

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-439
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team6@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger

gemäß der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) in Verbindung mit der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) in der jeweils gültigen Fassung

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, Bevollmächtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik
<input type="checkbox"/> Anstellung	<input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> üBAG

Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

Leistung

- GOP 01949 EBM
Prüfung der Voraussetzungen für die Behandlung im Rahmen der Take-Home-Vergabe nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

- GOP 01950 EBM
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger

- GOP 01951 EBM
Zuschlag zu den GOP 01949 und GOP 01950 für die Behandlung an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12 und 31.12.

- GOP 01952 EBM
Zuschlag zu den GO-Nrn. 01949, 01950 oder 01955 für das therapeutische Gespräch und eigenständige telemedizinische Gespräche

- GOP 01953 EBM
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger mit einem Depotpräparat

- GOP 01960 EBM
Konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Rahmen des Konsiliarverfahrens

Leistungsort

- Betriebsstätte

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

Adresse



Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Voraussetzungen

- Suchtmedizinisch qualifizierter Arzt gemäß § 2 der Nummer 2 der Anlage I Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung i. V. m. § 5 Absatz 3 BtMVV**

Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung

oder

Es kann ein vergleichbar anerkannter Qualifikationsnachweis vorgelegt werden.

Es ist bekannt, dass die Zahl der zu Substituierenden auf **50** begrenzt ist.

oder

- Suchtmedizinisch nicht qualifizierter Arzt gemäß § 2 der Nummer 2 der Anlage I Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung i. V. m. § 5 Absatz 4 BtMVV**

Über die Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung oder einer vergleichbar anerkannten Qualifikation wird nicht verfügt.

Die Substitutionsbehandlung wird mit einem Konsiliarus (Arzt mit Zusatzweiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung) abgestimmt:

Name, Vorname des Konsiliarus

Anschrift des Konsiliarus

Es wird sichergestellt, dass sich der Patient zu Beginn der Behandlung und mindestens einmal in jedem Quartal dem vg. suchtmedizinisch qualifizierten Arzt im Rahmen der Konsiliarbehandlung vorstellt.

Es ist bekannt, dass die Zahl der zu Substituierenden auf **10** begrenzt ist.

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass Substitutionen nach den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen unter Wahrung berufsrechtlicher Regelungen durchgeführt werden:

- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger
- Betäubungsmittelgesetz
- Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung
- Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger
- Verordnung von Substitutionsmitteln bei in häuslicher Gemeinschaft mitlebenden Kindern vom 23./24.08.2012 (veröffentlicht Dt. Ärzteblatt, Jg. 109 v. 23.11.2012)



Ferner wird versichert, gemäß § 5 der Nummer 2 der Anlage I der Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger nur solche Substitutionsmittel zu verwenden, die gemäß BtmVV für diesen Bestimmungszweck zugelassen sind und zur Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebotes gemäß den Arzneimittel-Richtlinien grundsätzlich das kostengünstigste Substitutionsmittel in der preisgünstigsten Darreichungsform zu verwenden. Bei Abweichungen ist dies medizinisch zu begründen.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von substitutionsgestützten Behandlungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erhalt der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der Nummer 2 der Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der substituierenden Praxis bzw. Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung entsprechen, wird erklärt. **Dieses Einverständnis ist eine Voraussetzung für die Genehmigungserteilung gemäß § 10 Absatz 5 der Nummer 2 der Anlage I Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung.**

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift Antragsteller