

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

## 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.*

Qualitätssicherung  
Team 1

Sabine Kühn  
Daniela Sommer

Tel 069 24741-6610/ -6075  
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 Tätigkeit<sup>1</sup>:**

**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<sup>2</sup>:**

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

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

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

<sup>2</sup> 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 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 suchtmmedizinisch qualifizierten Arzt
  2. Gewährleistung der Vorstellung der Patienten beim suchtmmedizinisch 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 <sup>3</sup>	Konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Rahmen des Konsiliariumsverfahrens gemäß § 5 Abs. 4 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

<sup>3</sup> nur bei Vorliegen der Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung

### 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

**Gilt nur für angestellte Ärzte:**

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ  
bzw. Unterschrift des anstellenden Arztes \*

.....  
Stempel