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

Qualitätssicherung
Team 1

Katrin Miceli
Daniela Sommer

Tel 069 24741 -6747 /-6075
Fax 069 24741- 68816
qs.substitution@kvhessen.de

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

Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger
Antrag auf Durchführung und Abrechnung von Leistungen

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.

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 _____

WIR SORGEN FÜR GESUNDHEIT

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

Art der Tätigkeit[1]:

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

☐ **Angestellter Arzt**

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

☐ in MVZ _____ BSNR _____
Name des MVZ

☐ **Ermächtigter Arzt** _____ BSNR _____
Name der Einrichtung

☐ **Instituts-Ermächtigung** _____ BSNR _____
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

☐ **Sicherstellungs-Assistent** _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ
mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit[2]:

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

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

---

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.

WIR SORGEN FÜR GESUNDHEIT

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

Genehmigungsvoraussetzungen *

Die Durchführung und Abrechnung der Substitution im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung setzt die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 5 Abs. 3 oder 4 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) sowie die Erteilung einer Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung voraus.

Fachliche Voraussetzungen
(§ 2 i. V. m. § 10 Abs. 3 Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, MVV-RL)

☐ Fachliche Befähigung nach § 5 Abs. 3 BtMVV
(Vorliegen der **Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung**)
Für die substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger mit Diamorphin gelten zusätzlich die Voraussetzungen nach § 5a BtMVV.

oder

☐ Erfüllung der Voraussetzungen nach § 5 Abs. 4 BtMVV
1. Zu Beginn der Behandlung Abstimmung mit einem suchtmedizinisch qualifizierten Arzt
2. Gewährleistung der Vorstellung der Patienten beim suchtmedizinisch qualifizierten Arzt nach 1. zu Beginn der Behandlung und anschließend mindestens einmal in jedem Quartal

Beantragtes Leistungsspektrum

GOP	Inhaltsbeschreibung Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)
01949	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen einer Take-Home-Vergabe gemäß § 5 Abs. 9 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)
01950	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
01951	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01949 und 01950 für die Behandlung an Samstagen, an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember
01952	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01949, 01950 oder 01955 für das therapeutische Gespräch
01953	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger mit einem Depotpräparat
01960[3]	Konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Rahmen des Konsiliariusverfahrens gemäß § 5 Abs. 4 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

[3] nur bei Vorliegen der Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung

WIR SORGEN FÜR GESUNDHEIT

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

Erklärungen und Hinweise

- Nach § 8 Abs. 3 MVV-RL überprüft die Qualitätssicherungskommission die Qualität der vertragsärztlichen Substitutionen sowie das Vorliegen der Voraussetzungen des § 3 MVV-RL durch Stichproben im Einzelfall. Pro Quartal sind mindestens 2% der abgerechneten Behandlungsfälle im Rahmen einer Zufallsauswahl zu prüfen.
- Die Dokumentationsanforderungen richten sich gemäß § 5 Abs. 11 BtMVV nach den Dokumentationsvorgaben der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger in der jeweils gültigen Fassung (vgl. § 6 MVV-RL).
- Die Anzahl der vertragsärztlich durchzuführenden Substitutionsbehandlungen ist begrenzt. In der Regel sollen nicht mehr als fünfzig Opioidabhängige gleichzeitig substituiert werden. Die KV kann in geeigneten Fällen zur Sicherstellung der Versorgung den Genehmigungsumfang erweitern (vgl. § 10 Abs. 4 MVV-RL und § 5 Abs. 4 S. 2 BtMVV).
- 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.

Ich erkläre mich mit der/einer möglichen Überprüfung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der substituierenden Praxis oder Einrichtung durch die Qualitätssicherungskommission einverstanden.

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.

……	……	……..
Datum	Unterschrift des Antragsstellers *	ggf. Praxisstempel

<u>Gilt nur für angestellte Ärzte:</u>

……	……	……..
Datum	Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ bzw. Unterschrift des anstellenden Arztes *	Stempel

WIR SORGEN FÜR GESUNDHEIT