


Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Antrag

auf **Gewährung der Förderung der gemeinsamen Berufsausübung zum Zwecke der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger (Kooperationsförderung)** nach Anhang 3.4. der Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

1. Allgemeine Angaben



Bitte beachten Sie: Jeder Teilnehmer der Kooperation (BAG / Teil-BAG) muss einen eigenen Antrag stellen.

Antragsteller (bei einem angestellten Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt

Ich bin für das MVZ _____ vertretungsberechtigt
(Name des MVZ)

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

E-Mail-Adresse Telefonnummer

Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Vertraglich festgelegte Arbeitsstunden: _____,

Angestellter Arzt bei o.g. Einzelpraxis / Berufsausübungsgemeinschaft

Vertragsarzt im o.g. MVZ

Angestellter Arzt im o.g. MVZ

Antrag Kooperationsförderung Methadonsubstitution
(07/2023)

Seite 1 von 6

2. Beantragung

Beantragt wird die Kooperationsförderung Methadonsubstitution nach Anhang 3.4 der Sicherstellungsrichtlinie der KVB.

3. Informationen zur BAG / Teil-BAG

BSNR der BAG / Teil-BAG: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer
Weitere Teilnehmer:	
1. Name _____, Vorname _____	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2. Name _____, Vorname _____	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
3. Name _____, Vorname _____	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
4. Name _____, Vorname _____	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

4. Voraussetzungen

Antrag wird vom Vertragsarzt selbst gestellt

- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (Prüfung erfolgt KVB-intern)
- Behandlung opiatabhängiger Patienten im Rahmen der Substitutions-Richtlinie (Prüfung erfolgt KVB-intern)
- Nachweis der Kooperation (BAG / Teil-BAG) sowie der Kooperationspartner (Kooperationsvertrag) nach dem 17.11.2018

Antrag wird vom Vertragsarzt bzw. MVZ für den angestellten Arzt gestellt

- Fachliche Qualifikation zur Ausführung und Abrechnung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß den Substitutions-Richtlinien
- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger bezogen auf den angestellten Arzt (Prüfung erfolgt KVB-intern)
- Behandlung opiatabhängiger Patienten im Rahmen der Substitutions-Richtlinie (Prüfung erfolgt KVB-intern)
- Nachweis der Kooperation (BAG / Teil-BAG) sowie der Kooperationspartner (Kooperationsvertrag) nach dem 17.11.2018


5. Verpflichtungen / Erklärungen

Ich verpflichte mich,

- den gewährten Zuschuss nur entsprechend dem in der Sicherstellungsrichtlinie der KVB und in dem Förderbescheid vorgesehenen Förderzweck zu verwenden.
- den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen, wenn ich bzw. der Arzt, für den die Förderung beantragt wird, innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren nach Erhalt der Förderung keine opiatabhängigen Patienten substitutionsgestützt behandle bzw. behandelt.
- den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen, wenn ich bzw. der Arzt, für den die Förderung beantragt wird, keine opiatabhängigen Patienten substitutionsgestützt behandle bzw. behandelt.
- die gewährte finanzielle Zuwendung an die KVB zurückzuzahlen, wenn die Bewilligung der Förderung auf nicht zutreffenden Angaben beruht.

- Darüber hinaus erkläre ich,** dass mir bekannt ist, dass die KVB einen Rückforderungsanspruch ggf. bereits im Honorarbescheid geltend machen und durch Aufrechnung mit dem Honoraranspruch realisieren kann

Ich bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei.



Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / -psychotherapeut /
MVZ-Vertretungsberechtigter

Stempel Antragsteller

– Anhang –

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
Bewilligter Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger	<input type="checkbox"/>	
Nachweis der Substitutionskooperation, z.B. (Teil-) / BAG (nach dem 17.11.2018)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung opiatabhängiger Patienten im Rahmen der Substitutions-Richtlinie	<input type="checkbox"/>	



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Die KVB behält sich vor, weitere Unterlagen anzufordern, soweit dies erforderlich ist, um die Voraussetzungen zur Gewährung des Zuschusses zu klären.

Voraussetzungen zur Bewilligung der Kooperationsförderung Methadonsubstitution sind u.a.:

- Die Antragstellung erfolgt für einen im Bezirk der KVB zugelassenen Vertragsarzt oder angestellten Arzt.
- Der Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger wurde für den Vertragsarzt bzw. den angestellten Arzt bewilligt.
- Der Antragssteller bzw. der Arzt für den die Förderung beantragt wird, behandelt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Opiatabhängige substitutionsgestützt.
- Der Antragssteller bzw. der Arzt für den die Förderung beantragt wird, behandelt für einen Zeitraum von 2 Jahren nach Erhalt der Förderung opioidabhängige Patienten.
- Die Kooperation ist durch einen entsprechenden Kooperationsvertrag, welcher auch die weiteren Teilnehmer der Kooperation nennt, nachzuweisen.
- Jeder Kooperationspartner (maximal 5) muss einen eigenen Förderantrag stellen.

Die vollständige Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns finden Sie unter folgendem Link:

<http://www.kvb.de/foerderung>