

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung Team 1
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt



Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der diamorphin-gestützten Substitutionsbehandlung nach der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) i. V. m. der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL)

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder. Diese Angaben helfen uns bei der Bearbeitung Ihres Antrags.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Qualitätssicherung Team 1

Katrin Miceli
Maxim Schnell

Tel 069 24741 -6747 /-7183
Fax 069 24741- 68816
qs.substitution@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname *, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift * _____

☎ * _____ ☎ _____ ☎ * _____

Geburtsdatum *: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Beginn oder geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Vertragliche Tätigkeit beantragt am _____ für folgende Fachrichtung: _____

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum _____ Tätigkeit aufgenommen am _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

- ☐ Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen.
Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- ☐ Zu einem späteren Datum _____

Art der Tätigkeit¹:

- ☐ Vertragsarzt in ☐ Einzelpraxis ☐ MVZ ☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

☐ Angestellter Arzt

- ☐ in Praxis/BAG _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes

- ☐ in MVZ _____ BSNR _____
Name des MVZ _____

☐ **Ermächtigter Arzt**

- Name der Einrichtung

☐ **Instituts-
Ermächtigung**

- Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

☐ **Sicherstellungs-
Assistent**

- Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ
mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit²:

- Anschrift Standort _____ BSNR _____

- Anschrift Standort _____ BSNR _____

- Anschrift Standort BSNR

- Anschrift Standort _____ BSNR _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

Beantragtes Leistungsspektrum

GOP	Inhaltsbeschreibung	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)
1000	Einweisung in eine Arztambulanz	1000
1001	Einweisung in eine Ambulanz	1001
1002	Einweisung in eine Ambulanz	1002
1003	Einweisung in eine Ambulanz	1003
1004	Einweisung in eine Ambulanz	1004
1005	Einweisung in eine Ambulanz	1005
1006	Einweisung in eine Ambulanz	1006
1007	Einweisung in eine Ambulanz	1007
1008	Einweisung in eine Ambulanz	1008
1009	Einweisung in eine Ambulanz	1009
1010	Einweisung in eine Ambulanz	1010
1011	Einweisung in eine Ambulanz	1011
1012	Einweisung in eine Ambulanz	1012
1013	Einweisung in eine Ambulanz	1013
1014	Einweisung in eine Ambulanz	1014
1015	Einweisung in eine Ambulanz	1015
1016	Einweisung in eine Ambulanz	1016
1017	Einweisung in eine Ambulanz	1017
1018	Einweisung in eine Ambulanz	1018
1019	Einweisung in eine Ambulanz	1019
1020	Einweisung in eine Ambulanz	1020
1021	Einweisung in eine Ambulanz	1021
1022	Einweisung in eine Ambulanz	1022
1023	Einweisung in eine Ambulanz	1023
1024	Einweisung in eine Ambulanz	1024
1025	Einweisung in eine Ambulanz	1025
1026	Einweisung in eine Ambulanz	1026
1027	Einweisung in eine Ambulanz	1027
1028	Einweisung in eine Ambulanz	1028
1029	Einweisung in eine Ambulanz	1029
1030	Einweisung in eine Ambulanz	1030
1031	Einweisung in eine Ambulanz	1031
1032	Einweisung in eine Ambulanz	1032
1033	Einweisung in eine Ambulanz	1033
1034	Einweisung in eine Ambulanz	1034
1035	Einweisung in eine Ambulanz	1035
1036	Einweisung in eine Ambulanz	1036
1037	Einweisung in eine Ambulanz	1037
1038	Einweisung in eine Ambulanz	1038
1039	Einweisung in eine Ambulanz	1039
1040	Einweisung in eine Ambulanz	1040
1041	Einweisung in eine Ambulanz	1041
1042	Einweisung in eine Ambulanz	1042
1043	Einweisung in eine Ambulanz	1043
1044	Einweisung in eine Ambulanz	1044
1045	Einweisung in eine Ambulanz	1045
1046	Einweisung in eine Ambulanz	1046
1047	Einweisung in eine Ambulanz	1047
1048	Einweisung in eine Ambulanz	1048
1049	Einweisung in eine Ambulanz	1049
1050	Einweisung in eine Ambulanz	1050
1051	Einweisung in eine Ambulanz	1051
1052	Einweisung in eine Ambulanz	1052
1053	Einweisung in eine Ambulanz	1053
1054	Einweisung in eine Ambulanz	1054
1055	Einweisung in eine Ambulanz	1055
1056	Einweisung in eine Ambulanz	1056
1057	Einweisung in eine Ambulanz	1057
1058	Einweisung in eine Ambulanz	1058
1059	Einweisung in eine Ambulanz	1059
1060	Einweisung in eine Ambulanz	1060
1061	Einweisung in eine Ambulanz	1061
1062	Einweisung in eine Ambulanz	1062
1063	Einweisung in eine Ambulanz	1063
1064	Einweisung in eine Ambulanz	1064
1065	Einweisung in eine Ambulanz	1065
1066	Einweisung in eine Ambulanz	1066
1067	Einweisung in eine Ambulanz	1067
1068	Einweisung in eine Ambulanz	1068
1069	Einweisung in eine Ambulanz	1069
1070	Einweisung in eine Ambulanz	1070
1071	Einweisung in eine Ambulanz	1071
1072	Einweisung in eine Ambulanz	1072
1073	Einweisung in eine Ambulanz	1073
1074	Einweisung in eine Ambulanz	1074
1075	Einweisung in eine Ambulanz	1075
1076	Einweisung in eine Ambulanz	1076
1077	Einweisung in eine Ambulanz	1077
1078	Einweisung in eine Ambulanz	1078
1079	Einweisung in eine Ambulanz	1079
1080	Einweisung in eine Ambulanz	1080
1081	Einweisung in eine Ambulanz	1081
1082	Einweisung in eine Ambulanz	1082
1083	Einweisung in eine Ambulanz	1083
1084	Einweisung in eine Ambulanz	1084
1085	Einweisung in eine Ambulanz	1085
1086	Einweisung in eine Ambulanz	1086
1087	Einweisung in eine Ambulanz	1087
1088	Einweisung in eine Ambulanz	1088
1089	Einweisung in eine Ambulanz	1089
1090	Einweisung in eine Ambulanz	1090
1091	Einweisung in eine Ambulanz	1091
1092	Einweisung in eine Ambulanz	1092
1093	Einweisung in eine Ambulanz	1093
1094	Einweisung in eine Ambulanz	1094
1095	Einweisung in eine Ambulanz	1095
1096	Einweisung in eine Ambulanz	1096
1097	Einweisung in eine Ambulanz	1097
1098	Einweisung in eine Ambulanz	1098
1099	Einweisung in eine Ambulanz	1099
1100	Einweisung in eine Ambulanz	1100

- | | |
|-------|---|
| 01955 | Diamorphingestützte Behandlung Opioidabhängiger |
| 01956 | Zuschlag zu der GOP 01955 - Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung |

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Genehmigungsvoraussetzungen *

Die Durchführung und Abrechnung der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung setzt die Erfüllung der Voraussetzungen nach der Anlage I Nr. 2 MVV-RL i. V. m §§ 5 Abs. 3, 5a BtMVV sowie die Erteilung einer Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung voraus.

Fachliche Voraussetzungen der beteiligten Ärzte

Die folgenden Ärzte führen in der Einrichtung die Substitution mit Diamorphin durch und sind hierzu wie folgt fachlich befähigt, vgl. § 2 Abs. 1 Anlage I Nr. 2 MVV-RL i. V. m. §§ 5 Abs. 3, 5a Abs. 1 Nr. 1 BtMVV.

1. Name, Vorname *, Titel _____ LANR _____

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit Std./Woche _____ Fachgebiet: _____

☐ ärztlicher Leiter ☐ ärztliches Mitglied ☐ nichtärztlicher Mitarbeiter

☐ Fachliche Befähigung nach § 5 Abs. 3 BtMVV (Vorliegen der Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung)

und

☐ Nachweis über suchtmedizinische Qualifikation, die sich auf die Behandlung mit Diamorphin erstreckt

oder

☐ Zeugnis/ Bescheinigung über eine mindestens 6-monatige Tätigkeit im Rahmen des Modellprojekts „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“.

2. Name, Vorname *, Titel _____ LANR _____

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit Std./Woche _____ Fachgebiet: _____

☐ ärztlicher Leiter ☐ ärztliches Mitglied ☐ nichtärztlicher Mitarbeiter

☐ Fachliche Befähigung nach § 5 Abs. 3 BtMVV (Vorliegen der Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung)

und

☐ Nachweis über suchtmedizinische Qualifikation, die sich auf die Behandlung mit Diamorphin erstreckt

oder

☐ Zeugnis/ Bescheinigung über eine mindestens 6-monatige Tätigkeit im Rahmen des Modellprojekts „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“.

3. Name, Vorname *, Titel _____ LANR _____

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit Std./Woche _____ Fachgebiet: _____

☐ ärztlicher Leiter ☐ ärztliches Mitglied ☐ nichtärztlicher Mitarbeiter

☐ Fachliche Befähigung nach § 5 Abs. 3 BtMVV (Vorliegen der Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung)

und

☐ Nachweis über suchtmedizinische Qualifikation, die sich auf die Behandlung mit Diamorphin erstreckt

oder

☐ Zeugnis/ Bescheinigung über eine mindestens 6-monatige Tätigkeit im Rahmen des Modellprojekts „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“.

4. Name, Vorname *, Titel _____ LANR _____

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit Std./Woche _____ Fachgebiet: _____

☐ ärztlicher Leiter ☐ ärztliches Mitglied ☐ nichtärztlicher Mitarbeiter

☐ Fachliche Befähigung nach § 5 Abs. 3 BtMVV (Vorliegen der Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung)

und

☐ Nachweis über suchtmedizinische Qualifikation, die sich auf die Behandlung mit Diamorphin erstreckt

oder

☐ Zeugnis/ Bescheinigung über eine mindestens 6-monatige Tätigkeit im Rahmen des Modellprojekts „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“.

5. Name, Vorname *, Titel _____ LANR _____

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit Std./Woche _____ Fachgebiet: _____

☐ ärztlicher Leiter ☐ ärztliches Mitglied ☐ nichtärztlicher Mitarbeiter

☐ Fachliche Befähigung nach § 5 Abs. 3 BtMVV (Vorliegen der Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung)

und

☐ Nachweis über suchtmedizinische Qualifikation, die sich auf die Behandlung mit Diamorphin erstreckt

oder

☐ Zeugnis/ Bescheinigung über eine mindestens 6-monatige Tätigkeit im Rahmen des Modellprojekts „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“.

6. Name, Vorname *, Titel _____ LANR _____

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit Std./Woche _____ Fachgebiet: _____

☐ ärztlicher Leiter ☐ ärztliches Mitglied ☐ nichtärztlicher Mitarbeiter

☐ Fachliche Befähigung nach § 5 Abs. 3 BtMVV (Vorliegen der Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung)

und

☐ Nachweis über suchtmedizinische Qualifikation, die sich auf die Behandlung mit Diamorphin erstreckt

oder

☐ Zeugnis/ Bescheinigung über eine mindestens 6-monatige Tätigkeit im Rahmen des Modellprojekts „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“.

7. Name, Vorname *, Titel _____ LANR _____

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit Std./Woche _____ Fachgebiet: _____

☐ ärztlicher Leiter ☐ ärztliches Mitglied ☐ nichtärztlicher Mitarbeiter

☐ Fachliche Befähigung nach § 5 Abs. 3 BtMVV (Vorliegen der Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung)

und

☐ Nachweis über suchtmedizinische Qualifikation, die sich auf die Behandlung mit Diamorphin erstreckt

oder

☐ Zeugnis/ Bescheinigung über eine mindestens 6-monatige Tätigkeit im Rahmen des Modellprojekts „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“.

Anforderungen an die Einrichtung nach (§§ 2 Abs. 2, 9 Anlage I Nr. 2 MVV-RL und § 5a Abs. 2 BtMVV)

☐ Kopie der Erlaubnis der Landesbehörde zum Betrieb einer Einrichtung zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger nach § 5a Abs. 2 BtMVV

☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht ☐ liegt Ihnen bereits vor

☐ **Die Einrichtung erfüllt sämtliche der nachfolgend genannten Voraussetzungen** (§ 9 Anlage I Nr. 2 MVV-RL):

- Die Substitution mit Diamorphin erfolgt in der Einrichtung durch ein **multidisziplinäres Team**, das von einem ärztlichen Teammitglied verantwortlich geleitet wird.
- In der Einrichtung ist die ärztliche substitutionsgestützte Behandlung über einen täglichen Zeitraum von **12 Stunden** sichergestellt – hierfür werden eine angemessene Anzahl Arztstellen und qualifizierter nichtärztlicher Stellen in Voll- und Teilzeit vorgehalten.

- Die Möglichkeit einer **kurzfristigen konsiliarischen Hinzuziehung fachärztlich-psychiatrischer Kompetenz** ist sichergestellt durch:

Name: _____

Adresse: _____

- Die **psychosoziale Betreuung** der Patienten findet in der substituierenden Einrichtung statt.
- In **Ausnahmefällen** kann die psychosoziale Betreuung der Patienten unter Koordination durch die substituierende Einrichtung auch im Rahmen einer engen Kooperation mit entsprechenden **externen Institutionen** erfolgen:

☐ Die psychosoziale Betreuung erfolgt in folgender **externer Institution**:

Name: _____

Adresse: _____

- Zur Gewährleistung des Behandlungsauftrags verfügt die Einrichtung zur Betreuung der Patienten über Räumlichkeiten, die in geeigneter Weise eine Trennung von Wartebereich, Ausgabebereich und Überwachungsbereich nach erfolgter Substitution ermöglichen.
- In der Einrichtung stehen **für Notfälle** die **notwendige Ausstattung** zur Durchführung der kardiopulmonalen Reanimation, Pulsoxymetrie und Sauerstoffversorgung zur Verfügung.
- Soweit in der Einrichtung auch Substitutionen stattfinden, die ausschließlich nicht diamorphingestützt sind, ist die **organisatorische Trennung** zwischen den diamorphingestützt substituierten Patienten und den nicht diamorphingestützt substituierten Patienten gewährleistet.
- Die Substitution ist **dreimal täglich, auch an Wochenenden und Feiertagen**, sichergestellt.
- Alle ärztlichen Mitglieder des multidisziplinären Teams nehmen regelmäßig, wenigstens **zweimal jährlich**, an **suchtmedizinischen Fortbildungsveranstaltungen** teil, die durch die Ärztekammer anerkannt sind. An diesen Fortbildungen nehmen in der Regel auch die nichtärztlichen Mitglieder teil. Alle Mitarbeiter werden wenigstens einmal jährlich zu drogenspezifischen Notfallmaßnahmen (v.a. kardiopulmonale Reanimation) und zur Notfallbehandlung von zerebralen Krampfanfällen geschult. Der KV Hessen werden auf Verlangen entsprechende Fortbildungsnachweise vorgelegt.

Anforderungen an die Durchführung der diamorphingeschützten Substitution

- ☐ Die Einrichtung gewährleistet, dass die diamorphingestützte Substitution nach den Anforderungen der Anlage I Nr. 2 MVV-RL und der BtMVV durchgeführt wird, insbesondere:
- Die Voraussetzungen für die **Indikation werden** eingehalten, vgl. § 3 Abs. 7 Anlage I Nr. 2 MVV-RL und § 5a Abs. 1 S. 2 Nr. 2 bis 4 BtMVV.
 - Das Therapiekonzept während der ersten 6 Monate der diamorphingestützten Substitution beinhaltet zwingend **Maßnahmen der psychosozialen Betreuung**, vgl. § 3 Abs. 9 Anlage I Nr. 2 MVV-RL.
 - Die diamorphingestützte Substitution wird jeweils **spätestens nach 2 Jahren** Behandlungsdauer durch Einholung einer **Zweitmeinung** eines einrichtungsexternen qualifizierten Arztes daraufhin überprüft, ob die Voraussetzungen für die Behandlung noch gegeben sind und ob die Behandlung fortzusetzen ist, vgl. § 3 Abs. 11 Anlage I Nr. 2 MVV-RL und § 5a Abs. 4 BtMVV.

Erklärungen und Hinweise

- ☐ Die Kassenärztliche Vereinigung kann die zuständige Kommission gemäß § 8 Anlage I Nr. 2 MVV-RL beauftragen, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der substituierenden Einrichtung daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Richtlinien entspricht. Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn die Einrichtung im Antrag ihr Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erteilt, vgl. § 10 Abs. 5 Anlage I Nr. 2 MVV-RL. **Hiermit wird das Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erteilt.**
- ☐ Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.
- ☐ Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung zu den gemachten Angaben unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.
- ☐ Als beim Antragsteller tätiger Arzt, der an der diamorphingestützten Substitution beteiligt ist, bin ich damit einverstanden, dass der Antragsteller der KV Hessen alle in diesem Antrag genannten, fachlichen Nachweise (Urkunden, Zeugnisse, Bescheinigungen) - bezogen auf meine Person - übermittelt.
- Hinweis für Ärzte, die eine **Ermächtigung** zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.

.....
Datum

.....
Unterschrift des ärztlichen Leiters Einrichtung
bzw. Unterschrift des anstellenden Arztes *

.....
Stempel der Einrichtung

Beim Antragsteller tätige Ärzte, die an der Diamorphinsubstitution beteiligt sind:

..... Datum	 Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt	 Name in Druckbuchstaben
..... Datum	 Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt	 Name in Druckbuchstaben
..... Datum	 Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt	 Name in Druckbuchstaben
..... Datum	 Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt	 Name in Druckbuchstaben
..... Datum	 Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt	 Name in Druckbuchstaben
..... Datum	 Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt	 Name in Druckbuchstaben
..... Datum	 Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt	 Name in Druckbuchstaben

Hinweis: Weitere EBM-Leistungen im Rahmen substitutionsgestützten Behandlung opioidabhängiger Patientinnen und Patienten sind gesondert über den „Antrag auf Durchführung und Abrechnung von Leistungen zur Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger“ zu beantragen.

Stand: August 2026