

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Vogelsgarten 6  
90402 Nürnberg

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966  
E-Mail-Adresse: [VER.CoCQS@kvb.de](mailto:VER.CoCQS@kvb.de)

### Antrag

auf **Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger** im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß Anlage I Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses („Substitutions-Richtlinien“)

#### 1. Allgemeine Angaben

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

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **BSNR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Titel** \_\_\_\_\_

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

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_  
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_  
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
(Name des KH) tt.mm.jj

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

**Die Antragstellung erfolgt für**

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

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

Angestellter Arzt bei o.g. Einzelpraxis seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

**Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:**

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als vier Betriebsstätten)

1. BSNR: | | | | | | | | | | | | | | | | , Adresse: \_\_\_\_\_

2. BSNR: | | | | | | | | | | | | | | | | , Adresse: \_\_\_\_\_

3. BSNR: | | | | | | | | | | | | | | | | , Adresse: \_\_\_\_\_

4. BSNR: | | | | | | | | | | | | | | | | , Adresse: \_\_\_\_\_

## 2. Beantragung

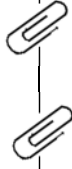
Beantragt wird die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung folgender Leistungen:

 Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger nach den Gebührenordnungspositionen **01949, 01950, 01951, 01952, 01960 EBM. Sowie GOP 01953 EBM (befristet bis zum 30.06.2021).**

## 3. Fachliche Voraussetzungen

**Folgende fachliche Voraussetzungen werden erfüllt**, vgl. § 2 Abs. 1 Substitutions-Richtlinien i.V.m. § 5 Abs. 3 BtMVV (Betäubungsmittelverschreibungsverordnung):

- Urkunde der Ärztekammer über die Berechtigung zum Führen der **Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“**
- oder
- Urkunde der Ärztekammer über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung **Psychiatrie und Psychotherapie**, ab der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24.4.2004 i.d.F.v. **17.10.2010**



## 4. Sonstige Anforderungen

**Folgende weitere Anforderungen werden erfüllt**, vgl. §§ 4, 6, 8 Substitutions-Richtlinien:

- Die **Dokumentationsanforderungen** zur Substitution richten sich gemäß § 5 Abs. 11 BtMVV nach den Vorgaben der Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK-RL) zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger in der jeweils gültigen Fassung, vgl. § 6 Substitutionsrichtlinien. Die in Ziffer 7 der BÄK-RL aufgeführten, zu dokumentierenden Parameter
- vor und bei Einleitung der Substitutionsbehandlung,
  - im Rahmen der Erstellung des Therapiekonzeptes und behandlungsbegleitend,
  - bei Take-Home-Verschreibung,
  - bei Beendigung/Abbruch einer Substitutionsbehandlung,
  - bei Substitution in einer externen Einrichtung,
  - bei Konsiliar- und Vertretungsregelung
- werden eingehalten.
- Zur Vermeidung von Mehrfachsubstitutionen werden dem **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte** gemäß § 5b Abs. 2 BtMVV nach einem dazu von diesem festgelegten Verfahren nach § 5b Abs. 1 Satz 3 BtMVV **unverzüglich Meldungen** über Substitutionen erstattet, vgl. § 4 Substitutions-Richtlinien.

Teilnahme an der regelmäßigen **Überprüfung der Qualität** der vertragsärztlichen Substitution durch Stichproben im Einzelfall, vgl. § 8 Abs. 3 Substitutions-Richtlinien - zu diesem Zweck werden der KVB auf ihre schriftliche Anforderung hin die patientenbezogenen Dokumentationen pseudonymisiert vorgelegt, s. Informationen im Anhang zum Antrag.

Die Kassenärztliche Vereinigung kann die zuständige Kommission gemäß § 8 der Substitutions-Richtlinien beauftragen, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der substituierenden Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Richtlinien entsprechen; die Genehmigung wird nur erteilt, wenn der Arzt im Antrag sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erteilt, vgl. § 10 Abs. 5 Substitutions-Richtlinien. **Hiermit wird das Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erteilt.**

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, 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 beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.**

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.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.


**Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter 

**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätigen Arzt 

**Stempel Antragsteller**

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1) Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „suchtmedizinische Grundversorgung“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Genehmigungsantrag – Anhang –



## Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

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.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Die Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger als vertragsärztliche Leistung setzt die Einhaltung aller Bestimmungen der Substitutions-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses voraus. Zudem sind bei der Verordnung der Substitutionsmittel die Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV), insbesondere § 5 BtMVV, zu beachten.

Die Qualität der vertragsärztlichen Substitution wird gemäß § 8 Abs. 3 Substitutions-Richtlinien regelmäßig durch Stichproben im Einzelfall durch die Qualitätssicherungskommission überprüft. Pro Quartal werden mindestens 2 % der abgerechneten Behandlungsfälle im Rahmen einer Zufallsauswahl geprüft. Zum Zweck der Prüfung haben die substituierenden Ärzte auf Verlangen der KV die patientenbezogenen Dokumentationen nach § 6 Substitutions-Richtlinien mit den jeweiligen umfassenden Therapiekonzepten und den Behandlungsdokumentationen mit Zwischenergebnissen der Qualitätssicherungskommission pseudonymisiert vorzulegen.

Die Substitutions-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) Richtlinien / Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (früher BUB-Richtlinie) abrufbar, die BtMVV und das BtMG unter [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de) / Gesetze / Verordnungen / BtMG bzw. BtMVV. Die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger ist unter [www.baek.de](http://www.baek.de) / Richtlinien / Substitutionstherapie abrufbar.