

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-Team-1@kvberlin.de

Praxisstempel

### Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der substitutionsgestützten 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

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

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

<b>Grund der Antragstellung</b>	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
<b>Genehmigung beantragt zum</b>	_____
	Datum
<b>Zulassungsbeschluss der Sitzung vom</b>	_____
	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 Konsiliaris (Arzt mit Zusatzweiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung) abgestimmt:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Konsiliaris

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Konsiliaris

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