

An alle Ärztinnen und Ärzte,  
die an der hausärztlichen Versorgung nach  
§73 Abs. 1a SGB V teilnehmen

**Der Vorstand**  
**Ansprechpartner:**  
Service-Center  
Tel.: (030) 3 10 03 - 999  
Fax: (030) 3 10 03 - 900  
service-center@kvberlin.de

24. April 2015

**Neuer Strukturvertrag: „Vertrag zur qualitätsgesicherten Reduktion des Alkoholkonsums“  
nach § 73a SGB V mit der KKH**

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

der zum 01.04.2015 abgeschlossene neue Strukturvertrag setzt bei dem routinemäßigen Hausarztbesuch mit dem Ziel an, Patienten mit riskanten oder schädlichem Alkoholkonsum zu identifizieren, zur Reduktion des Alkoholkonsums zu motivieren und im Bedarfsfall durch weiterführende Versorgungsstrukturen eine patientenzentrierte Behandlung zu ermöglichen.

Hierzu soll vom behandelnden Arzt/ Ärztin ein zusätzliches Angebot zur umfassenden Aufklärung über mögliche Zusammenhänge gesundheitlicher Probleme mit dem Alkoholkonsum gemacht werden. Dem Versicherten sollen verschiedene Alternativen und Bewältigungsstrategien aufgezeigt und weiterführende suchtspezifische Hilfsangebote unterbreitet werden.

**Ihre Teilnahme:**

Sie können an diesem Vertrag Ihre Teilnahme erklären, wenn Sie in der hausärztlichen Versorgung als:

- Allgemeinmediziner,
- Kinderarzt,
- Internist ohne Schwerpunktbezeichnung, der die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt hat,
- Arzt, der nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen ist und
- Arzt, der am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen hat (Hausarzt),

zugelassen sind und über

- eine Berechtigung der „psychosomatischen Grundversorgung“ oder
- Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ oder
- den schriftlichen Nachweis über eine Schulung im „Motivational Interviewing“ (mindestens 20 Stunden, zertifiziert durch eine Ärztekammer) verfügt.

**Ab sofort**

**Versorgungsprogramm für Patienten mit riskanten und schädlichem Alkoholkonsum**

**Ihre Teilnahme:  
Ärzte nach § 73 Abs.  
1a SGB V mit  
entsprechenden  
Qualifikations-  
voraussetzungen**

**Teilnahme Ihrer Patienten:**

Die Teilnahme ist freiwillig. Versicherte, bei denen alkoholbedingt ein riskanter Lebensstil festgestellt wurde, können an diesem Vertrag ihre Teilnahme erklären (Teilnahmeerklärung siehe Anlage), wenn folgende ICD-Diagnosen gesichert festgestellt wurden (Zusatzkennzeichen „G“)

- Probleme mit Bezug auf die Lebensführung: z. B. Konsum von Alkohol (ICD 10: Z 72.0G) oder
- schädlichen Alkoholkonsum (ICD 10: F 10.0G und/oder F 10.1G) bzw.
- Alkoholabhängigkeit (ICD 10: F 10.2G und/oder F 10.3G)

Bei minderjährigen Patienten ist die Einwilligung der Personensorgeberechtigten erforderlich.

**Ihre Vergütung:**

Pauschale	SNR	Vergütung	Beschreibung
<b>Beratung, Einschreibung und Information des Patienten (Dauer 20 Minuten)</b>	90045	42,00 €	Die SNR 90045 ist einmalig abrechenbar
<b>Kurzintervention, zwei Kurzinterventionen pro Patient , Dauer je 15 Minuten</b> <b>1. Kurzintervention i.d.R. 3-5 Wochen nach Einschreibung,</b> <b>2.Kurzintervention i.d.R. 3-5 Wochen nach 1.Kurzintervention</b>	90046	20,00 €	Die SNR 90046 ist max. 2x im Behandlungsfall abrechenbar. Die SNR 90046 darf nur abgerechnet werden, wenn die SNR 90045 angesetzt wurde.
<b>Follow-UP-Gespräche zur Reduktion des Alkoholkonsums (Dauer je 15 Minuten)</b> <b>Erstes Teilnahmejahr: Ein Follow-Up-Gespräch im Folgequartal nach durchgeführter Kurzintervention.</b> <b>Folgende Teilnahmejahre: Zwei Follow-Up-Gespräche in zwei verschiedenen Quartalen.</b>	90047	20,00 €	Die SNR 90047 kann 1x im Behandlungsfall und 2x im Kalenderjahr abgerechnet werden. Die SNR 90047 darf im Folgequartal nur abgerechnet werden, wenn die SNR 90046 im vorherigen Quartal angesetzt wurde.

Sie erhalten die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

**Bitte beachten Sie bei der Abrechnung:**

Auf dem Abrechnungsschein müssen die **gesicherten, endstelligen Diagnosen** sowie die SNR angegeben sein. Das **Zusatzkennzeichen „G“** ist auch zu verwenden, wenn aufgrund einer Verdachtsdiagnose eine spezifische Behandlung so erfolgt, als wäre diese Diagnose gesichert. Ist der Folgezustand in der ICD enthalten und hat diese Diagnose eine Behandlung verursacht, so ist ebenfalls das Zusatzkennzeichen „G“ anzugeben

**Die Krankheitsbilder**

(ICD 10):

Z72.0G

F10.0G

F10.1G

F10.2G

F10.3G

Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Eine Vergütung erfolgt nur, wenn folgende Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen „G“ gekennzeichnet sind:

Z72.0G

F10.0G

F10.1G

F10.2G

F10.3G

**Noch ein wichtiger Hinweis:**

Der Vertrag gilt zur Zeit nur für KKH Versicherte mit Wohnort in Berlin. Wir bemühen uns, diesen Vertrag künftig auch für Versicherte mit anderen Wohnorten geltend zu machen. Über diese Erweiterungen informieren Sie unsere Homepage und der Praxisinformationsdienst PID.

Den vollständigen Vertrag sowie zukünftige Änderungen/ Ergänzungen finden Sie auf unserer Homepage ([www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) » Für die Praxis » Verträge und Recht » Verträge »).

Für weitere Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Service-Centers der KV Berlin gern telefonisch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen




Dr. med. Angelika Prehn  
Vorstandsvorsitzende



Burkhard Bratzke  
Mitglied im Vorstand

**Vertrag gilt vorerst  
nur für Versicherte  
mit Wohnort in Berlin**

 **31003-999**



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
 Abteilung Qualitätssicherung  
 Masurenallee 6A  
 14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 389, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

**Teilnahmeerklärung**

**zum Vertrag nach § 73 a SGB V zur qualitätsgesicherten Reduktion des Alkoholkonsums  
 der KKH – Kaufmännische Krankenkasse  
 gültig ab dem 01.04.2015**

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR): 

--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Die Antragstellung erfolgt:**  für mich  
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer \_\_\_\_\_  
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

- |   |                                       |   |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft            |
|   | <input type="checkbox"/> MVZ          | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in     | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft            |
|   | <input type="checkbox"/> MVZ          | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstige |

Lebenslange Arztnummer (LANR): 

--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
(wenn vorhanden)

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse \_\_\_\_\_



Hiermit beantrage ich für mich bzw. für den angestellten Arzt  
 die Teilnahme an dem o.g. Vertrag.

**1. Angaben zum Tätigkeitsort**

Ich bin an folgenden Standorten tätig:

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
 Anschrift, Nebenbetriebsstättennummer

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
 Anschrift, Nebenbetriebsstättennummer

**2. Fachliche Befähigung**

- Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 a SGB V
- UND**
- Berechtigung zur Durchführung von Leistungen der „psychosomatischen Grundversorgung“
  - oder**
  - Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“
  - oder**
  - Nachweis über eine Schulung im „Motivational Interviewing“ (mindestens 20 Stunden, zertifiziert durch eine Ärztekammer)



**Erklärung**

Ich bin umfassend über die Ziele und den Inhalt des o.g. Vertrages informiert. Der Vertragsinhalt einschließlich seiner Anlagen ist mir bekannt.

Mir ist insbesondere bekannt,

- dass die Teilnahme an dem o.g. Vertrag freiwillig ist und die Anforderungen erfüllt werden müssen,
- dass ein Anspruch auf Teilnahme nicht besteht,
- dass die Teilnahme an dem o.g. Vertrag mit Datum des Bescheides beginnt, in dem die KV Berlin die Teilnahme schriftlich genehmigt und ich dann zur Leistungserbringung durch mich selbst oder durch den angestellten Arzt berechtigt und verpflichtet bin,
- dass die Teilnahme an dem o.g. Vertrag endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen des o.g. Vertrages nicht mehr erfüllt sind oder eine Kündigung des Vertrages erfolgt.

Notwendigen Vertragsänderungen oder -anpassungen stimme ich zu.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des antragstellenden Arztes und ggf. des ärztlichen Leiters (bei MVZ)