

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Sicherstellung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag

auf **Gewährung der Kooperationsförderung Methadonsubstitution** nach Teil 2, Abschnitt B III. 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

## 2. Beantragung

Beantragt wird die Kooperationsförderung Methadonsubstitution nach Teil 2, Abschnitt B III. der Sicherstellungsrichtlinie der KVB.

## 3. Informationen zur BAG / Teil-BAG

<b>BSNR der BAG / Teil-BAG:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer
<b>Weitere Teilnehmer:</b>	
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**
- 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
  - Der angestellte Arzt bzw. der im MVZ tätige Arzt wird in der Bedarfsplanung mit einem Anrechnungsfaktor von mindestens 0,5 geführt (Prüfung erfolgt KVB-intern)

#### 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

## 6. Veröffentlichung von Praxisdaten in der KVB-Arztuche


Eine der Fördervoraussetzungen ist die Einwilligung des Förderungsempfängers in die Veröffentlichung seiner Praxisdaten in der KVB-Arztuche (Ziffer 5.3.5 der Kooperationsförderung der Methadonsubstitution der Sicherstellungsrichtlinie).

- Meine erweiterten Praxisdaten (inkl. der Genehmigung zur Methadonsubstitution) werden im Rahmen der KVB-Arztuche bereits veröffentlicht bzw. der KVB liegt eine Einwilligung in die Veröffentlichung meiner erweiterten Praxisdaten in der KVB-Arztuche vor.
- Der KVB liegt keine Einwilligung in die Veröffentlichung meiner erweiterten Praxisdaten in der KVB-Arztuche vor.

**Bitte beachten Sie, dass die Einwilligung in die Veröffentlichung der erweiterten Praxisdaten eine Fördervoraussetzung für die Bewilligung des Zuschusses zur Kooperationsförderung Methadonsubstitution der Sicherstellungsrichtlinie darstellt. Bei Nichterfüllung der Fördervoraussetzungen ist der Förderantrag von der KVB abzulehnen.**

Im Anhang dieses Förderantrags (Anlage A) ist das Einwilligungsformular zur Veröffentlichung der erweiterten Praxisdaten in der KVB-Arztuche angefügt. Mit Unterschrift auf diesem Formular können Sie im Rahmen der Antragstellung die Einwilligung in die Veröffentlichung der erweiterten Praxisdaten in der KVB-Arztuche erklären.

**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 –

<b>Checkliste</b>	<b>Liegt der KVB bereits vor</b>	<b>Sind dem Antrag beigefügt</b>
Bewilligter Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substitions-gestützten 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](http://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>

### **Hinweis zur Veröffentlichung der (erweiterten) Basisdaten der Betriebstätte in der KVB-Arztsuche:**

Informationen zur Veröffentlichung der Daten sowie zur Datenpflege in der KVB-Arztsuche finden Sie unter folgendem Link:

<https://www.kvb.de/praxis/online-angebote/datenpflege-arztsuche/>

Das Einwilligungsfomular zur Veröffentlichung der erweiterten Basisdaten finden Sie in Anlage A des Förderantrags.

## Anlage A

zum Antrag auf **Gewährung der Kooperationsförderung Methadonsubstitution**

LANR: | | | | | | | | | |

Name \_\_\_\_\_, Vorname \_\_\_\_\_

### Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich mich mit der Veröffentlichung meiner **erweiterten Basisdaten** (Name, Fachgebiet, Schwerpunkt(e), Adresse, Telefonnummer, Genehmigungen, E-Mail-Adresse, Faxnummer, Homepage, Sprechzeiten, offene Sprechstunden ggf. telefonische Erreichbarkeitszeit) für meine Betriebsstätte(n) in der KVB-Arztsuche einverstanden. Mir ist bekannt, dass diese Einwilligungserklärung freiwillig ist und dass ich sie jederzeit online widerrufen kann.

Ohne meine Einwilligung werden gemäß des "Terminservice- und Versorgungsgesetz" (TSVG) meine Basisdaten (Name, Fachgebiet, Schwerpunkt(e), Adresse, Telefonnummer, Sprechzeiten, offene Sprechstunden ggf. telefonische Erreichbarkeitszeit) veröffentlicht\*.

Darüber hinaus werden im Falle einer Ermächtigung auch der Leistungsumfang einschließlich der abrechenbaren EBM-Ziffern veröffentlicht. Die Aktualisierung dieser Daten erfolgt automatisch, in der Regel täglich.

*\*Alle Ärzte und Psychotherapeuten, die der Veröffentlichungspflicht unterliegen, werden mit ihren Basisdaten automatisch angezeigt. Ermächtigte Ärzte bzw. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen (Krankenhäuser/Institute) unterliegen nicht der Veröffentlichungspflicht. Sie müssen weiterhin einer Veröffentlichung in der Arztsuche aktiv zustimmen, wenn entsprechende Praxisinformationen angezeigt werden sollen.*

#### **Ich erkenne Folgendes als mir bekannt an:**

- Die veröffentlichten Daten können im Internet eingesehen und evtl. auch kopiert werden.
- Die Veröffentlichung und/oder Editierung der **Zusatzdaten** können von mir im Onlineportal "Meine KVB" im Bereich "Daten für Arztsuche" vorgenommen werden.
- Für die Veröffentlichung meiner Daten entstehen für mich keine Kosten.
- Die KVB-Arztsuche setzt die Komponente "Google Maps" der Firma Google Inc., 1600 Amphitheatre Parkway, Mountain View, CA 94043 USA, nachfolgend "Google", an mehreren Stellen zur Visualisierung von Standorten ein. Mit meiner Einwilligung erkläre ich mich mit der Übermittlung meiner Praxisanschrift und deren Erfassung, Verarbeitung sowie der Nutzung der Praxisanschrift an bzw. durch Google einverstanden. Für die KVB ist Rechtsgrundlage der Verarbeitung der Daten Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.  
Die Nutzung von "Google Maps" und der über "Google Maps" erlangten Informationen erfolgt gemäß den Google-Nutzungsbedingungen:  
[www.google.de/intl/de/policies/terms/regional.html](http://www.google.de/intl/de/policies/terms/regional.html)  
Sowie der zusätzlichen Geschäftsbedingungen für "Google Maps":  
[http://www.google.com/intl/de\\_de/help/terms\\_maps.html](http://www.google.com/intl/de_de/help/terms_maps.html)
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter <https://www.kvb.de/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit online widerrufen kann.

**JA**, ich willige in die Veröffentlichung oben aufgeführter **erweiterter Basisdaten** in der KVB-Arztuche ein. Diese Einwilligungserklärung gilt auch für die von mir persönlich im Onlineportal "Meine KVB" im Bereich "Daten für Arztuche" zur Veröffentlichung freigegebenen Zusatzdaten.

.....  
**Ort / Datum, Unterschrift**