

**Strukturvertrag**

**gemäß**

**§ 73a SGB V**

**zur Weiterentwicklung der Strukturen zur frühzeitigen  
Behandlung von Krankheiten  
(„Frühbehandlungsstrukturvertrag“)**

**zwischen**

**der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, handelnd als Landesverband gemäß § 207 Abs. 4 SGB V  
(AOK Nordost)**

**und**

**der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin  
(KV Berlin)**

## **Präambel**

Zur Stärkung der ambulant ärztlichen Versorgung sowohl im haus- als auch fachärztlichen Bereich und vor dem Hintergrund der zunehmenden Herausforderung der medizinischen Versorgung auf Grund des demografischen Wandels wird der nachfolgende Vertrag geschlossen, der die beschriebenen Aspekte angeht und zur langfristigen Lösung dieser beiträgt.

Ziel ist es hierbei, Strukturen zu schaffen bzw. zu unterstützen, die auf die frühzeitige Behandlung von besonderen sowie potentiell schwer verlaufenden und/oder langwierigen Erkrankungen ausgerichtet sind. Die Versicherten sollten rechtzeitig in eine notwendige zielgerichtete Behandlung überführt werden, um damit die Verschlechterung von Krankheitszuständen möglicherweise zu verhindern oder zu verlangsamen bzw. eine möglichst umfangreiche Reduktion von schwerwiegenden Spätkomplikationen zu erreichen. Mit diesem Vertrag soll eine hohe und gleichbleibende Qualität durch Vorgabe von Struktur-, Prozess- und Qualifikationsanforderungen etabliert werden. Dazu gehört auch die Empfehlung an die Versicherten zur Teilnahme an geeigneten Versorgungsmanagementprogrammen der AOK Nordost. Mit der vorgeschlagenen Lösung trägt die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse auch ihrer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe als größte regionale Krankenkasse in Berlin Rechnung und unterstützt nachhaltig die Stabilisierung der vertragsärztlichen Versorgung in der Region.

## **§ 1 Versorgungsauftrag**

### **(1) Maßnahmen zur frühzeitigen Behandlung von Erkrankungen**

Um eine umfassende und zielgerichtete Therapie/Behandlung einleiten zu können, bedarf es der frühzeitigen Intervention insbesondere bei potentiell schwer verlaufenden und/oder langwierigen Erkrankungen. Zum einen wird ein Bedarf gesehen, für bestimmte chronische Erkrankungen in der initialen Phase der Erkrankung zeitlich begrenzt, zusätzliche ärztliche Angebote zu schaffen. Zum anderen soll bei ausgewählten chronischen Erkrankungen verstärkt durch den Vertragsarzt auf Komorbiditäten und Folgeerkrankungen untersucht werden, um den Patienten bei Feststellung dieser, umfassender zu beraten. Der Versorgungsinhalt beinhaltet insbesondere die ausführliche Beratung und Aufklärung der Patienten. Eine umfassende Information sowie enge Abstimmung zwischen den behandelnden Haus- und Fachärzten ist somit ein wesentlicher Bestandteil dieses Vertrages.

Neben ausgewählten chronischen Erkrankungen sollen sukzessive weitere Erkrankungen als auch weitere Module angeknüpft werden. Die indikationsspezifischen Module verfolgen primär die Zielrichtung der verstärkten Initialbehandlung auf Komorbiditäten und Folgeerkrankungen und Beratung des Patienten bei Vorliegen dieser.

Als Anlage zu diesem Vertrag sind somit ein Modul für ausgewählte chronische Erkrankungen und indikationsspezifische Module vorgesehen. Die jeweiligen Leistungsbeschreibungen sowie die im Einzelnen durchzuführenden Maßnahmen/Leistungen zur Umsetzung dieses Vertrages ergeben sich aus den jeweiligen Anlagen (Module).

### **(2) Spezielle Angebote im Versorgungs-/Patientenmanagement**

Um die Ziele, insbesondere die rechtzeitige Einleitung von notwendigen Behandlungen zu erreichen, empfehlen die teilnehmenden Vertragsärzte den Versicherten die Teilnahme an für sie geeigneten Versorgungsprogrammen der AOK Nordost. Die Vertragspartner beabsichtigen darüber hinaus, in Ergänzung zu den bereits bestehenden, sukzessive zusätzliche Angebote gemeinsam zu entwickeln.

## § 2 Geltungsbereich

- (1) Der Vertrag findet Anwendung im Bereich der KV Berlin und gilt zunächst für Versicherte der AOK Nordost mit Wohnort in Berlin. Für Versicherte der AOK Nordost, die ihren Wohnort außerhalb von Berlin haben, sind die Leistungen nur berechnungsfähig, solange und soweit der KV Berlin eine Anerkennung gemäß Nr. 1.3.4 Abs.1 der FKZ-Richtlinie vorliegt.
- (2) Zur Erbringung der Leistungen gemäß § 3 dieses Vertrages sind im Bereich der KV Berlin zugelassene, in einer Praxis angestellte sowie in einem MVZ tätige Ärzte nach § 73 Abs. 1 und 1a SGB V berechtigt. Weiterhin sind ermächtigte Ärzte und Einrichtungen nach den §§ 31 und 31a Ärzte-ZV zur Erbringung der Leistungen berechtigt.
- (3) Dieser Vertrag gilt für Ärzte und Einrichtungen, die der KV Berlin eine Meldung über das zusätzliche Angebot gemäß § 3 Absatz 3 übermitteln.
- (4) Der Arzt bzw. die Einrichtung kann die Beendigung der Teilnahme am Vertrag schriftlich gegenüber der KV Berlin mit einer Frist (Eingang KV Berlin) von vier Wochen zum Ende eines Quartals erklären.

## § 3 Leistungen

- (1) Maßnahmen zur frühzeitigen Behandlung von Erkrankungen sind frühzeitige und zielgerichtete Untersuchungen auf die von diesem Vertrag erfassten Erkrankungen und möglichen Komorbiditäten, sofern die Versicherten wegen dieser Erkrankungen noch nicht in Behandlung sind. Durch die rechtzeitige Intervention soll eine möglichst umfangreiche Reduktion von schwerwiegenden Spätkomplikationen erreicht werden. Bei den Versicherten werden gemäß den jeweiligen Anlagen zu diesem Vertrag entsprechende Maßnahmen zur Behandlung von Erkrankungen durchgeführt.
- (2) Zur verbesserten Versorgung der Versicherten nach Absatz 1 erfolgt insbesondere in den ersten Monaten nach Feststellung der Erkrankung eine besondere Betreuung gemäß den jeweiligen Anlagen durch die in § 2 Abs. 2 benannten Ärzte und Einrichtungen.
- (3) Zur Erhöhung der Beratungsintensität sollen die Ärzte unter Berücksichtigung des § 4 des Vertrages, über die nach den allgemeinen Regeln vergüteten Leistungen hinaus, separate Angebote für Patienten mit ausgewählten Krankheitsbildern gemäß der jeweiligen Anlage, z.B. in Gestalt eines zusätzlichen Sprechstunden-, Wartezeitenmanagements- und/oder Koordinierungsangebotes zur Verfügung stellen. Der Arzt informiert die KV Berlin zeitnah über das Zusatzangebot. Einzelheiten der Information nach Satz 1 regelt die KV Berlin im Verhältnis zu ihren Mitgliedern.

## § 4 Vergütung

- (1) Die Vergütung erfolgt ausschließlich kontaktabhängig bei erstmaliger Feststellung definierter Krankheitsbilder und Dokumentation. Die Krankheitsbilder sind in den Anlagen genannt. Die erstmalige Feststellung (**neu identifiziert**) eines Krankheitsbildes liegt dann vor, wenn die jeweilige Diagnose bislang von diesem Vertragsarzt nicht dokumentiert, abgerechnet und im Rahmen dieses Vertrages der Patient noch nicht behandelt wurde.
- (2) Die im Rahmen des Datenaustauschverfahrens zu übermittelnden Diagnosen sind vollständig, spezifisch und über die Dauer der Behandlung zu dokumentieren. Die Diagnosen sind gemäß der jeweils aktuellen Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der je-

weiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassungen unter Berücksichtigung der Vorgaben des ambulanten Bereiches anzugeben.

Es sind alle Diagnosen zu erfassen, für die im Rahmen der Behandlung Leistungen erbracht bzw. Maßnahmen durchgeführt worden sind oder die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen und/oder Maßnahmen stehen. Die Diagnosen sind entsprechend dem Krankheits- und Behandlungsverlauf anzupassen.

Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu kodieren. Die Erkrankung ist, soweit es die Klassifikation ermöglicht, in deren Stadium, Schweregrad und soweit sachgerecht, mit der dazugehörigen Lokalisation anzugeben.

Zu jeder Diagnose, die nach diesem Vertrag festgestellt wird, werden die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit („A“, „G“, „V“ oder „Z“) entsprechend der aktuellen ICD-10 angegeben.

Das Zusatzkennzeichen „G“ ist auch dann zu verwenden, wenn eine Verdachtsdiagnose nicht endgültig gesichert werden kann, aber eine sachgerechte und medizinisch stimmige spezifische Behandlung so erfolgt, als wäre diese Diagnose gesichert.

Bei der Angabe des „Z“-Zusatzkennzeichens ist zu beachten, dass dieses Zusatzkennzeichen nur dann verwendet werden darf, wenn im Titel der ICD (medizinische Beschreibung) nicht bereits der Folgezustand („Folgen“ oder „Folgezustände“) enthalten ist. Ist der Folgezustand in der ICD enthalten und hat diese Diagnose eine Behandlung verursacht, so ist für den entsprechenden ICD-Kode, das Zusatzkennzeichen „G“ anzugeben.

- (3) Die Vergütung erfolgt befristet für einen Zeitraum von maximal vier Quartalen ab erstmaliger Feststellung und Dokumentation.
- (4) Die Höhe der Vergütung für die Maßnahmen nach diesem Vertrag ist in der jeweiligen Anlage zu diesem Vertrag geregelt. Die Leistungen aus den Anlagen/Modulen können nebeneinander erbracht und abgerechnet werden.

## **§ 5**

### **Abrechnung der Vergütung zwischen dem Arzt und der KV Berlin**

- (1) Der Arzt rechnet seine nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen im Rahmen der regulären Quartalsabrechnung gegenüber der KV Berlin ab.  
  
Abrechenbar und vergütungsfähig sind ausschließlich Leistungen gemäß § 4 des Vertrages in Verbindung mit den Anlagen mit den dort festgelegten SNR und Vergütungshöhen.
- (2) Es gelten die Regularien und Statuten der KV Berlin (u.a. Abrechnungsordnung) sowie der Bundesmantelvertrag in seiner jeweils gültigen Fassung.
- (3) Die Vergütung aus diesem Vertrag wird im Honorarbescheid gesondert ausgewiesen.
- (4) Die KV ist berechtigt die jeweils übliche Verwaltungskostenumlage einzubehalten.
- (5) Bis zum Vorliegen der für die Bemessung von Abschlagszahlungen erforderlichen Daten werden keine Abschlagszahlungen geleistet.

## **§ 6**

### **Abrechnung der Vergütung zwischen der KV Berlin und der AOK Nordost**

- (1) Vergütungsfähig sind ausschließlich Leistungen gemäß § 4 in Verbindung mit den Anlagen, die auf Grundlage nach § 295 Absatz 1 SGB V sowie darauf basierender Richtlinien oder Vereinbarungen über Form und Inhalte des regulären Quartalsabrechnungsverfahrens in der jeweils geltenden Fassung dokumentiert und übermittelt werden. Die Abrechnung erfolgt nach dem Verfahren und zusammen mit der regulären Quartalsabrechnung. Die KV Berlin prüft die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung.
- (2) Die Vergütung der in diesem Vertrag genannten Leistungen nach § 4 erfolgt durch die AOK Nordost außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (3) Rückforderungen von Vergütungen aus diesem Vertrag können nicht mit Vergütungen für andere Leistungen verrechnet werden.
- (4) Bezüglich der Kosten, die der KV Berlin bei der Umsetzung dieses Vertrags darüber hinaus entstehen, treffen die Vertragspartner zeitnah eine ergänzende Regelung.
- (5) Hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten und -fristen sowie des Ausweises in den Abrechnungsunterlagen (Formblatt 3.) gelten die Bestimmungen des jeweils gültigen Honorarvertrages und des Gesamtvertrages entsprechend.

## **§ 7**

### **Evaluation**

- (1) Die KV Berlin unterrichtet die AOK Nordost einmal im Quartal über die Umsetzung des Vertrages und die Auswirkungen im Hinblick auf eine Verbesserung der Versorgungsstruktur. Zu dieser Unterrichtung gehören auch Angaben oder Einschätzungen zum Ausmaß der Inanspruchnahme des Zusatzangebotes durch die nach § 2 Abs. 1 erfassten Versicherten. Zeichnet sich eine nur geringe Inanspruchnahme ab, verständigen sich die Vertragspartner über geeignete Maßnahmen, ggf. auch eine Änderung der Vergütungsregelungen.
- (2) Die Vertragspartner werden mindestens halbjährlich die in den Anlagen aufgeführten Krankheitsbilder und Leistungsbeschreibungen überprüfen und bei Bedarf ändern/anpassen.

## **§ 8**

### **Datenschutz**

Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften ist von den Vertragspartnern und den Ärzten/Einrichtungen zu gewährleisten. Gleiches gilt für die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht durch die Ärzte nach der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Berlin.

## **§ 9**

### **Salvatorische Klausel**

Sollten eine oder mehrere Regelungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, wird die Wirksamkeit der übrigen Regelungen nicht berührt, es sei denn, die unwirksame Bestimmung ist für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten am Vertrag nicht zugemutet werden kann. Die Vertragspartner werden einvernehmlich die unwirksamen Regelungen durch eine ihr gleichkommende wirksame Regelung ersetzen. Entsprechend soll verfahren werden, wenn sich bei der Durchführung des Vertrages eine ergänzungsbedürftige Lücke ergibt.

**§ 10**  
**Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 01.01.2015 in Kraft und wird unbefristet geschlossen. Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner schriftlich mit einer Frist von einem Monat zum Ende des Quartals gekündigt werden. Die Anlagen zum Vertrag sind jeweils gesondert mit einer Frist von einem Monat zum Ende des Quartals kündbar. Bei Kündigung einer Anlage gelten der Vertrag und die anderen Anlagen weiter.
- (2) Der Vertrag kann außerordentlich aus wichtigem Grund gekündigt werden. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere bei schwerwiegenden Verstößen gegen diesen Vertrag vor. Schwerwiegende Verstöße sind z. B. dann gegeben, wenn einer der Vertragspartner seine vertraglichen Pflichten derart verletzt, dass die weitere Durchführung des Vertrags gefährdet ist. Im Übrigen liegt ein wichtiger Grund vor, wenn der KV Berlin bzw. der AOK Nordost wegen eines Verstoßes gegen gesetzliche oder eigene satzungsrechtliche Bestimmungen die Durchführung dieses Vertrags durch die für sie zuständige Aufsichtsbehörde oder durch eine gerichtliche Entscheidung untersagt wird. Bis zur Kündigung aus wichtigem Grund werden die Vertragspartner die Verpflichtungen dieses Vertrages erfüllen.

Berlin, : 19. Feb. 2015



---

**Kassenärztliche Vereinigung  
Berlin**

Potsdam, 12.2.15



---

**AOK Nordost –  
Die Gesundheitskasse**

**Anlage zum Frühbehandlungsstrukturvertrag**  
**„Modul „ausgewählte chronische Erkrankungen“ -**  
**Leistungsbeschreibung“**

**Vorbemerkung**

Es wird ein Bedarf gesehen, für bestimmte chronische Erkrankungen in der initialen Phase der Erkrankung zeitlich begrenzt, zusätzliche ärztliche Angebote zu schaffen. Zudem soll gefördert werden, bei ausgewählten chronischen Erkrankungen verstärkt auf Komorbiditäten und Folgeerkrankungen zu untersuchen und den Patienten bei Feststellung dieser, umfassender zu beraten. Durch diese beiden Ansätze sollen im Rahmen eines Gesamtkonzeptes u. a. Lücken zwischen bestehenden Angeboten wie DMP-Programmen und Betreuungsstrukturverträgen geschlossen werden.

Im Modul „ausgewählte chronische Erkrankungen“ ist das Ziel chronische Herz- und Lungenerkrankungen sowie Diabetes und gegebenenfalls noch weitere Erkrankungen so früh wie möglich zu behandeln. Nur Patienten, bei denen sich erste Krankheitssymptome zeigen bzw. sich diese im Frühstadium der Erkrankung befinden, sollen durch dieses Modul besonders versorgt werden. Die Betreuung kann maximal für vier Quartale abgerechnet werden. Es wird davon ausgegangen, dass im Regelfall anschließend die Betreuung über andere Angebote wie DMP erfolgt.

**1. Einschlusskriterien und Leistungsbeschreibung**

Die teilnehmenden Ärzte führen bei allen Patienten, bei denen der **Verdacht** auf das mögliche Vorliegen einer chronischen Erkrankung nach Nr. 2 a) vorliegt, Maßnahmen zur frühzeitigen Behandlung dieser Erkrankungen durchzuführen. Dazu gehören das Erstgespräch, die Beratung über das Krankheitsbild und das weitere Vorgehen sowie die Koordination und Zusammenarbeit zwischen den Ärzten unterschiedlicher Fachgruppen sowie das Koordinationsgespräch mit dem Facharzt bzw. ggf. die Überweisung zum Facharzt. Zudem sollen erste notwendige medizinische Maßnahmen eingeleitet werden.

**2. Dokumentation und Vergütung**

a) Abrechenbare Diagnosen

<b>ICD</b>	<b>Klartext</b>
<b><u>KHK</u></b>	
- I20.-	Angina pectoris
- I21.-	Akuter Myokardinfarkt
- I22.-	Rezidivierender Myokardinfarkt

– I23.-	Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt
– I24.-	Sonstige akute ischämische Herzkrankheit
– I25.-	Chronische ischämische Herzkrankheit
<b><u>Diabetes Mellitus</u></b>	
– E10.-	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]
– E11.-	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]
– E12.-	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]
– E13.-	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus
– E14.-	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus
<b><u>Lungenerkrankung</u></b>	
– J44.-	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung

b) Vergütung

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstgespräch</li> <li>• Durchführung der Maßnahmen zur frühzeitigen Behandlung von Erkrankungen nach Nummer a)</li> <li>• Beratung über das Krankheitsbild und das weitere Vorgehen</li> <li>• Koordination und Zusammenarbeit zwischen den Ärzten unterschiedlicher Fachgruppen sowie das Koordinationsgespräch mit dem Facharzt bzw. ggf. die Überweisung zum Facharzt</li> <li>• Einleitung erster notwendiger medizinischer Maßnahmen zur Behandlung</li> </ul>	<p>Pauschal 3 EUR je Indikation pro Quartal (maximal vier Quartale nach erstmaliger Dokumentation)</p> <p>Abrechnung mittels Leistungsziffer: <b>90035</b></p>
--	--

Die Pauschale ist kumuliert für alle Indikationen je Versicherten und Quartal nur bis zu einem maximalen Betrag von 9,00 EUR vergütungsfähig. Abrechenbar sind ausschließlich nur neu identifizierte Erkrankungen. **Neu identifizierte Erkrankungen liegen dann vor, wenn die Erkrankung von dem Vertragsarzt bislang nicht dokumentiert wurde.** Die Vergü-

**tung** erfolgt zusätzlich zur Vergütung aus der Regelversorgung und ist **befristet für einen Zeitraum von vier Quartalen ab erstmaliger Dokumentation einer festgestellten Erkrankung** des Vertragsarztes.

Voraussetzungen für die Abrechnung:

- Persönlicher Arzt-Patientenkontakt und
- Dokumentation einer neu identifizierten Indikation gemäß Nr. 2 a) und
- Gesicherte Kodierung der Diagnosen gemäß Nr. 2 a)

Die Vergütung erhält der Vertragsarzt von der AOK Nordost außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zusätzlich zur Vergütung aus der Regelversorgung.

## Anlage zum Frühbehandlungsstrukturvertrag

### Modul „Depressionen“

#### Vorbemerkung

Depressionen gehören zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland. Im Themenheft „Depressive Erkrankungen“ des Robert Koch Instituts (RKI) aus dem Jahr 2010, das einen guten Gesamtüberblick über die Studienlage zum Thema Depression gibt, wird dies wie folgt dargestellt: Die 12-Monats-Prävalenz für „irgendeine depressive Störung“ beträgt 10,9%, für eine Major Depression liegt diese bei 8,3%. Die überwiegende Mehrzahl der Depressionen verlaufen chronisch, bei 60 bis 70% ist davon auszugehen, dass nach der ersten depressiven Episode eine weitere Episode folgt.

Die differenzierte Diagnostik der Depression ist unerlässlich für eine gezielte Betreuung und Behandlung des Patienten. In der Vergangenheit wurden bei vielen Patienten in der hausärztlichen Praxis Depressionen nicht – oder zu spät – erkannt oder nur undifferenziert diagnostiziert. Das führte dazu, dass die weitere Behandlung häufig nicht gezielt erfolgen konnte und es dadurch zu unwirksamen somatischen Behandlungen und einer Chronifizierung der psychischen Erkrankung kam.

Um die Hausärzte dabei zu unterstützen, eine differenzierte Diagnostik der Depressionen vorzunehmen, soll ein einfaches Fragebogeninstrument zur Verfügung gestellt werden. Der international sehr gut validierte Kurzfragebogen PHQ-9 soll hierzu Anwendung finden. Dieser besteht aus neun Fragestellungen, die die Häufigkeit des Auftretens der verschiedenen Symptome einer Depression abfragen. Im Ergebnis wird schnell deutlich, ob eine Depression vorzuliegen scheint und außerdem gibt er eine gute Orientierung zum Schweregrad der Depression. Im Gespräch mit dem Patienten muss der Arzt die Angaben anschließend überprüfen.

#### 1. Einschlusskriterien und Leistungsbeschreibung

Die teilnehmenden Ärzte führen bei allen Patienten, bei denen der **Verdacht** auf das mögliche Vorliegen einer Depression besteht **oder** bereits eine **unspezifische Depression** festgestellt wurde, den Kurzfragebogen PHQ-9 durchzuführen, ihn auszuwerten, das Ergebnis durch den Arzt im Gespräch mit dem Patienten zu verifizieren und die Ergebnisse und die abzuleitende spezifische Diagnose der Depression gemäß ICD entsprechend zu dokumentieren. Die Durchführung des Tests kann ggf. auch an entsprechend qualifizierte Praxismitarbeiter delegiert werden, sofern die Diagnosesicherung anschließend durch Arzt erfolgt. Das Ergebnis des Tests und die Diagnose ist der Kassenärztlichen Vereinigung auf Anforderung in geeigneter Form zu übermitteln.

Das Ergebnis des PHQ 9 soll wie folgt dokumentiert werden:

- Fragebogen PHQ 9 durchgeführt am:
- Ergebnis laut Auswertungsanleitung und Auswertungsgespräch mit dem Patienten

- Diagnose laut ICD 10:

Falls der Test und das sich daran anschließende Arzt-Patient-Gespräch bestätigt, dass eine depressive Episode vorliegt, sind im Gespräch mit dem Patienten geeignete Maßnahmen abzuleiten. Ggf. ist eine Überweisung zum Facharzt vorzunehmen.

Den Ärzten werden zur Unterstützung der Diagnostik folgende Unterlagen über die Kassenärztliche Vereinigung als Download zur Verfügung gestellt

- Fragebogen PHQ9 (Anhang 1) mit Auswertungsschablone (Anhang 2)

## **2. Dokumentation und Vergütung**

### **a) Abrechenbare Diagnosen**

- F 32.0 Leichte depressive Episode
- F 32.1 mittelgradige depressive Episode
- F 32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
- F 32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
- F 33.0 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
- F 33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
- F 33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
- F 33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
- F 33.4 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert

b) Vergütung von folgenden Leistungen:

<p><b>Durchführung des Tests PHQ 9</b></p> <p>dazu gehören auch:</p> <p>Sicherung der Diagnose nach Nr. a) im ärztlichen Gespräch und Dokumentation des Testergebnisses, Koordination und Zusammenarbeit zwischen den Ärzten unterschiedlicher Fachgruppen sowie das Koordinationsgespräch mit dem Facharzt bzw. ggf. die Überweisung zum psychiatrischen Facharzt</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Testdurchführung:</u><ul style="list-style-type: none"><li>- 8 EUR einmalig pro Versicherten</li><li>- Abrechnung mittels Leistungsziffer: <b>90036</b></li></ul></li><li>• <u>Befundüberprüfung nach 3 bis 6 Monaten:</u><ul style="list-style-type: none"><li>- 7 Euro einmalig pro Versicherten</li><li>- Abrechnung mittels Leistungsziffer: <b>90037</b></li></ul></li><li>• Zusätzlich anzugeben als <u>Nachweis der Dokumentation</u> der Testdurchführung Leistungsziffer: <b>90038</b></li></ul>
<p>Aufklärung und Beratung zur Erkrankung, wenn mittels Diagnostik eine spezifische Diagnose konstatiert wurde</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Beratung:</u><ul style="list-style-type: none"><li>- 3 EUR einmalig je Versicherten pro Jahr</li><li>- Abrechnung mittels Leistungsziffer: <b>90039</b></li></ul></li></ul>

Voraussetzungen für die Abrechnung:

- Persönlicher Arzt-Patientenkontakt und
- Dokumentation der Testdurchführung und
- Gesicherte endstellige Kodierung der Diagnosen nach Nr. 2 a)

Die Vergütung erhält der Vertragsarzt von der AOK Nordost außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zusätzlich zur Vergütung aus der Regelversorgung.

Praxisstempel

Signatur des Arztes \_\_\_\_\_



## Patientenfragebogen (PHQ-9)

### PATIENTENDATEN

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?		Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
2	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
3	Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
4	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
5	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
6	Schlechte Meinung von sich selbst, Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
7	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
8	Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
9	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

Summenwert: \_\_\_\_\_

**AUSWERTUNG:**  
 Summenbildung über Antwortpunkte der Fragen (PHQ-9):

Antworten:	Punkte:
Überhaupt nicht	= 0
An einzelnen Tagen	= 1
An mehr als der Hälfte der Tage	= 2
Beinahe jeden Tag	= 3

< 5	gesund
< 10	unauffällig
10-14	„leichtgradige“ Depression
15-19	„mittelgradige“ Depression
20-27	„schwergradige“ Depression

**DIAGNOSESTELLUNG**

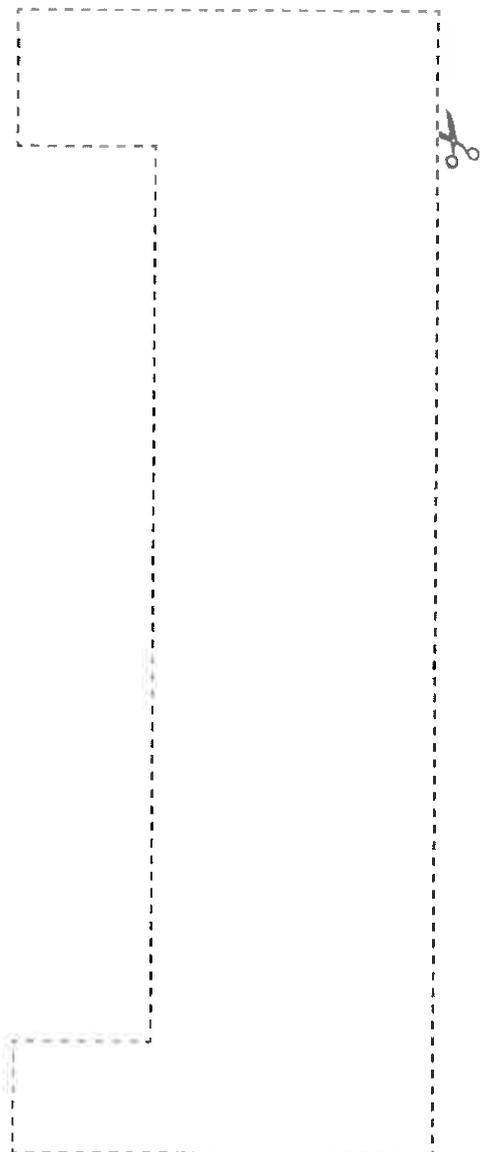
Da sich der Fragebogen ausschließlich auf Selbstausskünfte des Patienten bezieht, müssen die endgültigen Diagnosen durch den behandelnden Arzt überprüft werden. Dabei sollte berücksichtigt werden, wie gut der Patient den Fragebogen verstanden hat. Zusätzlich sind weitere anamnestiche Informationen des Patienten, seiner Familienangehörigen bzw. Informationen aus anderen Quellen heranzuziehen.

Quellen:  
 Deutsche Übersetzung und Validierung des „Brief Patient Health Questionnaire [Brief PHQ]“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg.  
 [Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999]



## Patientenfragebogen (PHQ-9)

1 x	2 x	1 x	2 x
----- oder -----		----- oder -----	
+	+	+	+
1-3 x	0-2 x	≥ 4 x	≥ 3 x
<b>Andere Depressive Syndrome</b>		<b>Major Depressives Syndrome</b>	
V.a. Minor Depression/ n.n.b. depressive Episode (F32.9)		V.a. erstmalige depressive Episode (leicht F32.0) (mittel F32.1) (schwer F32.2)	
V.a. Minor Depression/ n.n.b. rezid. depressive Episode (F33.9) V.a. Dysthymia (F34.1)		V.a. Rezid. depressive Episode (leicht F33.0) (mittel F33.1) (schwer F33.2)	



Quellen:  
 Deutsche Übersetzung und Validierung des „Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg.  
 (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999)

## Anlage zum Frühbehandlungsvertrag

### Modul : Frühbehandlung von Erkrankungen aufgrund von Alkoholmissbrauch

#### **Vorbemerkung**

Nach Schätzung von Fachleuten besteht bei ca. 3, 4 Millionen Bundesbürgern ein Missbrauch von Alkohol oder eine Alkohol-Abhängigkeit. Es wird davon ausgegangen, dass mindestens 10 Millionen Menschen in Deutschland Alkohol oberhalb der Grenzwerte für einen risikoarmen Konsum trinken. Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholmissbrauchs werden auf 20 Milliarden Euro geschätzt. <sup>1</sup>

Experten schätzen <sup>2</sup>, dass jeder 10. Patient, der die Praxis einer niedergelassenen Arztes aufsucht, Alkohol missbraucht oder von ihm abhängig ist. Etwa 70% der Menschen mit Alkoholproblemen haben mindestens einmal pro Jahr Kontakt zu ihrem Hausarzt. Die ärztliche Praxis ist daher aus der Sicht von Fachleuten ein günstiger Ort zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung von Alkoholproblemen.

Fachleute weisen aber auch darauf hin, dass die Patienten in den allermeisten Fällen ihre Alkoholproblematik nicht von sich aus ansprechen, sondern dem Arzt nur ihre rein somatischen Beschwerden schildern, die nicht selten in direktem Bezug zu der Suchtproblematik stehen. Dazu kommt, dass der Arzt häufig seinerseits dieses Thema nicht direkt von sich aus anspricht. Es ist deshalb davon auszugehen, dass es eine hohe Dunkelziffer von nicht erkannten und nicht diagnostizierten – und damit nicht behandelten Alkoholproblemen in der Praxis gibt. Diagnostik und gezielte Intervention zu einem frühen Stadium finden also offenbar sehr selten statt. Es kommt deshalb häufig zu einer Chronifizierung des Problems – mit erheblichem Leidensdruck für die Patienten und deren Familien.

Es sind also dringend Maßnahmen zur Früherkennung und Frühintervention im Bereich Alkoholmissbrauch angezeigt. Den Ärzten müssen dabei konkrete Angebote zum Einsatz in der Praxis unterbreitet werden.

---

<sup>1</sup> Bundesgesundheitszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Pressemeldung von 16.04.2003

<sup>2</sup> Siehe Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen – Ein Beratungsleitfaden für die Praxis (Herausgegeben von Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Bundesärztekammer, 2007)

## 1. Einschlusskriterien

Die Maßnahmen zur Frühbehandlung sollen bei allen Patienten im Alter von 18 bis 60 Jahren durchgeführt werden, bei denen der Verdacht auf Vorliegen einer Alkoholerkrankung besteht oder bei denen es in der Vergangenheit Hinweise auf eine Alkoholerkrankung gab. Anhang 4 enthält noch zusätzliche mögliche Indikatoren für das Vorliegen einer Problematik im Bereich des Alkoholkonsums.

## 2. Leistungsbeschreibung

### Früherkennung und Diagnostik

Die teilnehmenden Ärzte führen bei allen Patienten, bei denen der **Verdacht** auf Vorliegen einer Alkoholerkrankung besteht **oder** bei denen es in der Vergangenheit **Hinweise auf eine Alkoholerkrankung** gab, den AUDIT Fragebogen<sup>3</sup> durchzuführen, ihn auszuwerten, das Ergebnis durch den Arzt im Gespräch mit dem Patienten zu verifizieren und die Ergebnisse und die abzuleitende Diagnose der Alkoholerkrankung gemäß ICD entsprechend zu dokumentieren. Die Durchführung des Tests kann ggf. auch an entsprechend qualifizierte Praxismitarbeiter delegiert werden, sofern die Diagnosesicherung anschließend durch Arzt erfolgt.

Bei der Auswahl der Zielgruppe für die Durchführung von Früherkennungsmaßnahmen ist die Anhang 4: „Aufgreifkriterien zur Durchführung von Früherkennungsmaßnahmen im Bereich Alkoholerkrankungen“ zu beachten.

Das Ergebnis des Tests und die Diagnose sind der KV Berlin auf Anforderung in geeigneter Form zu übermitteln.

Das Ergebnis des AUDIT Fragebogens soll wie folgt dokumentiert werden:

- Früherkennungsmaßnahme mit AUDIT-Fragebogen durchgeführt am:
- Ergebnis laut Auswertungsanleitung und Auswertungsgespräch mit dem Patienten
- Diagnose laut ICD 10

Falls der Test und das sich daran anschließende Arzt-Patient-Gespräch bestätigt, dass eine Erkrankung aufgrund von Alkoholmissbrauch vorliegt, sind im Gespräch mit dem Patienten geeignete Maßnahmen abzuleiten. Ggf. ist eine Überweisung zum Facharzt vorzunehmen.

---

<sup>3</sup> Der „Alcohol Use Identification Test“ ist eine Entwicklung der Weltgesundheitsorganisation WHO durch eine internationale Expertengruppe. Der Fragebogen wird vom Patienten ausgefüllt und besteht aus 10 Fragen zu Trinkhäufigkeit und -menge, gesundheitlichen und sozialen Folgen des Alkoholkonsums. Der Vorteil der Anwendung des AUDIT liegt darin, dass er gut (d.h. valide) riskanten Alkoholkonsum aufdecken kann und eine kriteriengeleitete Verdachtsdiagnose liefert. Quelle: Universitätsklinikum Freiburg, Suchtforschungsverbund Baden-Württemberg (ambulantes Qualitätsmanagement alkoholbezogener Störungen in der hausärztlichen Praxis)

**Nach drei bis sechs Monaten ist eine Befundüberprüfung in gleicher Weise zu wiederholen, um das Ergebnis zu verifizieren.**

Den Ärzten werden zur Unterstützung der Diagnostik folgende Unterlagen über die Kassenärztliche Vereinigung als Download zur Verfügung gestellt

- Fragebogen AUDIT mit Auswertungsanleitung (Anhang 1 und 2)
- Kurzzusammenfassung der ICD-Kriterien für folgende Diagnosen (Anhang 3)

F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom

- Aufgreifkriterien zur Durchführung von Früherkennungsmaßnahmen im Bereich von Alkoholerkrankungen (Anhang 4)

### **Kurzintervention durch den Arzt und Weiterverweis an Selbsthilfe bzw. spezialisierte Beratungsstellen**

Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich, den Patienten im Anschluss an die Sicherung und Stellung der Diagnose entsprechend zu beraten und dem Patienten zusätzliche Unterstützungsangebote zur Verfügung zu stellen.

Weiterhin weist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin die teilnehmenden Ärzte auf folgende Unterlagen zum Einsatz in der Arztpraxis hin und stellt zu diesen einen Link oder ein Download auf der Homepage der KV Berlin zur Verfügung:

- Broschüre „Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen“ – Ein Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis (Hrsg. BZgA) in der Kurzfassung oder vergleichbare Veröffentlichungen
- Allgemeine Patienteninformationsmaterialien (Hrsg. BZgA) oder vergleichbare Veröffentlichungen
- Ausgewählte Adressen von Beratungsstellen und Selbsthilfeorganisationen zum Thema Alkoholabhängigkeit in Berlin<sup>4</sup>
- Gutscheine für die kostenfreie Nutzung eines online-Selbsthilfe-Angebotes (zur Weitergabe an AOK-Versicherte). Wenn die AOK Nordost dazu eine gesonderte Vereinbarung mit einem entsprechenden Anbieter geschlossen hat, werden die Gutscheine der KV zur Verfügung gestellt.

<sup>4</sup> wird derzeit aktualisiert und nachgereicht.

### 3. Dokumentation und Vergütung

#### a) Abrechenbare Diagnosen

4. ICD	ICD_Bezeichnung
F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom
F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir
F10.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung
F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom
F10.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F10.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F10.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung

#### b) Vergütung von folgenden Leistungen:

<p><b>Durchführung des AUDIT-Fragebogens</b></p> <p>dazu gehören auch:</p> <p>Sicherung der Diagnose im ärztlichen Gespräch und Dokumentation des Testergebnisses, Koordination und Zusammenarbeit zwischen den Ärzten unterschiedlicher Fachgruppen sowie das Koordinationsgespräch mit dem Facharzt bzw. ggf. die Überweisung zum psychiatrischen Facharzt</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Früherkennungsmaßnahme:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 8 Euro einmalig pro Versicherten</li> <li>- Abrechnung mittels Leistungsziffer: <b>90031</b></li> </ul> </li> <li>• <u>Befundüberprüfung nach 3 bis 6 Monaten:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 Euro einmalig pro Versicherten</li> <li>- Abrechnung mittels Leistungsziffer: <b>90032</b></li> </ul> </li> <li>• Zusätzlich anzugeben als <u>Nachweis der Dokumentation der Testdurchführung</u> Leistungsziffer: <b>90033</b></li> </ul>
<p>Aufklärung und Beratung zur Erkrankung, wenn mittels Diagnostik eine spezifische Diagnose konstatiert wurde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Beratung:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 EUR einmalig je Versicherten pro Jahr</li> <li>- Abrechnung mittels Leistungsziffer: <b>90034</b></li> </ul> </li> </ul>

Voraussetzungen für die Abrechnung:

- Persönlicher Arzt-Patientenkontakt und
- Dokumentation der Testdurchführung und
- Gesicherte endstellige Kodierung der Diagnosen gemäß Nr. 3 a)

Die Vergütung erhält der Vertragsarzt von der AOK Nordost außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zusätzlich zur Vergütung aus der Regelversorgung.

# AUDIT-Fragebogen

Ein Glas Alkohol entspricht:

0,33 Liter Bier  
0,25 Liter Wein oder Sekt  
0,02 Liter Spirituosen

a) Wie oft trinken Sie Alkohol?

- Nie                     
  Etwa 1 mal pro Monat                     
  2-4 mal pro Monat                     
  2-3 mal pro Woche                     
  4 mal oder öfter pro Woche

b) Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viel alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise?

- 1 oder 2                     
  3 oder 4                     
  5 oder 6                     
  7 oder 8                     
  10 oder mehr

	Nie	Seltener als einmal pro Monat	Einmal im Monat	Einmal pro Woche	Täglich oder fast täglich
c) Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als 6 alkoholische Getränke getrunken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Wie oft haben Sie im letzten Jahr festgestellt, dass Sie mehr getrunken haben, als Sie eigentlich wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Wie oft haben Sie im letzten Jahr im Zusammenhang mit dem Alkoholtrinken eine Aufgabe nicht erledigt, die man eigentlich von Ihnen erwartet hatte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Wie oft haben Sie im letzten Jahr morgens Alkohol getrunken, um in Schwung zu kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Wie oft fühlten Sie sich im letzten Jahr schuldig oder hatten ein schlechtes Gewissen aufgrund Ihres Alkoholtrinkens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Wie oft im letzten Jahr waren Sie aufgrund des Alkoholtrinkens nicht in der Lage, sich an Ereignisse der letzten Nacht zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nein	Ja, aber nicht im letzten Jahr	Ja, im letzten Jahr		
i) Wurden Sie oder jemand anders schon einmal verletzt, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
j) Hat sich schon einmal ein Verwandter, ein Freund, ein Arzt oder jemand anders über Ihr Alkoholtrinken Sorgen gemacht oder Ihnen vorgeschlagen, weniger zu trinken ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

# AUDIT-Fragebogen

## Auswertungsschema

Ein Glas Alkohol entspricht:

0,33 Liter Bier  
 0,25 Liter Wein oder Sekt  
 0,02 Liter Spirituosen

a) Wie oft trinken Sie Alkohol?

- 0** Nie                      **1** Etwa 1 mal pro Monat                      **2** 2-4 mal pro Monat                      **3** 2-3 mal pro Woche                      **4** 4 mal oder öfter pro Woche

b) Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viel alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise?

- 0** 1 oder 2                      **1** 3 oder 4                      **2** 5 oder 6                      **3** 7 oder 8                      **4** 10 oder mehr

	Nie	Seltener als einmal pro Monat	Einmal im Monat	Einmal pro Woche	Täglich oder fast täglich
c) Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als 6 alkoholische Getränke getrunken?	0	1	2	3	4
d) Wie oft haben Sie im letzten Jahr festgestellt, dass Sie mehr getrunken haben, als Sie eigentlich wollten?	0	1	2	3	4
e) Wie oft haben Sie im letzten Jahr im Zusammenhang mit dem Alkoholtrinken eine Aufgabe nicht erledigt, die man eigentlich von Ihnen erwartet hatte?	0	1	2	3	4
f) Wie oft haben Sie im letzten Jahr morgens Alkohol getrunken, um in Schwung zu kommen?	0	1	2	3	4
g) Wie oft fühlten Sie sich im letzten Jahr schuldig oder hatten ein schlechtes Gewissen aufgrund Ihres Alkoholtrinkens ?	0	1	2	3	4
h) Wie oft im letzten Jahr waren Sie aufgrund des Alkoholtrinkens nicht in der Lage, sich an Ereignisse der letzten Nacht zu erinnern?	0	1	2	3	4

	Nein	Ja, aber nicht im letzten Jahr	Ja, im letzten Jahr
i) Wurden Sie oder jemand anders schon einmal verletzt, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	0	2	4
j) Hat sich schon einmal ein Verwandter, ein Freund, ein Arzt oder jemand anders über Ihr Alkoholtrinken Sorgen gemacht oder Ihnen vorgeschlagen, weniger zu trinken ?	0	2	4

**Auswertung:** a.) + b.) + c.) + d.) + e.) + f.) + g.) + h.) + i.) + j.) = GESAMTSCORE

**Verdacht auf alkoholbezogene Störung bei einem Scorewert ab 8**  
**Mit höherem Scorewert steigt Wahrscheinlichkeit der Abhängigkeit, kritischer Wert. 15 - 20**

Frühbehandlungsstrukturvertrag zwischen der AOK Nordost und der KV Berlin  
Modul: „Frühbehandlung von Erkrankungen aufgrund von Alkoholmissbrauch“  
Anhang 3: Kriterien für risikoarmen und riskanten Konsum sowie ICD Kriterien für F 10.1 (schädlicher Gebrauch) und F 10.2 (Abhängigkeitssyndrom)

### Anhang 3 zur Anlage des Frühbehandlungsstrukturvertrages

#### **Modul „Frühbehandlung von Erkrankungen aufgrund von Alkoholmissbrauch“: Kriterien für risikoarmen und riskanten Konsum sowie ICD Kriterien für F 10.1 (schädlicher Gebrauch) und F 10.2 (Abhängigkeitssyndrom)<sup>1</sup>**

##### **1) Kriterien für risikoarmen Konsum**

Für das Vorliegen eines risikoarmen Konsummusters gelten folgende **Richtwerte**:

- Frauen: **weniger als 20 g** reiner Alkohol / Tag, das entspricht zwei alkoholischen Standardgetränken
- Männer: **weniger als 30/40 g** reiner Alkohol / Tag, das entspricht drei / vier alkoholischen Standardgetränken
- **Maximal 5 Trinktage pro Woche**

**Cave:** Bei Patienten mit **Alkoholabhängigkeit in der Vorgeschichte** gibt es keinen risikoarmen Konsum! Jeglicher Alkoholkonsum ist hier als **Rückfall** zu werten **bei weiterhin bestehender Diagnose einer Alkoholabhängigkeit!**

##### **2) Kriterien für riskanten Konsum**

Für die Diagnose eines riskanten Alkoholkonsum gelten folgende **Richtwerte**:

- Frauen: durchschnittlich **mehr als 20 g** reiner Alkohol / Tag, das entspricht zwei alkoholischen Standardgetränken
- Männer: durchschnittlich **mehr als 30/40 g** reiner Alkohol / Tag, das entspricht drei / vier alkoholischen Standardgetränken
- **Mehr als 5 Trinktage pro Woche**

Es sind bei dem Patienten aber noch keine gesundheitlichen Folgeschäden durch den Alkoholkonsum aufgetreten (z.B. erhöhte Leberwerte, depressive Störung). In der Regel entspricht dies einem Screeningergebnis im **AUDIT-Test zwischen 8 und 15**.

**Cave:** Bei Patienten mit **Alkoholabhängigkeit in der Vorgeschichte** wird kein riskanter Konsum diagnostiziert, sondern es besteht weiterhin die **Diagnose einer Alkoholabhängigkeit!** Jeglicher Alkoholkonsum ist hier als **Rückfall** zu werten!

---

<sup>1</sup> Quelle: Universitätsklinikum Freiburg, Suchtforschungsverbund Baden-Württemberg (ambulantes Qualitätsmanagement alkoholbezogener Störungen in der hausärztlichen Praxis)

### **3) ICD-Kriterien für F 10.1 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch)**

Schädlicher Konsum/Missbrauch ist ein Konsummuster, bei dem bereits gesundheitliche Folgeschäden durch den Alkoholkonsum aufgetreten sind, ohne dass die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit erfüllt sind, d.h. weniger als 3 der 6 ICD-10-Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit sind erfüllt. Die 6 ICD-10-Kriterien sollten Sie zur Diagnostik auf jeden Fall alle erfragen. Der Bezugszeitraum sind dabei die letzten 12 Monate:

- I. **Craving:** Spüren Sie häufig eine Art unbezwingbares Verlangen, Alkohol zu trinken?
- II. **Verminderte Kontrollfähigkeit:** Kommt es vor, dass Sie nicht mehr aufhören können zu trinken, wenn Sie einmal begonnen haben?
- III. **Entzugssymptome:** Trinken Sie manchmal morgens, um eine bestehende Übelkeit oder Zittern (z.B. Ihrer Hände) zu lindern?
- IV. **Toleranzentwicklung:** Brauchen Sie zunehmend mehr Alkohol, bevor Sie eine bestimmte Wirkung erzielen?
- V. **Einengung auf Substanzgebrauch:** Ändern Sie Tagespläne, um Alkohol trinken zu können bzw. richten Sie den Tag so ein, dass Sie regelmäßig Alkohol trinken können?
- VI. **Konsum trotz schädlicher Folgen:** Trinken Sie, obwohl Sie spüren, dass der Alkoholkonsum zu schädlichen körperlichen, psychischen oder sozialen Folgen führt?

**Cave:** Bei Patienten mit **Alkoholabhängigkeit in der Vorgeschichte** wird kein schädlicher Konsum diagnostiziert, sondern es besteht weiterhin die **Diagnose einer Alkoholabhängigkeit!** Jeglicher Alkoholkonsum ist hier als **Rückfall** zu werten!

Quellen: BZgA, DEGAM, NHC, SIGN, WHO

⇒ **F 10.1 ist zu kodieren, wenn 2 der 6 Kriterien erfüllt sind.**

### **4) ICD-Kriterien für F 10.2 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom)**

Für die **Diagnose Alkoholabhängigkeit** müssen nach ICD-10 **mindestens 3 der folgenden Kriterien vorliegen:** (Der Bezugszeitraum sind dabei die letzten 12 Monate.)

**Craving:** Spüren Sie häufig eine Art unbezwingbares Verlangen, Alkohol zu trinken?

**Verminderte Kontrollfähigkeit:** Kommt es vor, dass Sie nicht mehr aufhören können zu trinken, wenn Sie einmal begonnen haben?

**Entzugssymptome:** Trinken Sie manchmal morgens, um eine bestehende Übelkeit oder Zittern (z.B. Ihrer Hände) zu lindern?

**Toleranzentwicklung:** Brauchen Sie zunehmend mehr Alkohol, bevor Sie eine bestimmte Wirkung erzielen?

**Einengung auf Substanzgebrauch:** Ändern Sie Tagespläne, um Alkohol trinken zu können bzw. richten Sie den Tag so ein, dass Sie regelmäßig Alkohol trinken können?

**Konsum trotz schädlicher Folgen:** Trinken Sie, obwohl Sie spüren, dass der Alkoholkonsum zu schädlichen körperlichen, psychischen oder sozialen Folgen führt?

**Cave:** Bei Patienten mit **Alkoholabhängigkeit in der Vorgeschichte** bleibt die **Diagnose einer Alkoholabhängigkeit** bestehen! Jeglicher weitere Alkoholkonsum ist als **Rückfall** zu werten!

Quellen: BZgA, DEGAM, NHC, SIGN, WHO

Quelle: ICD-10

- ⇒ **F 10.2 ist zu kodieren, wenn mind. 3 von 6 Kriterien erfüllt werden.**
- ⇒ **Wenn einmal eine Abhängigkeit diagnostiziert wurde, ist jeglicher Alkoholkonsum als Rückfall zu werten und die Diagnose Abhängigkeit ist erneut zu stellen**

**Falls keine der genannten Diagnosen zutreffen, aber nach Einschätzung des Arztes erhebliche Verhaltensstörungen aufgrund von Alkoholmissbrauch vorliegen, kann die Diagnose F 10.8 bzw. 10.9 kodiert werden.**

## **Anhang 4 zur Anlage des Frühbehandlungsstrukturvertrages**

### **Modul „Frühbehandlung von Erkrankungen aufgrund von Alkoholmissbrauch“: Aufgreifkriterien zur Durchführung von Früherkennungsmaßnahmen im Bereich Alkoholkrankungen**

Die Maßnahmen zur Früherkennung sollen bei allen Patienten im Alter von 18 bis 60 Jahren durchgeführt werden, bei denen der Verdacht auf Vorliegen einer Alkoholkrankung besteht oder bei denen es in der Vergangenheit Hinweise auf eine Alkoholkrankung gab. Hinweise für das mögliche aktuelle Vorliegen einer Alkoholkrankung könnten direkte oder indirekte Anzeichen sein. Diese Auffälligkeiten können einzeln oder kombiniert so vorliegen, dass sich ein nachhaltiger Verdacht auf eine Alkoholkrankung ergibt. Diese Informationen können sich aus dem direkten persönlichen Kontakt mit dem Patienten, durch seine Sozialkontakte oder durch die Analyse seines Wohnumfeldes ergeben. Ebenso können unspezifische körperliche Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten zum verstärkten Verdacht führen.

#### **Mögliche körperliche Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten**

- Foetor ex ore
- eindeutige Zeichen eines erheblichen Alkoholgebrauchs (z.B. leere Flaschen beim Hausbesuch)
- deutlich erhöhte Laborwerte insbesondere GGT über 150 U/l, MCV über 92
- Zirrrosezeichen
  - Plethora
  - Spider Naevi
  - gerötete Handinnenflächen
  - vergrößerte und verhärtete Leber
- Traumen
- Müdigkeit und gehäufte Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Magenbeschwerden
- Rückenbeschwerden
- Unsicherheit
- Schlafstörungen
- Erektionsstörungen
- Schwitzen
- Gangunsicherheit
- Zittern der Hände
- psychische Alterationszustände
  - erhöhte Reizbarkeit
  - fremdaggressives Verhalten
  - Depression
  - autoaggressives Verhalten

Frühbehandlungsstrukturvertrag zwischen der AOK Nordost und der KV Berlin  
Modul: „Frühbehandlung von Erkrankungen aufgrund von Alkoholmissbrauch“  
Anhang 4: Aufgreifkriterien

Weitere Informationsquellen: Fremdanamnese