahren

Stufe 1: Screening

Konzept zur entwicklungsdiagnostischen Basisdiagnostik in der allgemeinpädiatrischen Praxis - Empfehlung zur Ausstattung mit entwicklungsdiagnostischen Testmaterialien

Entwicklungs- bereich	Obligate Testverfahren					Fakultative, ergänzende Testverfahren
	bis 12/24 Monate	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	6 Jahre	
Globale Entwicklung	ET 6-6-R bzw. MFED 1. Lj., MFED 2.-3.Lj.	ET 6-6-R bzw. MFED 2.-3.Lj.	ET 6-6-R bzw. BUEVA 2 (UTs zu Körpermotorik und sozial-emotionale Entwicklung fehlen)	ET 6-6-R bzw. BUEVA 2 (UTs zu Körpermotorik und sozial-emotionale Entwicklung fehlen)	ET 6-6-R bzw. BUEVA 2 (UTs zu Körpermotorik und sozial-emotionale Entwicklung fehlen)	
Kognition	ET 6-6-R (UT: Kognition) bzw. MFED 1., bzw. MFED 2.-3.Lj. ¹ (UT: Perzeptionsal- ter)	ET 6-6-R (UT: Kognition) bzw. MFED 2.-3.Lj. ¹ (UT: Perzeptions- alter)	BUEVA 2 (UT: nonverbale und verbale Intelligenz) bzw. ET 6-6-R (UT: Kognition)	BUEVA 2 (UT: nonverbale und verbale Intelligenz) bzw. ET 6-6-R (UT: Kognition)	BUEVA 2 (UT: nonverbale und verbale Intelligenz) bzw. ET 6-6-R (UT: Kognition)	SON-R 2 ½ -7 SON-R 6-40 K-ABC (-II) WISC IV/ HAWIK IV IDS-P IDS
Sprache	FRAKIS-K evtl. ergänzend: ET 6-6-R (UT: Sprache) bzw. MFED 2.-3.Lj. ¹ (UT: Sprechalter, Sprachverständnis- alter)	SBE-3-KT evtl. ergänzend: ET 6-6-R (UT: Sprache) bzw. MFED 2.-3.Lj. ¹ (UT: Sprechalter, Sprachverständnis- alter)	HASE evtl. ergänzend: BUEVA 2 (UT: Expressive Sprache, verbale Intelligenz)	HASE evtl. ergänzend: BUEVA 2 (UT: Expressive Sprache, verbale Intelligenz)	HASE evtl. ergänzend: BUEVA 2 (UT: Expressive Sprache, verbale Intelligenz)	PLAKSS-II(KF) (Artikulation) SETK-2 (UT: Wörter und Sätze verstehen) SETK3-5 AWST-R WWT 6-10 TROG-D LISE-DAZ

2. Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie

Entwicklungs- bereich	Obligate Testverfahren					Fakultative, ergänzende Testverfahren
	bis 12 / 24 Monate	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	6 Jahre	
Motorik	ET 6-6-R (UT: Hand-, Körper- motorik) bzw. MFED 1. Lj., (UT: Lauf-, Krabbel- Sitzalter, Greifalter) oder MFED 2.-3.Lj. (UT:Laufalter,Hand- geschicklichkeit)	ET 6-6-R (UT: Hand-, Körper- motorik) bzw. MFED 2.-3.Lj. (UT: Laufalter, Handgeschicklich- keit)	ET 6-6-R (UT: Hand-, Körper- Motorik, Nachzeichnen)	ET 6-6-R (UT: Hand-, Körper- Motorik, Nachzeichnen)	ET 6-6-R (UT: Hand-, Körper- Motorik, Nachzeichnen)	Movement ABC-2 BOT-2 FEW 2
Emotionale Entwicklung u. Sozial- verhalten	ET 6-6-R (UT: Fragebogen z. sozial-emotionalen Entwicklung) bzw. MFED 1/2.-3.Lj. (UT: Sozial-, Selb- ständigkeitsalter) MEF	ET 6-6-R (UT:Fragebogen zur sozial- emotionalen Entwicklung) MFED 2.-3.Lj. (UT: Sozial-,Selb- ständigkeitsalter) MEF	ET 6-6-R (UT:Fragebogen zur sozial- emotionalen Entwicklung) MEF	ET 6-6-R (UT:Fragebogen zur sozial- emotionalen Entwicklung) MEF	ET 6-6-R (UT:Fragebogen zur sozial- emotionalen Entwicklung) MEF	SDQ CBCL 1½-5 CBCL/4-18
Konzentration, Aufmerksam- keit		FBB-ADHS-V aus DISYPS II	FBB-ADHS-V aus DISYPS II	FBB-ADHS-V aus DISYPS II	FBB-ADHS-V aus DISYPS II	
Auditives Arbeits- gedächtnis			HASE BUEVA 2 (UT: Arbeits- gedächtnis)	HASE (UT: Nachsprechen v. Kunstwörtern, Wiedergabe v. Zahlenfolgen)	HASE (UT: Nachsprechen v. Kunstwörtern, Wiedergabe v. Zahlenfolgen)	
Spielverhalten	Beurteilung n. R.Largo und n. B.Zollinger					

Testverfahren	Entwicklungsbereich
MFED 1., 2.-3.Lj. – Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik für das 1., 2.-3. Lebensjahr	Laufalter, Krabbel-, Sitzalter, Handgeschicklichkeit, Perzeption, expressive und rezeptive Sprache, Sozial-alter und Selbständigkeit
ET 6-6 – Entwicklungstest 6 Monate bis 6 Jahre	Hand- und Körpermotorik, Kognition, Expressive und rezeptive Sprache, soziales Verhalten, Soziale und emotionale Entwicklung
SETK 2 – Sprachentwicklungstest für Kinder mit 2 Jahren	z.B. Untertests für rezeptive Sprache
Hase – Heidelberger auditives Screening in der Einschulungsdiagnostik	Phonolog. Arbeitsgedächtnis, allgemeine Sprachleistungsfähigkeit Früherkennung Legasthenie
BUEVA II –Basisdiagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen im Vorschulalter II	Nonverbale und verbale Intelligenz, expressive Sprache, Arbeitsgedächtnis, Aufmerksamkeit, (Visuomotorik, Artikulation)
FEW 2 – Frostig Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung 2	Visuelle Wahrnehmung und Visuomotorik
BUEGA – Basisdiagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen im Grundschulalter	Nonverbale und Verbale Intelligenz, Aufmerksamkeit Schulische Fertigkeiten wie Lesen, Rechtschreiben, Rechnen

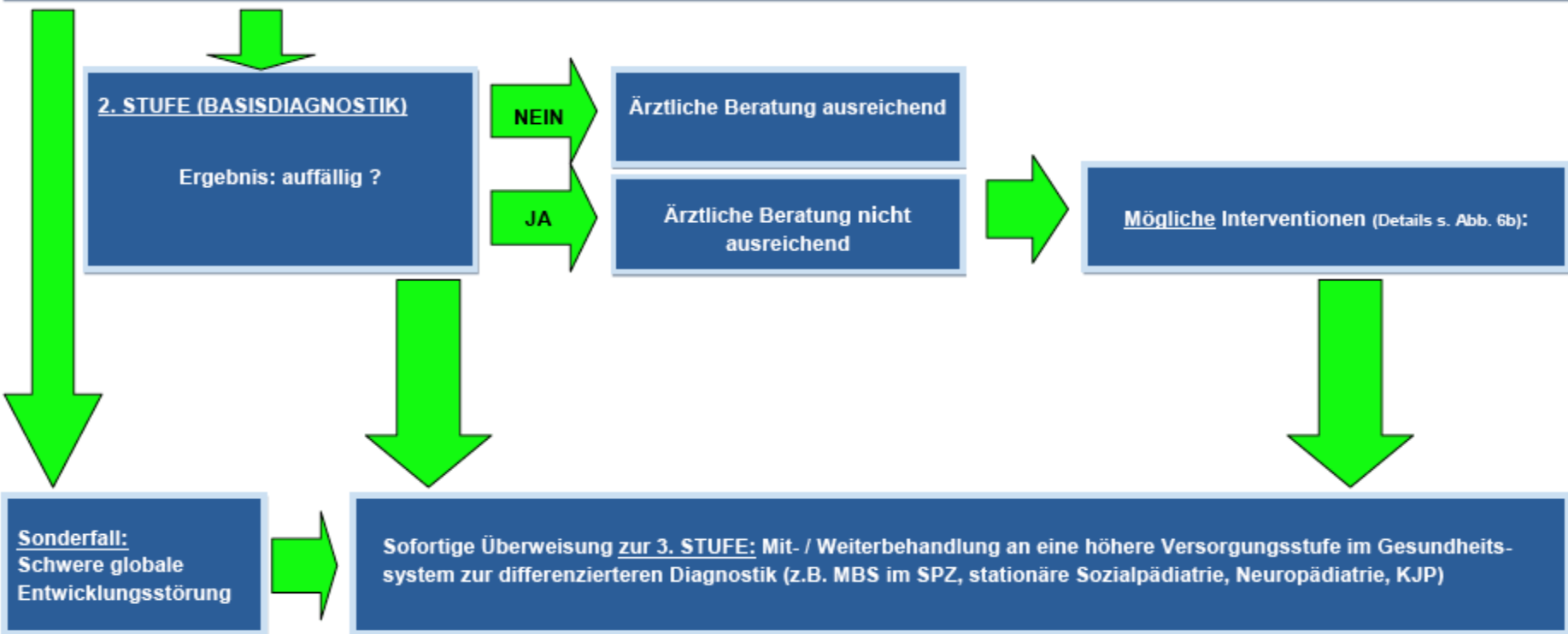
- Schwerpunktpädiatrie
- SPZ
- KJPP
- Andere Ärzte
- Psychologen
- Frühförderstellen
- Beratungsstellen
- Jugend-, Gesundheits-, Sozial-, Ausländerämter
- KiTas und Schulen
- Therapeuten

Kinder- und Jugendärztliches Vorgehen bei V.a. eine verzögerte/gestörte Entwicklung (physisch/psychisch/kognitiv/sozial) ÜBERSICHT

Eltern	Kinderarzt	Kita/Schule	ÖGD	Andere
--------	------------	-------------	-----	--------

Sehen Auffälligkeiten, ggf. in stark unterschiedlicher Gewichtung

1. STUFE (SCREENING)



2. Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie

Kinder- und Jugendärztliches Vorgehen bei V.a. eine verzögerte/gestörte Entwicklung (physisch/psychisch/kognitiv/sozial) DETAILANSICHT

2. STUFE (BASISDIAGNOSTIK)

Ergebnis grenzwertig (PR 10 - <16)

Mögliche Interventionen A

- Information und Beratung der Eltern
- Interventionsziele definieren
- Psychoedukation
- Elterngruppen
- Beratungsstellen
- Psychomotorik
- (Heil-) Pädagogische Förderung initiieren
- Helfergespräche initiieren
- Beteiligung des Jugendamtes
- im Regelfall keine Heilmittelverordnung

Zielerreichung >>>>
>>>> Therapieende

2. STUFE (BASISDIAGNOSTIK)

Ergebnis im Störungsbereich (PR <10)

Mögliche Interventionen B (additiv zu A)

- 30 Einheiten Funktionstherapie
- Frühförderung
- 3. STUFE: Überweisung zur Mit-/Weiterbehandlung (z.B. SPZ, stationäre Sozialpädiatrie, Neuropädiatrie, KJP etc.)

2. STUFE (BASISDIAGNOSTIK)

Diverse Ergebnisse im Störungsbereich

- definierte Risikofaktoren , „red flags“
- psychische Symptome
- familiäre Belastungsfaktoren*

3. STUFE Direkte Überweisung zur Mit-/Weiterbehandlung an eine höhere Versorgungsstufe im Gesundheitssystem zur differenzierteren Diagnostik und Behandlung (z.B. MBS im SPZ, stationäre Sozialpädiatrie, Neuropädiatrie, KJP etc.)

3. Entwicklungsunterstützung

Formen

- Pädagogische Förderung und Therapie
- Kindzentrierte versus familienzentrierte Ansätze
- Heilpädagogische Maßnahmen
- Interdisziplinäre Frühförderung SGB IX und XII
- Heil- und Hilfsmittel: ALF & SMART
- Psychoedukation und Psychotherapie

4. Motorische Entwicklung und ihre Störungen

Untersuchung in der Praxis

Beobachtung von Spiel und Interaktion
Angebot einiger Spielmaterialien und Bücher

Motoskopie

Gehen, Laufen, Treppe, Hüpfen bi- und monopodal sowie vor- und rückwärts, Seiltänzerengang vor- und rückwärts, 1-Bein-Stand beidseits, Hampelmann-Sprung

Feinmotorik

Stift, Schere, FNFV, sequenzielle Fingeropposition
Muskeltonus / -relief
Koordination
MER/Hirnnerven
Haut

5. Sprachentwicklung und ihre Störungen

Allgemeines

- Keine flächendeckenden Erhebungen in Deutschland
- Unterschiedliche Definitionen und Messinstrumente
- Prävalenz von SES zwischen 5 - 8 %
- Jungen doppelt so häufig betroffen wie Mädchen
- Schwere Störungen bei ca. 1 %

5. Sprachentwicklung und ihre Störungen

Merkmale

- weitgehend genetisch determiniert, keine organischen Schäden, IQ normal
- Die Störung berührt vorwiegend die Sprache.
- Die Grammatik ist immer betroffen.
- Der Wortschatz ist mehr oder weniger betroffen.
- Die Artikulation und das phonologische System (Lautsystem) sind betroffen.
- Sozial angemessene Diskursfähigkeit (Pragmatik) kann unterschiedlich stark betroffen sein.

Stark fehlerhaft sind

- Wortendungen: Flexionen an Verben, Artikeln und Substantiven,
- besonders die Kasusmarkierungen
- Syntax: Kongruenz von Subjekt und Verb, Kongruenz von Artikel, Adjektiv und Nomen innerhalb der Nominalphrase, Wortstellung
- Auslassung von Funktionswörtern: Präpositionen, Artikeln, Konjunktionen und Modalverben

5. Sprachentwicklung und ihre Störungen

Mangelnde Deutschkenntnisse und USES

Charakterisierung

Zwischen nicht pathologischen Defiziten in der deutschen Sprache und dem Krankheitsbild der umschriebenen Sprachentwicklungsstörung (USES) ist zu unterscheiden.

Schlechtes Deutsch – nicht pathologisch:

- Grammatik nicht immer Hochdeutsch und Einfluss von Dialekt
- Sprache umgangssprachlich funktional, familiärer Code
- Unproblematisch, wenn situationsangemessener Wechsel zwischen familiärem Code und Hochdeutsch

Mangelnde Sprachbeherrschung – nicht pathologisch:

- Persistierende Grammatikfehler
- Geringes Vokabular
- Schlechte Aussprache
- Kein Gebrauch von Hochdeutsch
- Geht einher mit niedrigem Bildungsstand und anrengungs- armer Umwelt
- Problematisch im Hinblick auf schulische Leistungen und berufliche Chancen

Umschriebene Sprachentwicklungsstörung – pathologisch:

- Störung berührt vorwiegend die Sprache bei normaler Intelligenz und keine organischen Schäden
- Gemäß ICD-10: sprachliche Leistungen der Kinder 2 SD unter der Altersnorm, IQ im Normalbereich
- Grammatik ist immer betroffen:
 - Wortendungen: Flexion an Verb, Artikel und Substantiv
 - Kongruenz von Subjekt und Objekt und in der Nominalphrase
 - Auslassung von Funktionswörtern
- Ausmaß und Art der Fehler weit über dem Fehlerniveau bei typischer Entwicklung
- Wortschatz, Artikulation, Pragmatik können unterschiedlich stark betroffen sein
- Ursache von USES ist Bedingungsgefüge von:
 - Schwäche bei Verarbeitung auditiver Information
 - Schwäche des Kurzzeitgedächtnisses
 - Genetischen Faktoren

6. Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten

Diagnostik

Lesestörung

Diagnostik
Lesegenauigkeit

Diagnostik
Lesegeschwindigkeit

Diagnostik
Leseverständnis

SLRT II

WLLP-R, LGVT 6-12, LESEN 6-7, LESEN 8-9, SLRT II

ELFE 1-6, LGVT 6-12, LESEN 6-7, LESEN 8-9

1,5 SD Abweichung von der Alters- oder Klassennorm oder Intelligenz bei unterdurchschnittlichen Leistungen (<PR 16) in dem jeweiligen Lesebereich (Genauigkeit, Geschwindigkeit, Verständnis)

1 SD Abweichung, wenn klinische Untersuchung und Ergebnisse von psychometrischen Verfahren das Vorliegen von Leseschwierigkeiten bestätigen.

Isolierte Lesestörung

Kombinierte Lese-Rechtschreibstörung

Leseförderung

Leserechtschreibförderung

Rechtschreibstörung

Diagnostik
Orthografisches Schreiben

Diagnostik
Orthografisches Schreiben, qualitative Fehleranalyse

DERET 1-2; DERET 3-4, HSP 1-10; SLRT II; WRT-1+, WRT-2+, WRT-3+, WRT-4+, RST-ARR

DERET 1-2; DERET 3-4, HSP 1-10; SLRT II; WRT-1+, WRT-2+, WRT-3+, WRT-4+

ab 1,5 SD Abweichung von der Alters- oder Klassennorm oder Intelligenz bei insgesamt unterdurchschnittlichen Leistungen (<PR 16) in der gemessenen Rechtschreibleistung

1 SD Abweichung, wenn klinische Untersuchung und Ergebnisse von psychometrischen Verfahren das Vorliegen von Rechtschreibschwierigkeiten bestätigen.

Isolierte Rechtschreibstörung

Kombinierte Lese-Rechtschreibstörung

Rechtschreibförderung

Leserechtschreibförderung

Lese- und/oder Rechtschreibstörung mit Komorbidität

Standardmäßige Diagnostik

Diagnostik bei Vorgeschichte oder Verdacht

ADHS

Dyskalkulie

Sprachstörung

Angst, Depression, weitere psychische Auf-

ICD-10, DSM-5 und vorhandene Leitlinien berücksichtigen

Isolierte Lesestörung oder isolierte Rechtschreibstörung mit Komorbidität

Kombinierte Lese-Rechtschreibstörung mit Komorbidität

Leserechtschreibförderung

Komorbidität berücksichtigen, nach fachlichen Empfehlungen

Leserechtschreibförderung

Komorbidität berücksichtigen, nach fachlichen Empfehlungen behandeln

6. Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten

Förderung

Förderung bei der Lesestörung

Silben- und Lautbewusstheit

Lesegenauigkeit

Leseflüssigkeit

Lese- / Textverständnis

Übungen zum Identifizieren, Kategorisieren, Segmentieren, Streichen oder Diskriminieren von Silben und Lauten in Wörtern

Systematische Instruktion von Graphem-Phonem-Korrespondenzen, sowie Übungen zur Phonemsynthese

Systematische Übungen zur Phonem-, Silben- und Morphem-Synthese

Bei geringer Lesegenauigkeit bzw. -geschwindigkeit: Instruktion von Graphem-Phonem-Korrespondenzen oder systematische Übungen zur Phonem-Silben-Morphem-Synthese
Als Folge von Sprachstörungen: Interventionen zum Aufbau von Wortschatz und von Kompetenzen zu Syntax und Grammatik

Förderung bei der Rechtschreibstörung

Silben- und Lautbewusstheit

Phonem-Graphem-Zuordnung

Gedächtniseinträge

Regel- und Morphemwissen

Übungen zum Identifizieren, Kategorisieren, Segmentieren, Streichen oder Diskriminieren von Silben und Lauten in Wörtern

Systematische Instruktion von Phonem-Graphem-Korrespondenzen, sowie Übungen zur Phonemanalyse auf lexikalischer und sublexikalischer Ebene

Systematische Übungen zum Abspeichern von Graphemfolgen

Erlernen orthographischer und morphematischer Regelmäßigkeiten

Teil 3:

Qualitätszirkelbaustein

Transition von Hausarzt zu Hausarzt



1. Definition

- Gezielte Begleitung des Transitionsprozesses im Sinne einer Koordination der Anbieter und Sicherung der Versorgungskontinuität auf dem Weg von der jugendlichenzentrierten hin zur erwachsenenorientierten Versorgung (aktuelle AWMF ADHS Leitlinie).
- Übergangszeit vom Jugend- ins Erwachsenenalter, in der die Überleitung von Menschen mit speziellem medizinischen Versorgungsbedarf von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin stattfindet (Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009).

2. Fakten

- Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. gibt an, dass **1,3 Millionen Kinder und Jugendliche** in Deutschland **chronisch erkrankt** sind.
- **30 bis 40 %** der Jugendlichen verlieren in der Zeit der Transition für kürzere oder längere Zeit den Kontakt zur notwendigen Spezialbetreuung und stellen sich in den fachlich qualifizierten Einrichtungen der Erwachsenenmedizin erst dann wieder vor, wenn – möglicherweise vermeidbare – Komplikationen aufgetreten sind.

3. Kernelemente

1. Strategie für den Übergang
2. Tracking und Monitoring
3. Transitionsbereitschaft
4. Transitionsplanung
5. Übergänge von Behandlung und Betreuung
6. Vollendung des Übergangs

3. Kernelemente

Punkt 1. - 3.

Zu 1. Entwicklung einer Transitionsstrategie:

- unter Einbezug der Jugendlichen und Betreuungspersonen
- Überprüfung von dieser im weiteren Verlauf bis zum Zeitpunkt der Transitionsumsetzung

Zu 2. Tracking und Überwachung der Transition:

- anhand der Kernelemente in Kooperation mit Jugendlichen und Betreuungspersonen

Zu 3. Klärung der Transitionsbereitschaft:

- mit Jugendlichen und Betreuungspersonen unter Berücksichtigung von Bedürfnissen und Zielen in Bezug auf die Selbstversorgung

3. Kernelemente

Punkt 4.

Zu 4. Transitionsplanung:

- Berücksichtigung der
 - Transitionsbereitschaft
 - Entwicklungsbedürfnisse und -stufen
 - evtl. komorbider Störungen und damit assoziierter Probleme
 - familienanamnestischer Problemkonstellationen
- Abstimmung des Bedarfs, der Ziele und des Timings
- Vorbereitung von Jugendlichen und Betreuungspersonen auf den folgenden Übergang (einschließlich Änderungen betreffend Entscheidungsfindung, Privatsphäre, Selbstvertretung und -bestimmung)
- Unterstützung bei der Suche nach adäquater Erwachsenenbetreuung

3. Kernelemente

Punkt 5. - 6.

Zu 5. Übertragung der Betreuung (Transfer):

- möglichst bei klinisch stabilem Zustand des Jugendlichen unter finaler Bewertung des Bedarfes und der Übergangsbereitschaft
- Überprüfung und ggf. Anpassung des Transitionsplans mit Übergangsziele und ausstehenden Maßnahmen v.a. bei Schwierigkeiten im Übergang hinsichtlich der Teilhabe am Leben
- Mitgabe eines Transitionsbriefes bzw. ergänzender Informationen zur Versorgung im Erwachsenenbereich, z.B. Unterstützungsangebote bzw. Kontaktadressen
- bedarfsweise persönliche Kontaktaufnahme mit dem weiterbetreuenden Kollegen, z.B. im Falle nicht gegebener Transitionsbereitschaft oder bei Jugendlichen mit komplexen Bedürfnissen

Zu 6. Transferabschluss:

- Kontakt mit dem jungen Erwachsenen und seinen Eltern/Betreuern 3 -6 Monate nach der letzten pädiatrischen Behandlung, hierbei
 - Überprüfung bzw. Bestätigung der Übertragung der Verantwortlichkeiten
 - Einholen eines Feedback bzgl. der Erfahrung mit dem Übergangsprozess
 - ggf. Anbieten einer Beratungshilfe

4. Prozessbeschreibung (Auszug)

Transitionsgespräch (Strategie/Planung) zur Vorbereitung des weiteren Ablaufes der Transition (Zielalter 17 Jahre).

Transitionsgespräch (Transfer) Ausrichtung auf den aktuellen Stand und die künftige Behandlung (Zielalter 18 Jahre).

Transitionsabschluss mit Jugendlichen und Bezugspersonen und situativem telefonischem Einbezug des Erwachsenenkollegen ca. 3-6 Monate nach dem Wechsel.

Themenkomplexe der Transitionsgespräche

1. Kenntnis zur Erkrankung, deren Verlauf und Behandlung
2. Krankheitsmanagement
3. Zukunftsplanung
4. Soziales Umfeld
5. Transitionsbereitschaft

5. Aufgaben Pädiatrie

1. Transitionsstandards definieren: von hausärztlichem Pädiater zu hausärztlichem Internisten oder Allgemeinmediziner anders als von Schwerpunktpädiater zu Organ-Facharzt
2. Patientenerfassung und -monitoring im Arztinformationssystem
3. Bewertung der Selbstständigkeit des Patienten („readiness“) – Identifikation weiterbetreuender Hausarzt und bei Bedarf Organ-Facharzt
4. Verwendung Transitionsbogen (Anhang 4 zu Anlage 12a)
5. Hinführen zur erwachsenenmedizinischen Versorgung
6. Übergang, Befundbericht
7. Prozessabschluss, Bewertung

6. Aufgaben Erwachsenenmedizin

1. Transitionsstandards des Pädiaters umsetzen und ggf. anpassen
2. Patientenerfassung und -monitoring im Arztinformationssystem
3. Sicherstellen der kontinuierlichen Betreuung
4. Fortführen des Transitionsplanes
5. Weiterführen in der erwachsenenmedizinischen Versorgung
6. Prozessabschluss, Bewertung, Rückmeldung an den Pädiater

7. Umsetzung und Ziele

Ausschöpfung des Transitionsbogens unter Beachtung:

- des Transitionsplans sowie Transfers um das 18. Lebensjahr als üblichen Zeitraum
- der P3-Diagnosenbindung unter besonderer Beachtung allgemeinpädiatrischer Schwerpunkte
- des familiären, sozialen und beruflichen bzw. Transition bezogenen Versorgungskontextes

Förderung der Teilhabe am Leben und damit psychosozialer Integration und Stabilisierung einschließlich Rückfallprophylaxe.

Transition (Kinder- und Jugendarzt an Allgemeinarzt/hausärztlichen Internisten)

Name, geb.	
Diagnosen	
Soziale Situation (Familie, betreutes Wohnen, Schule, Ausbildung etc.)	
Kurzanamnese (Epikrise)	
Mitbetreuende Ärzte (Spezialisten), Kliniken, andere medizinische oder psychosoziale Einrichtungen	
Aktuelle Medikamente	
Heimteilsituation	
Hilfsmittelversorgung (Rollstuhl, Schienen etc.)	
Impfstatus (nur Besonderheiten, wenn nicht STIKO-konform)	
Einschätzung der aktuellen gesundheitlichen Situation und Prozedere (wenn erforderlich)	
Kopien wesentlicher Befunde anbei	
Mündliche (telefonische) Übergabe erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Teil 4:

Qualitätszirkelbaustein

Asthma bronchiale



Formen des Asthma

Allergisches Asthma

Allergien sind der **stärkste prädisponierende Faktor** bei der Entwicklung eines Asthmas im Kindes- und Jugendalter. Auch bei Erwachsenen sind Allergien häufig als primär krankheitsverursachende Faktoren zu eruieren.

Intrinsisches oder nichtallergisches Asthma

Diese Form des Asthmas wird **häufig durch Infektionen der Atemwege getriggert**. Allergien bzw. IgE-Antikörper gegen Umweltallergene sind nicht nachweisbar.

Mischformen

sind möglich, insbesondere kann auch bei einem initial allergischem Asthma im Verlauf die intrinsische Komponente klinisch in den Vordergrund treten.

ACOS

Aus dem Sammelsurium möglicher Bezeichnungen, die für solche Fälle kursieren wie z.B.: chronisch-asthmoide Emphysebronchitis haben sich die **GINA** und **GOLD** auf **Asthma-COPD-Overlap-Syndrom** (ACOS) geeinigt

Formen des Asthma

Asthma bei Kindern und Jugendliche ist in der Regel eine Erkrankung des allergischen Formenkreises

Asthmatypische Symptome oder eine asthmatypische Lungenfunktion **ohne**

Nachweis einer allergischen Sensibilisierung sollten immer

Anlass zur erweiterten speziellen Diagnostik sein

Formen des Asthma



erhebliche individuelle Varianz



- Atemnot
- pfeifende Atmung
- Giemen
- röchelnde Atmung
- brummende Atmung
- **Husten**
- **belastungsabhängige Atembeschwerden**



Prävalenz



- Etwa **5 - 10%** der Kinder und Jugendliche in Deutschland leiden an **Asthma**
- Der Beginn liegt in über **80%** der Fälle **vor dem 10.Lebensjahr**

Problem: Asthma oder obstruktive Bronchitis?

Prävalenz

Problembeschreibung



(Martinez FD, NEJM 1995,332:133-8):

Untersuchung von 1246 Neugeborenen bis zum 6.LJ

48,6% hatten jemals eine Atemwegsobstruktion

DD-Abgrenzung

Spezifisches IgE bei „Wheezing Infants“ und
Asthmarisiko im späteren Kindesalter
Kotaniemi-Syrjänen et al. Pediatrics 2003, 111 255ff

Ergebnisse:

- Bei **Nahrungsmitteln** sind Sensibilisierungen gegen **Hühnereiweiß und Weizen** signifikant assoziiert mit späterem Asthma
- Sensibilisierungen gegen **Inhalationsallergene (Pollen, HSM)** sind zwar in diesem Alter seltener, aber dann **hochsignifikant prädiktiv** für ein späteres Asthma

DD-Abgrenzung



"modified asthma predictive Index,,

Guilbert, Atopic characteristics of children with recurrent wheezing at high risk for the development of childhood asthma, Allergy Clin Immunol 2004

- **≥ 4 Episoden** mit Giemen im letzten **Jahr**, die länger als 1 Tag anhielten und den Schlaf beeinträchtigten

+

- **1 (Major) Kriterium:**

- Asthma eines Elternteiles
- ärztlich diagnostizierte Dermatitis atopica oder
- Nachweis Sensibilisierung gegen Inhalations-Allergene

ODER

- **2 (Minor) Kriterien:**

- Nachweis der Sensibilisierung gegen Nahrungsmittel
- 4 % Eosinophilie,
- Giemen unabhängig von Infekten

Ist es Asthma?

A clinical index to define risk of asthma in young children with recurrent wheezing, Castro-Rodriguez, Martinez, AJRCCM 2000

- > 76% der Kinder mit positivem Index im Alter von 3 Jahren haben im Schulalter (6-13 Jahre) Asthma (positiver Vorhersagewert)
- 95% mit negativem Index haben keine Symptome im Schulalter (Spezifität)
- Die Sensitivität ist nur 30-15%, da ein symptomarmes Asthma nicht erfasst wird.

Asthma-Definition

Asthma ist eine **chronisch entzündliche** Erkrankung der Atemwege mit **Hyperreagibilität** gekennzeichnet durch

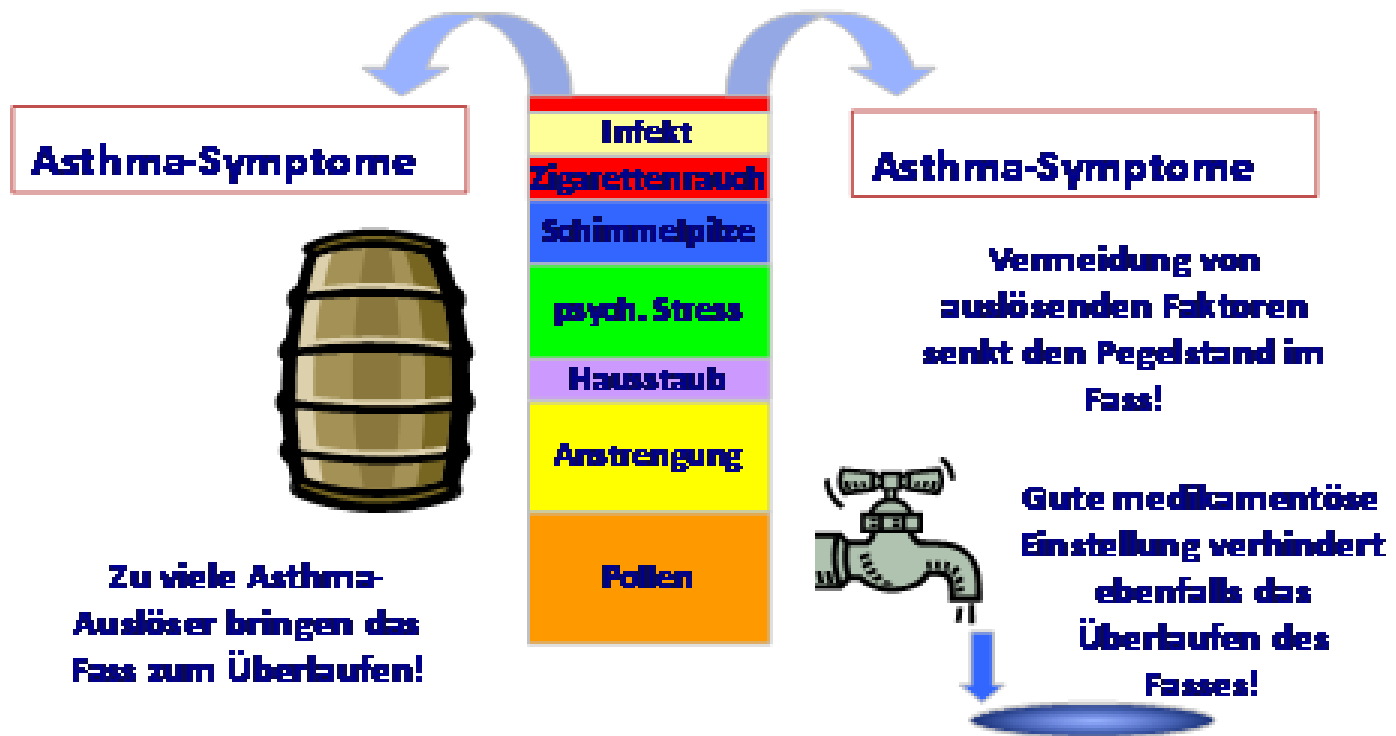


- **variable, reversible Obstruktion**
- **Schleimhautentzündung**
- **vermehrte Schleimbildung**

bei Kontakt mit verschiedenen Risikofaktoren

Asthma-Definition

Das Fass-Modell



Nach AG Asthmaschulung e.V.

Was bedeutet Asthma ?



- Einschränkung der Lebensqualität
- Beeinflussung des Familienalltags
- Ärger mit Lehrern/Arbeitgebern
- Eingeschränkte soziale Teilhabe
- Angst vor Unbekanntem, nicht Beherrschbarem
- Unsicherheit
- eingeschränkte Leistungsfähigkeit

Der Weg zur Diagnose

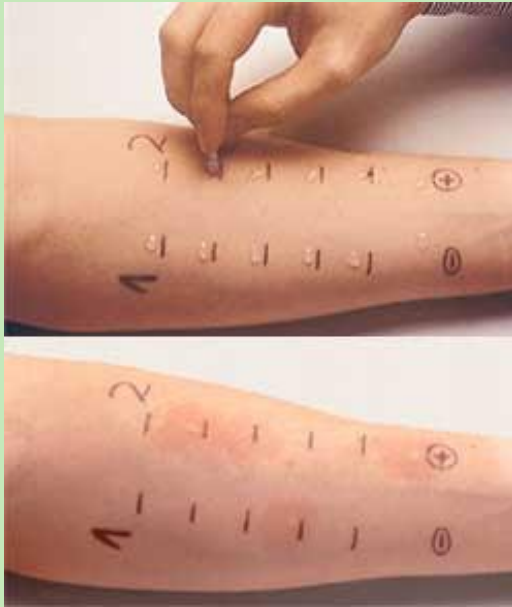
Wie diagnostiziert man Asthma?



- Es gibt **keinen "Test"** auf Asthma.
- Wichtigstes Kriterium ist die **Anamnese**
- Diese wird vervollständigt durch verschiedene diagnostische Maßnahmen

Der Weg zur Diagnose

Labor



- **Allergietest (Prick/RAST)**
bereits ab Säuglingsalter möglich
– aber mit alterstypischem,
eingeschränktem Spektrum (z.B.
HSM, Katze, Kuhmilch, Hühnerei)
- evtl. eNO
(exhalatives Stickstoffoxid)

Der Weg zur Diagnose

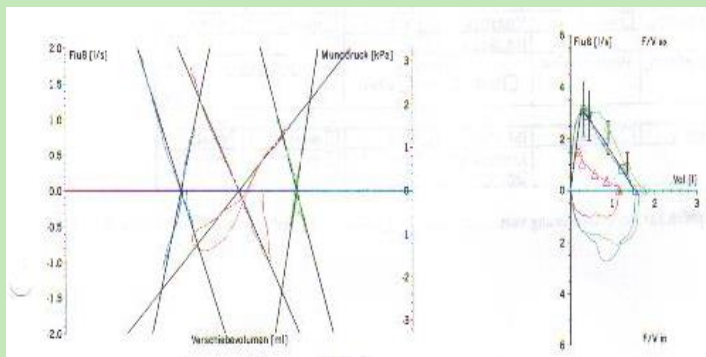
Lungenfunktion



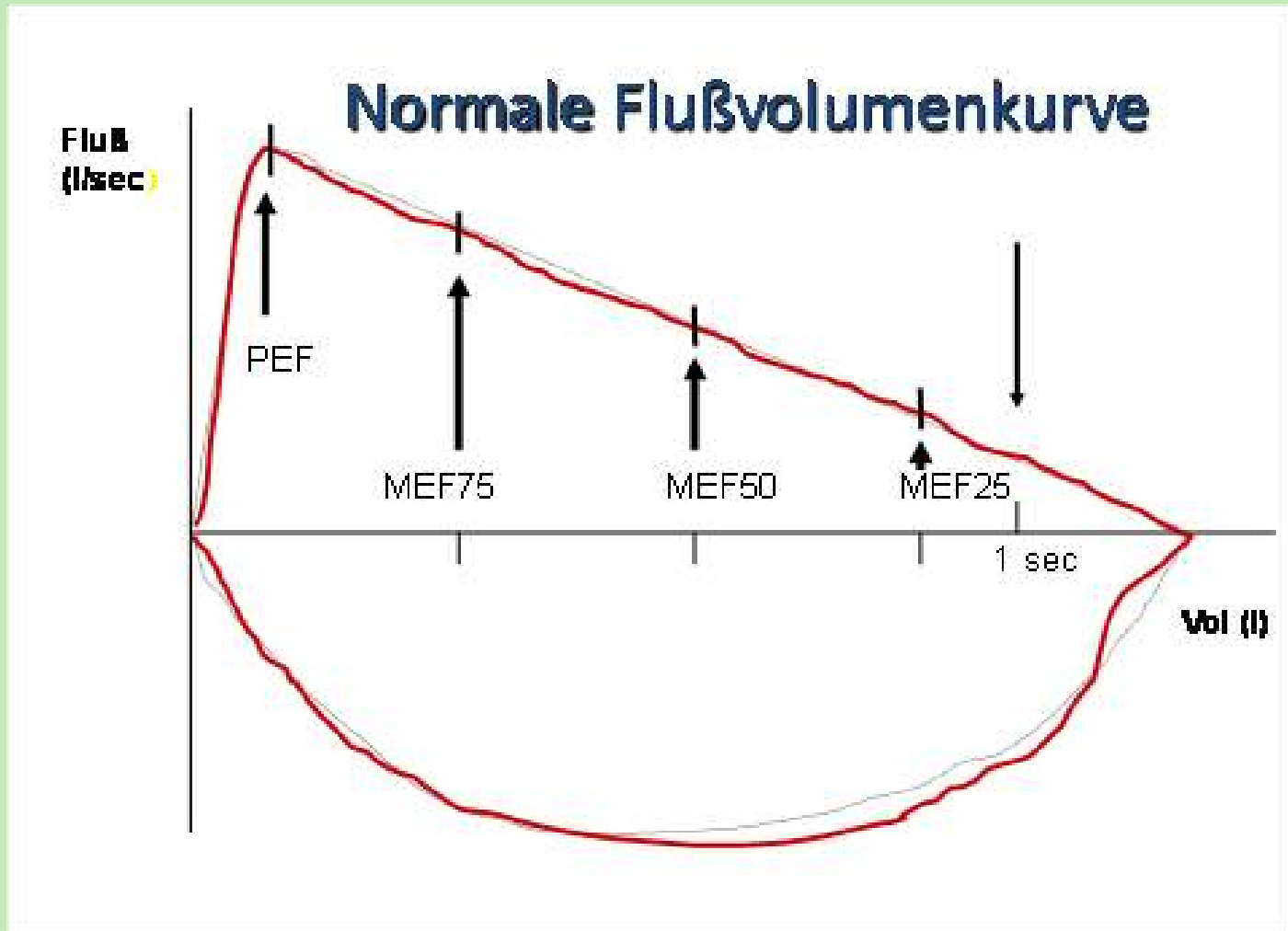
- Lungenfunktion in Ruhe
- standardisierte Belastung
 - ideal: Laufband, Ergometer
 - auch möglich: freie Laufbelastung
- Bronchospasmolyse

medikamentöse Provokation

- Metacholin
- Histamin
- Kaltluft

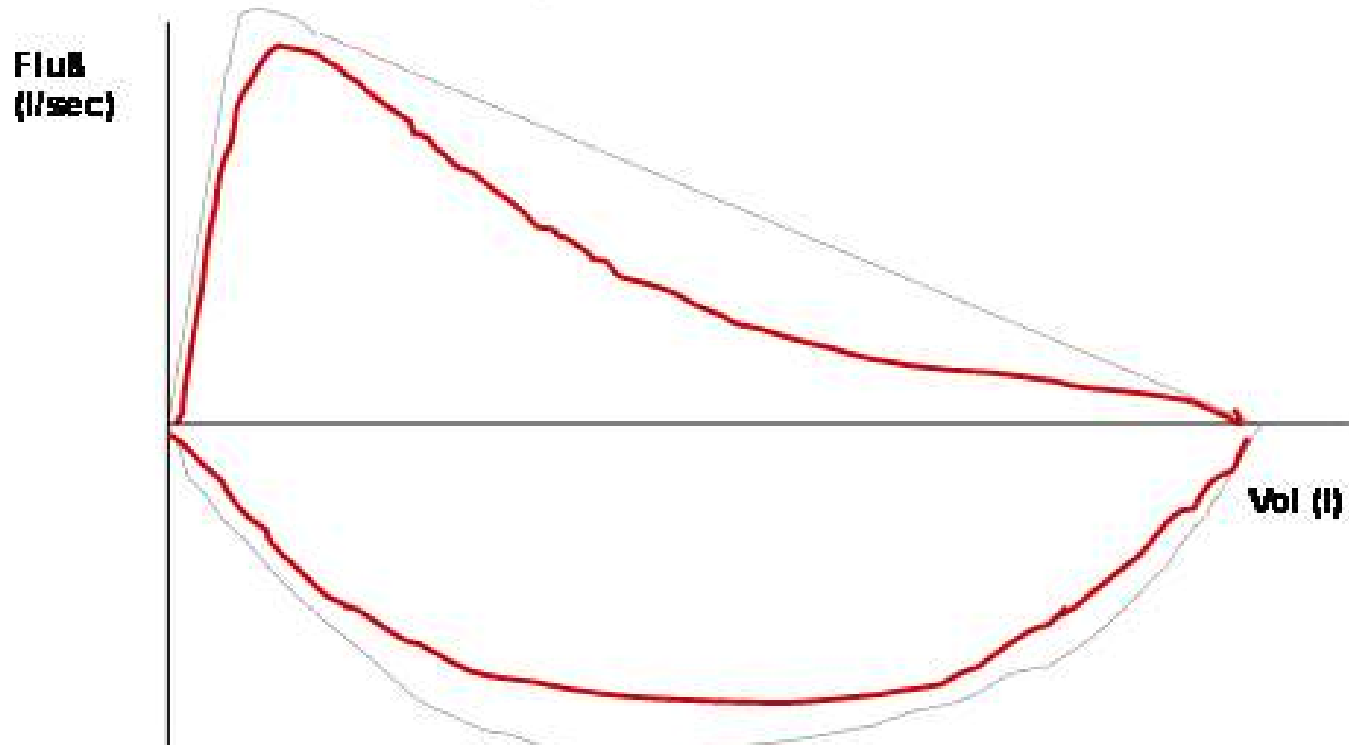


Der Weg zur Diagnose



Der Weg zur Diagnose

Periphere Obstruktion



Verlaufskontrollen

- **Peak-Flow (PEF):**
 - Hilfsmittel zur Atemselbstwahrnehmung
 - V.a. in der „Einstellungsphase“ und bei Therapieänderungen
 - PEF nicht als „Selbstzweck“
- **Asthma-Kontrolltest (ACT)**
 - Sehr geeignet zur Überprüfung der Asthmakontrolle im Alltag
 - Kurze Fragen
 - Evaluiert

PEF-Atemselbstwahrnehmung

- Maximal forcierte Ausatmung nach maximaler Einatmung
- Es gibt keine Normwerte, sondern nur „Sollwerte“
- Auch mobil gut einsetzbar
- PEF-Geräte unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Absolutwerte. Die Ergebnisse sind deshalb nicht ohne Weiteres zu vergleichbar



Merke:

PEF-Messungen ersetzen keinesfalls eine Lungenfunktionsprüfung !!!

PEF-Interpretation



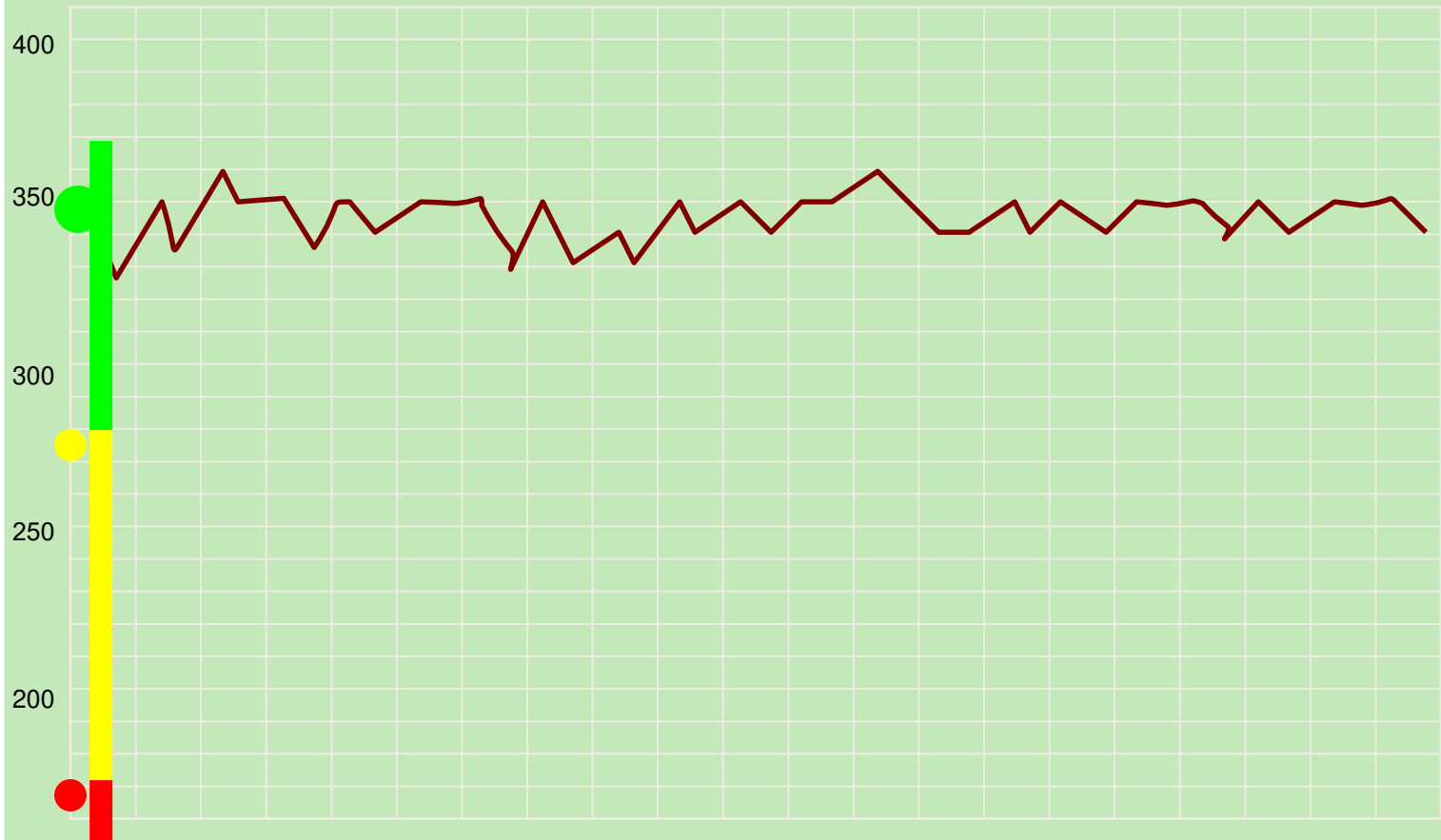
Grüner Bereich
(Normalwert bis 20% unter Normalwert)
→ Normale Schwankungen

Gelber Bereich
(20% bis 50% unter Normalwert)
→ Notfallvermeidungsplan

Roter Bereich
(50% oder weniger unter Normalwert)
→ Akuter, ernster Notfall (Notarzt)

PEF-Dokumentation

L/min



Asthma-Kontrolltest

Fragen an die Kinder

4 Fragen an Dich

Datum: _____
Kontrolle des Asthmas über die letzten 4 Wochen

1 Wie ist Dein Asthma heute?



Sehr schlimm

 0


Schlimm

 1


Gut

 2


Sehr gut

 3

Punkte

2 Wie sehr stört Dich Dein Asthma wenn Du rennst, Dich anstrengst oder Sport treibst?

Es stört mich sehr, ich kann nicht tun was ich möchte.

 0

Es stört mich und ich mag das nicht.

 1

Es stört mich, aber es ist ok.

 2

Es stört mich nicht.

 3

Punkte

3 Musst Du husten, weil Du Asthma hast?

Ja, die ganze Zeit.

 0

Ja, oft.

 1

Ja, manchmal.

 2

Nein, gar nicht.

 3

Punkte

4 Wachst Du nachts auf, weil Du Asthma hast?

Ja, jede Nacht.

 0

Ja, oft.

 1

Ja, manchmal.

 2

Nein, gar nicht.

 3

Punkte

Gesamt

Asthma-Kontrolltest

Fragen an die Kinder

3 Fragen an Deine Eltern

Datum: _____
Kontrolle des Asthmas über die letzten 4 Wochen

5 An wie vielen Tagen hatte Ihr Kind in den letzten 4 Wochen tagsüber Asthmabeschwerden?

Jeden Tag	An 19-24 Tagen	An 11-18 Tagen	An 4-10 Tagen	An 1-3 Tagen	An keinem Tag	Punkte
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

6 An wie vielen Tagen hatte Ihr Kind in den letzten 4 Wochen wegen des Asthmas pfeifende Atmung?

Jeden Tag	An 19-24 Tagen	An 11-18 Tagen	An 4-10 Tagen	An 1-3 Tagen	An keinem Tag	Punkte
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

7 An wie vielen Tagen ist Ihr Kind in den letzten 4 Wochen nachts wegen des Asthmas aufgewacht?

Jeden Tag	An 19-24 Tagen	An 11-18 Tagen	An 4-10 Tagen	An 1-3 Tagen	An keinem Tag	Punkte	Gesamt
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es können Punktwerte zwischen 0 und 27 erreicht werden.

Auf der Rückseite finden Deine Eltern und Du die Beschreibung, was Deine errechnete Gesamtpunktzahl aussagt.

Deine Punkte + Punkte der Eltern = Gesamtpunktzahl

Therapie-Ziele

- Reduzierung der Häufigkeit und des **Schweregrades** akuter Exazerbationen
- **Prävention** bleibender Schäden
- Erreichen einer normalen **psychosozialen Entwicklung/sozialen Teilhabe**
- Erkennen familiärer und sozialer **Problemkonstellationen**
- verbessertes **Selbstmanagement** der Erkrankung

**An der Asthmakontrolle orientiertes
Therapiemanagement**

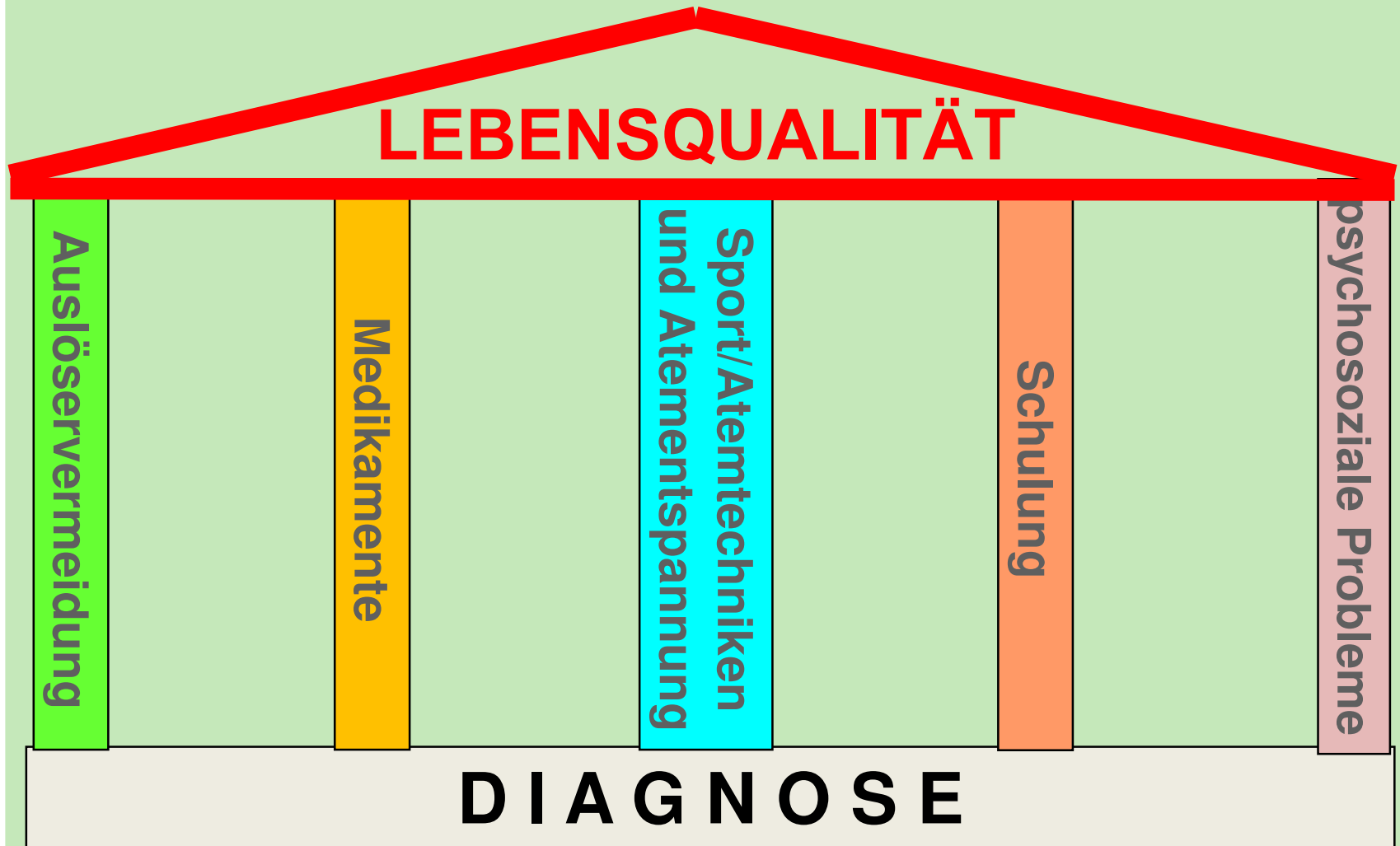
Therapie: NVL Asthma

Grade der Asthma-Kontrolle

Grade der Asthmakontrolle KINDER UND JUGENDLICHE		Gut kontrolliert	Teilweise kontrolliert	Unkontrolliert
Symptomkontrolle	<p>Hatte der Patient in den letzten 4 Wochen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Symptome tagsüber. <input type="checkbox"/> Nächtliches Erwachen durch Asthma. <input type="checkbox"/> Gebrauch von Bedarfsmedikation*. <input type="checkbox"/> Aktivitätseinschränkung durch Asthma. 	Kein Kriterium erfüllt	1-2 Kriterien erfüllt	3-4 Kriterien erfüllt
Beurteilung des Risikos für eine zukünftige Verschlechterung des Asthmas	<p>Erhebung von:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lungenfunktion (Vorliegen einer Atemwegsobstruktion) - Anzahl stattgehabter Exazerbationen (keine / $\geq 1x$ im Jahr /in der aktuellen Woche) 			

* Bei Patienten ab 12 Jahren, die in Stufe 2 ausschließlich die Fixkombination (ICS niedrigdosiert und Formoterol) bedarfsweise anwenden, ist das Kriterium nicht anwendbar: Bei gut kontrolliertem Asthma wird die Fixkombination nicht häufiger als zweimal pro Woche angewandt.

Das "Asthma-Therapiehaus"



Fundament: Diagnosesicherung



Differenzialdiagnosen:

- Mukoviszidose
- ziliäre Dysfunktion
- Dysfunktionelle respiratorische Symptome*
- Gastro-ösophagealer Reflux
- Bronchiale Hyperreagibilität nach Infekten (Pertussis etc.)
- pulmonale Fehlbildungen
- exogen-allergische Alveolitis
- Bronchiolitis obliterans
- Fremdkörper
- postnasal drip

Säule: Auslöservermeidung



www.hno-aerzte-im-netz.de



**Grundvoraussetzung
einer suffizienten Therapie ist
die Vermeidung relevanter Auslöser**

Säule: Auslöservermeidung

Pollenallergie:

- Vorbeugende Medikamente einnehmen
- Nachts das Fenster schließen
- Vor dem Schlafen Haare waschen
- Polleninformationen hören
- Ggf. mehr häusliche Aktivitäten
- Ggf. Hyposensibilisierung

Hausstaubmilbe:

- Haussanierung, vor allem Sanierung des Bettes und der Matratze (Encasing)
- Gutes Lüften
- Kein Staubsaugen- oder Wischen in Anwesenheit des Kindes
- Keine Trockenblumen

Anstrengung:

- Vorbeugende Medikamente einnehmen
- Gut Aufwärmen
- Pausen einlegen, möglichst Nasenatmung
- Geeignete Sportarten herausuchen

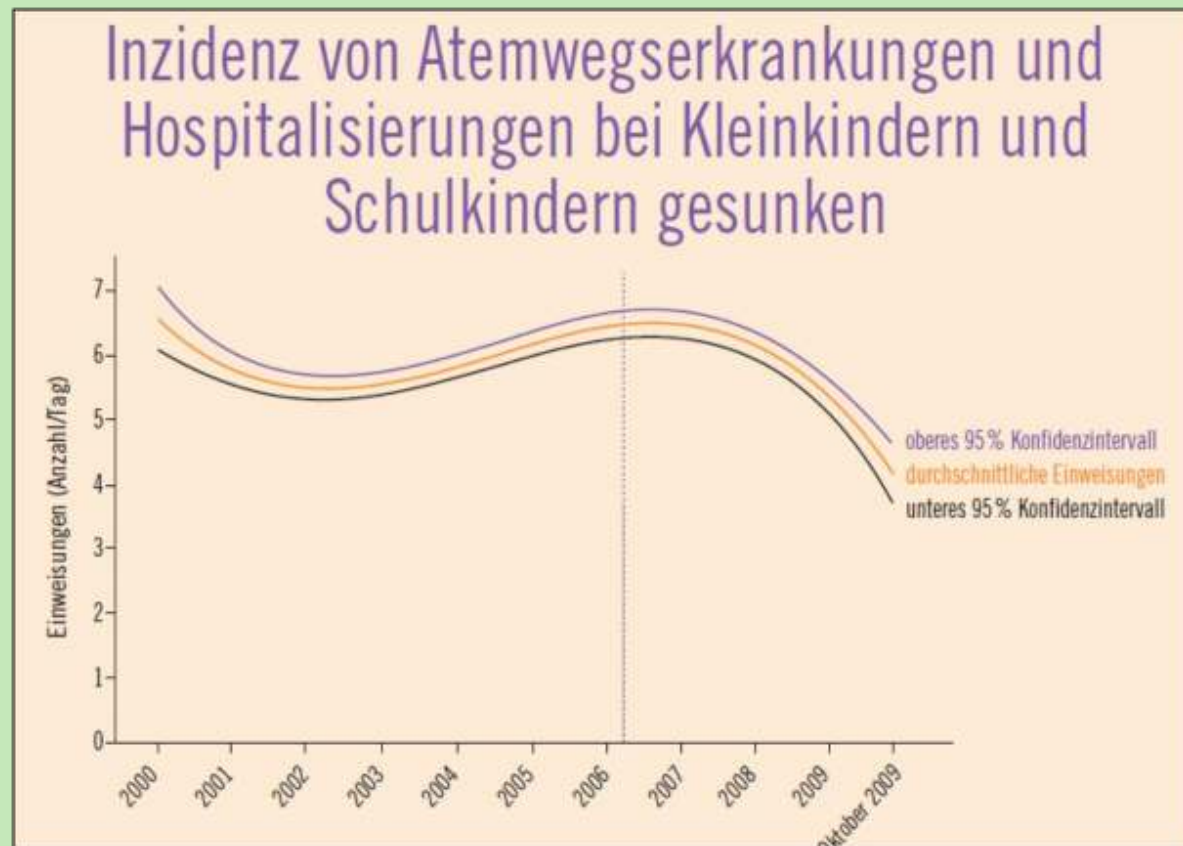
Tierhaare:

- Meiden der entsprechenden Tiere
- Keine Zoo- oder Zirkusbesuche
- Möglichst keine Freunde besuchen, die zu Hause entsprechende Tiere haben
- Haustiere abschaffen
- Wenn überhaupt neue Haustiere, dann Fische oder Schildkröten

Säule: Auslöservermeidung

Rauchverbot – hilft es den Kindern?

Mackay et al. Smoke free legislation and hospitalisations for childhood asthma NEJM 2010; **363**: 1139-45



Säule: Auslöservermeidung

Rauchvermeidung:

- Raucherstatus der Patienten und der Eltern bei möglichst jedem Kontakt erfragen
- Die Betreuungspersonen sollen über die Risiken des Passivrauchens für asthmakranke Kinder und der Notwendigkeit einer rauchfreien Umgebung informiert werden.
- Klare und persönliche Ansprache, Prüfung der Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Motivation zur Rauchentwöhnung stärken, Hilfen anbieten
- Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogramm ermöglichen
- Es sollten Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.

Säule: Auslöservermeidung

Indikationsimpfungen bei Asthma bronchiale:

- Influenzaimpfung:
 - Jährliche Impfung im Herbst mit einem inaktivierten quadrivalenten Impfstoff mit aktueller von der WHO empfohlener Antigenkombination.
 - Kinder und Jugendliche im Alter von 2 bis 17 Jahren können alternativ mit einem attenuierten Influenza-Lebendimpfstoff (LAIV) geimpft werden, sofern keine Kontraindikation besteht.
- Pneumokokkenimpfung:
 - Sequenzielle Impfung mit dem 13-valenten Konjugat-Impfstoff (PCV13), gefolgt von PPSV23 nach 6 – 12 Monaten, wobei PPSV23 erst ab dem Alter von 2 Jahren gegeben werden soll.

Säule: Medikamente

- Grundlage ist die Bekämpfung der chronischen Entzündung und der bronchialen Hyperreagibilität
(Dauertherapie)
- Bronchodilatoren werden adjuvant und im akuten Anfall verwendet
(Notfalltherapie)



Dauer-Medikamente

- **inhalative Steroide (ICS)**
- **langwirksame Bronchodilatatoren (LABA)**
- **Antileukotriene (LTRA)**
 - Langwirkende Anticholinergika (LAMA)
 - Anti – IgE, Antil-IL-4-R-, Antil-IL-5-Antikörper
 - systemische Steroide

Notfall-Medikamente

- **kurzwirksame Beta-2-Mimetika (SABA)**
- **Systemische Steroide**
- **Anticholinergika** (Infektexazerbationen, Überempfindlichkeit auf Betamimetika)

Nicht zur Dauertherapie des Asthma geeignet

- **inhalative Steroide über Kompressionsvernebler**
- **systemische Betamimetika**
- **Antihistaminika**
- **Sekretolytika**
- **Antibiotika**
- **(DNCG)**

Säule: Medikamente

Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6
	ICS niedrig (bevorzugt) oder LTRA	ICS mitteldosiert + LABA oder ICS mitteldosiert + LTRA oder ICS mitteldosiert + LABA + LTRA	ICS mitteldosiert + LABA + LTRA <i>Bei unzureichender Kontrolle:</i> ICS mitteldosiert + LABA + LTRA + LAMA#	ICS hochdosiert + LABA oder ICS hochdosiert + LTRA oder ICS hochdosiert + LABA + LTRA oder ICS hochdosiert + LABA + LAMA# oder ICS hochdosiert + LABA + LTRA + LAMA#	zusätzlich zu Stufe 5 Anti-IgE-Antikörper# oder ggf. Antil-IL-4-R- oder Anti-IL-5-Antikörper#
SABA oder ab 12 Jahren: Fixkombination aus ICS niedrigdosiert + Formoterol*	<i>Alternative in begründeten Fällen:</i> ab 12 Jahre bedarfsorientierte Anwendung Fixkombination ICS niedrig + Formoterol	<i>Alternative in begründeten Fällen:</i> ab 12 Jahre bedarfsorientierte Anwendung Fixkombination ICS niedrig + Formoterol	<i>Alternative in begründeten Fällen:</i> ab 12 Jahre bedarfsorientierte Anwendung Fixkombination ICS niedrig + Formoterol	<i>Alternative in begründeten Fällen:</i> ab 12 Jahre bedarfsorientierte Anwendung Fixkombination ICS niedrig + Formoterol	<i>Alternative in begründeten Fällen:</i> OCS (zusätzlich oder alternativ)
	SABA (wenn Fixkombination) + Formoterol Langzeittherapie Bedarfstherapie	SABA oder ab 12 Jahren: Fixkombination aus ICS + Formoterol, wenn diese auch die Langzeittherapie darstellt	SABA oder ab 12 Jahren: Fixkombination aus ICS + Formoterol, wenn diese auch die Langzeittherapie darstellt	SABA oder ab 12 Jahren: Fixkombination aus ICS + Formoterol, wenn diese auch die Langzeittherapie darstellt	SABA oder ab 12 Jahren: Fixkombination aus ICS + Formoterol, wenn diese auch die Langzeittherapie darstellt

Säule: Medikamente

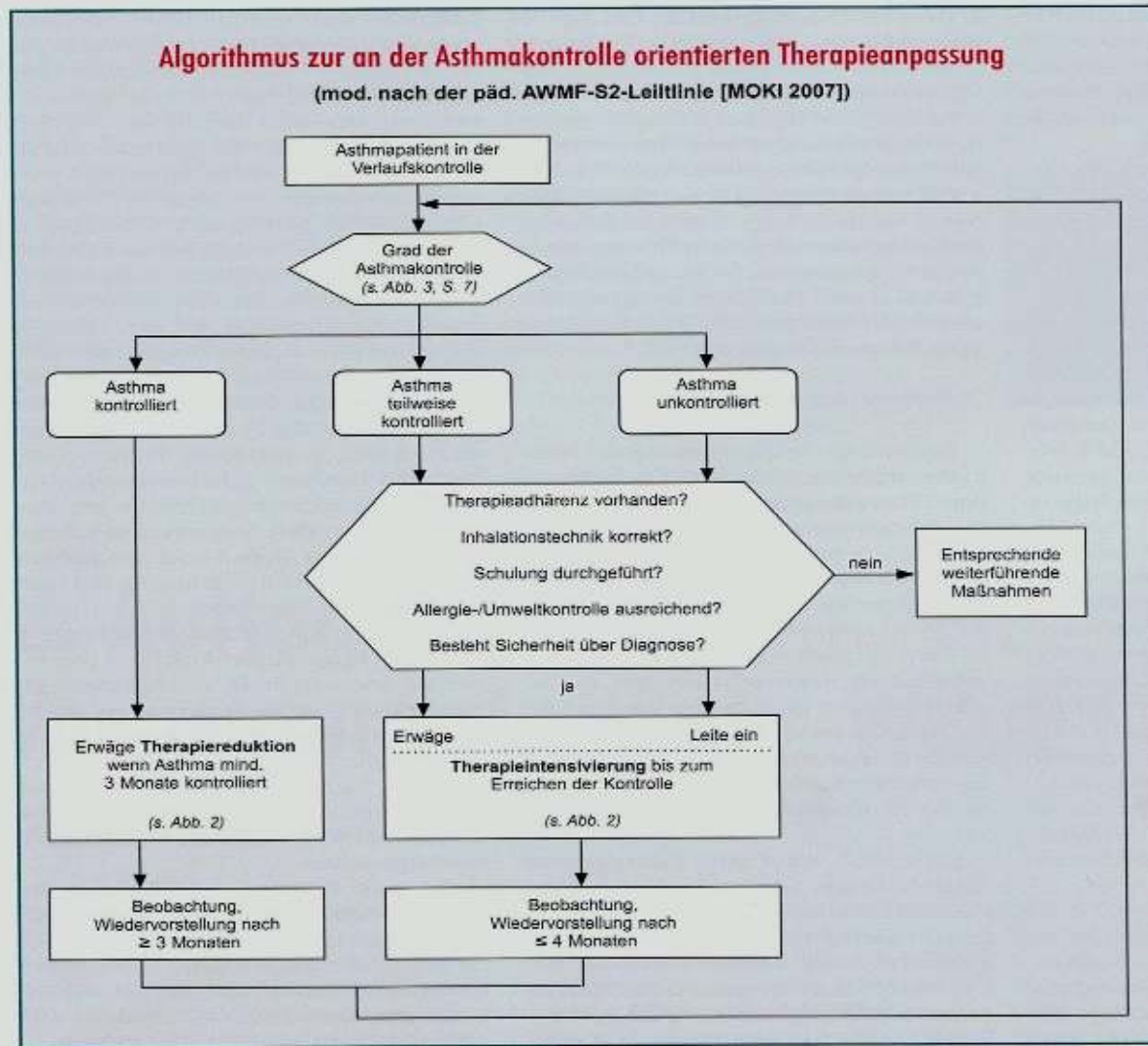
Anti-IgE (NVL)



- Die Anti-IgE-Behandlung ist eine **zusätzliche** Option bei Kindern ab sechs Jahren mit ganzjährigem **schwerem persistierendem IgE-vermittelten allergischem** Asthma
- Voraussetzung ist ein Ausreizen der konventionellen Therapie und eine überprüfte Therapieadhärenz

Säule: Medikamente

Algorithmus zur an der Asthmakontrolle orientierten Therapieanpassung
(mod. nach der päd. AWMF-S2-Leitlinie [MOKI 2007])



„Neues“ Kombipräparat

- Fluticasonfuroat/Vilanterol
- Steroid + selektiver β 2-Agonist
- Wirkt 24h: nur 1x tägliche Gabe
- Verbesserung der „Compliance“
- Pulverinhalat zugelassen ab 12 Jahre
- Dosierungen:
 - 92 μ g Fluticasonfuroat/22 μ g Vilanterol und 184 μ g Fluticasonfuroat/22 μ g Vilanterol
 - **Steroiddosis im vgl. zu Fluticason etwa dreifach!**

„Neuer“ langwirksamer Bronchodilatator

- Tiotropium als Add-on in der Dauertherapie zugelassen
- Ab 6 Jahre zugelassen
- Voraussetzung: in der Therapiestufe 4 oder 5 nicht ausreichend kontrolliert
- Sehr gutes Sicherheitsprofil
- Wirkdauer 24 h

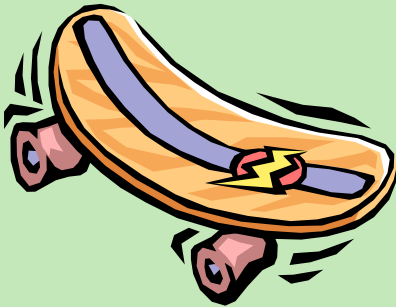
Neue Biological

- Mepolizumab Monoklonaler Anti IL-5 Antikörper
- Dupilumab Monoklonaler Anti IL-4-R-Antikörper
- Bei schwerem Asthma Stufe 6
- Ist zugelassen ab 6 Jahre bzw. 12 Jahre
- Stichwort: je eosinophiler, desto besser die Wirkung

Kernbotschaften zur Inhalation

- Die Form der Inhalation richtet sich nach den motorischen und kognitiven Fähigkeiten des Patienten
- Inhalative Steroide (ICS) als Dosieraerosol grundsätzlich nur über Inhalierhilfe
- So früh wie möglich auf Mundstück umstellen!
- Regelmäßige Überprüfung der Inhalationstechnik- und form!
- ICS nicht sinnvoll bei Infekten

Säule: Sport/Atemtechniken und Atementspannung



- regelmäßiges sportliches Training



- atemerleichternde Körperstellungen
- Lippenbremse

Befreiung vom Sport??

Befreiung vom Schulsport bedeutet:

- schlechterer körperlicher Zustand
- vermindertes Selbstwertgefühl
- fehlendes Körpergefühl
- soziale Ausgrenzung



DMP-Schulung nach standardisierten und evaluierten Modellen:

- **Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.**

www.asthmaschulung.de

Säule: Schulung - Altersgruppen



- 5 - 7 Jahre



- 8 - 12 Jahre



- 13 - 18 Jahre

Säule: Schulung - Zeitumfang

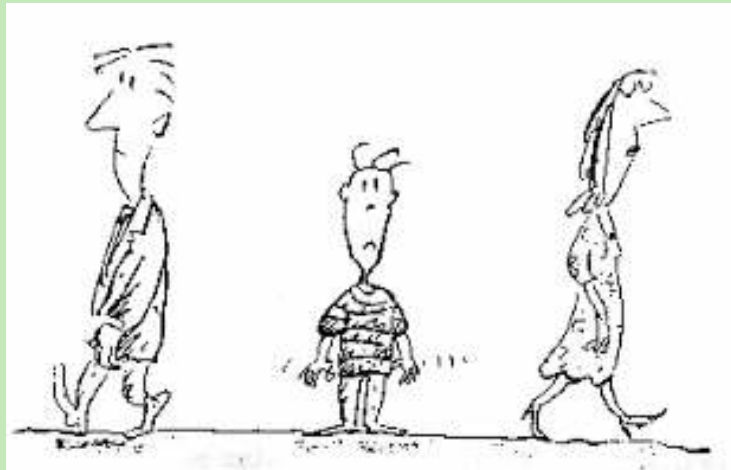


- **Elternschulung:**
- 12 Unterrichtseinheiten

- **Kinder/Jugendliche:**
- 18 Unterrichtseinheiten

Säule: psychosoziale Probleme

- **Erst das Erkennen und die Bewältigung psychosozialer Probleme ermöglicht im Zusammenspiel mit den anderen Faktoren eine suffiziente Therapie**



DMP-Asthma

Disease-Management-Programm
Asthma/COPD

DMP-Asthma

DMP-Asthma

DMP-Asthma

Teilnahmevoraussetzungen Patient

- **Diagnose Asthma** muss gesichert sein
- **Aktive Mitwirkung** und Teilnahme des Patienten
- **Verbesserung der Lebensqualität** ist zu erwarten
- **Teilnahmealter Asthma:** ab 2. Lebensjahr

Ausschreibung wenn

- ▶ innerhalb von 12 Monaten, wenn 2 der veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen werden
- ▶ Ausschreibung von Patienten aus dem DMP, wenn zwei aufeinander folgende DMP-Dokumentationen nicht korrekt vorliegen

Hinweis:
**Die Teilnahme des Patienten
ist immer freiwillig**

Patient kann in das DMP eingeschrieben werden

DMP-Asthma

<ul style="list-style-type: none"> ● Erstdokumentation 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Für die Einschreibung von Kindern und Jugendlichen (5-17 Jahre) muss eine asthmatypische Anamnese (längstens 12 Monate zurückliegend) vorliegen und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt sein. ● Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein. 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika: 	<ul style="list-style-type: none"> ● <input type="checkbox"/> FEV1/VC \leq 75% und Zunahme der FEV1 \geq 15 %
<ul style="list-style-type: none"> ● Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage): 	<ul style="list-style-type: none"> ● <input type="checkbox"/> Zunahme der FEV1 \geq 15 %
<ul style="list-style-type: none"> ● Sonstige Diagnosesicherung durch: 	<ul style="list-style-type: none"> ● <input type="checkbox"/> Circadiane PEF-Variabilität > 20 %
<ul style="list-style-type: none"> ● Sonstige Diagnosesicherung durch: 	<ul style="list-style-type: none"> ● <input type="checkbox"/> Nachweis bronchiale Hyperreagibilität
<ul style="list-style-type: none"> ● Diagnosespezifische Regelmedikation* (asthmatypische Anamnese und Diagnosestellung vor Therapiebeginn gemäß der Zeilen oben erfüllt) 	<ul style="list-style-type: none"> ● <input type="checkbox"/> Ja

* Unter Regelmedikation ist neben einer Dauermedikation auch die regelmäßige Anwendung einer Bedarfsmedikation zu verstehen.

DMP-Asthma

- Erstdokumentation
- Für die Einschreibung von Kleinkindern (1-5 Jahre) müssen **folgende Kriterien** erfüllt sein. (oder die Kriterien der Kinder >5 Jahre)
- ≥ 3 asthmatische Episoden im letzten Jahr
- Ansprechen der Symptome auf einen Therapieversuch mit Asthmamedikamenten
- Mindestens eines der folgenden Zusatzkriterien:
 - Giemen / Pfeifen unabhängig von Infekten, insbesondere bei körperlicher Anstrengung
 - stationärer Krankenhausaufenthalt wegen obstruktiver Atemwegsprobleme
 - atopische Erkrankung des Kindes
 - Nachweis einer Sensibilisierung
 - Asthma bronchiale bei Eltern oder Geschwistern

DMP-Asthma

Ersteinschreibung im Überblick

Diagnosestellung durch Arzt

Teilnahmeerklärung

- Unterschriften, Datum
- Durchschlag an Patient
- zeitnahe(!) Weiterleitung an **zuständige** DMP-Datenstelle*

Erst- und Folgedokumentation (Dokuintervall beachten)

- Kopie an Patient
- datenschutzkonforme/sichere elektronische Übermittlung der Dokumentationsdaten an DMP-Datenstelle*
- ausschließlich online über KV-Portal; keine Disketten oder CDs

***Bitte beachten Sie beim Versand
die Auswahl der richtigen Datenstelle (s. Folgefolie)**

DMP-Asthma

DMP-Datenstellen im Vertragsgebiet der KV Baden-Württemberg

Versand der Teilnahmeerklärungen und online-Übermittlung
für alle DMPs unbedingt trennen nach:

**für Versicherte der
AOK Baden-Württemberg**
(und SVFL (frühere LKK)):

Inter-Forum GmbH
Abteilung DMP-BW AOK/LKK
Postfach 500751
Sommerfelder Straße 120
04304 Leipzig

**für Versicherte aller
anderen Kassen (BKK, IKK,
Ersatzkassen,
Knappschaft-Bahn-See):**

Swiss Post Solutions GmbH
DMP Datenstelle Baden-
Württemberg
Postfach 100318
96055 Bamberg

<https://www.kvbawue.de/praxis/neue-versorgungsmodelle/dmp/>

DMP-Asthma - Vergütung

92001 Einschreibepauschale unter Nutzung von e-DMP	€ 25,00 Information und Beratung, Bestätigung der gesicherten Diagnose, Erstellung und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und Erstdokumentation
92003 Folgedokumentation unter Nutzung von e-DMP	€ 15,00 Erstellung und Weiterleitung der Folgedokumentation Endständige Kodierung nach ICD-10
92005 Dokumentationspauschale Arztwechsel unter Nutzung von e-DMP	€ 15,00 je Dokumentation Erstellung und Weiterleitung der Folgedokumentation Endständige Kodierung nach ICD-10
92007 Betreuungspauschale DMP-Arzt (Kinder- und Jugendarzt)	€ 13,00 Betreuung und Beratung des Patienten bzw. der Erziehungsberechtigten Motivation des Patienten Situative Instruktion des Patienten bzw. der Erziehungsberechtigten 1x/Quartal
92013 Schulungen Kinder/Jugendliche (max. 7 Kinder)	€ 25,00 je UE Abrechenbar bis zu 30 Unterrichtseinheiten à 45 Min. (18 Kinder / 12 Eltern)
92014 Nachschulungen Kinder/Jugendliche	€ 25,00 je UE Abrechenbar max. 3 Unterrichtseinheiten (frühestens nach sechs Monaten)
92025 Schulungen Vorschulkinder (max. 12 Erwachsene)	€ 25,00 je UE Abrechenbar bis zu 30 Unterrichtseinheiten à 45 Min. (12x Eltern + 1x Eltern/Kind)
92026 Nachschulungen Vorschulkinder	€ 25,00 je UE Abrechenbar max. 4 Unterrichtseinheiten (frühestens nach sechs Monaten)

DMP-Asthma

Damit die Vergütung für DMP-Leistungen erfolgen kann:

Wirksame Einschreibung erforderlich mit:

- unterschriebener Teilnahmeerklärungen und
- vollständiger und korrekter Erstdokumentation sowie
- spätere Folgedokumentationen nach Dokumentationsintervall
- (insbesondere) Teilnahmeerklärung umgehend, spätestens zum 5. des Folgemonats (§ 4 Abs. 1 Nr. 3 DMP-Vertrag) an die zuständige DMP-Datenstelle schicken
- Gesetzliche Übermittlungsfrist beachten (52 Tage nach Ablauf des Dokumentations-Quartals)
- Und wichtig: Informationsbriefe der Datenstelle aktiv beachten!
- Zusatz-Service der AOK Baden-Württemberg: halbjährlicher DMP-Kontoauszug mit Aufstellung aller vergütungsfähiger Patienten/-innen. Bei Abweichungen zum eigenen Praxisbestand unterstützt auch gerne der Arzt-Partner-Service der AOK Baden-Württemberg).

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



bvkJ • Service
GmbH

MEDI  **VERBUND**
BADEN-WÜRTTEMBERG E.V.

AOK
Die Gesundheitskasse.