

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

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**
 - 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, keine Behandlung Opiatabhängiger durchführt.
 - 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.
 - die gewährte finanzielle Zuwendung an die KVB zurückzuzahlen, wenn die Bewilligung der Förderung auf nicht zutreffenden Angaben beruht.
 - mir bekannt ist, dass die KVB einen Rückforderungsanspruch ggf. bereits im Honorarbescheid geltend machen und ggf. durch Aufrechnung mit dem Honoraranspruch realisieren kann.

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

6. Veröffentlichung von Praxisdaten in der KVB-Arztssuche

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

- Meine Praxisdaten werden im Rahmen der KVB-Arztssuche bereits veröffentlicht bzw. der KVB liegt eine Einwilligung in die Veröffentlichung meiner Praxisdaten in der KVB-Arztssuche vor.
- Der KVB liegt keine Einwilligung in die Veröffentlichung meiner Praxisdaten in der KVB-Arztssuche vor.

Bitte beachten Sie, dass die Einwilligung in die Veröffentlichung der Praxisdaten eine Fördervoraussetzung für die Bewilligung des Zuschusses der Kooperationsförderung der 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 Praxisdaten in der KVB-Arztssuche angefügt. Mit Unterschrift auf diesem Formular können Sie im Rahmen der Antragstellung die Einwilligung in die Veröffentlichung der Praxisdaten in der KVB-Arztssuche 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 –

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 substituionsgestützten 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 substituionsgestützt.
- 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 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/>

Anlage A

zum Antrag auf **Gewährung der Kooperationsförderung Methadonsubstitution**

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

Name _____, Vorname _____

Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich mich mit der Veröffentlichung meiner Basisdaten für meine Betriebsstätte(n) in der KVB-Arztsuche einverstanden. Mir ist bekannt, dass diese Einwilligungserklärung freiwillig ist und dass ohne meine Einwilligung eine Veröffentlichung meiner Daten in der KVB-Arztsuche nicht möglich ist.

Folgende Basisdaten aus meinem Arztregister-Eintrag werden bei vorliegender Einwilligungserklärung in die KVB-Arztsuche übernommen und unter meinem Namen veröffentlicht: Name, Titel, Praxisanschrift, Telefon, Fachrichtung(en) und Schwerpunkt(e), Zusatzbezeichnungen, Weiterbildungen (gem. WBO), Genehmigungen und Vertragsangebote, Sprechzeiten, Art der Betriebsstätte(n) (z. B. Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, usw.). 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.

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 setzen 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, soweit die Einwilligung des Nutzers reicht, ansonsten Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO, wobei unser berechtigtes Anliegen ist, Ihnen die angefragte Funktionalität (Orts- bzw. Routenanzeige) bieten zu können. 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

Sowie der zusätzlichen Geschäftsbedingungen für "Google Maps":

http://www.google.com/intl/de_de/help/terms_maps.html

Weitere Informationen finden auf der folgenden Seite im Unterpunkt "Einsatz von Google Maps": <https://www.kvb.de/datenschutz/>

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

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

Ort / Datum, Unterschrift