



Posteingangsnummer BGST
von KVS auszufüllen!

Antrag

**auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der substituionsgestützten
Behandlung Opioidabhängiger**

Gemäß Anlage I Nr. 2 , § 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) „Richtlinien Methoden
vertragsärztlicher Versorgung“ i.F.v. 7. Dezember 2018 (§ 135 Abs. 1 SGB V)

Antragsteller/-in:
(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

Leistungserbringer:
(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

LANR:

Ärztliche Tätigkeit

als Facharzt für:

- Niederlassung in Einzelpraxis
- Anstellung in Einzelpraxis
- Niederlassung in Berufsausübungsgemeinschaft
- Anstellung in Berufsausübungsgemeinschaft

- in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt)
- im Rahmen einer Ermächtigung
- im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz
- im Rahmen einer Vertretung

Wohnort (nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KV Sachsen erfasst)

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Antrag bezieht sich auf

Praxis/Betriebsstätte (BSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

BSNR:

Nebenbetriebsstätte (NBSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

NBSNR:

1 Beantragte Leistung

Beantragt werden die Leistungen zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß EBM.

2 Fachliche Voraussetzungen

2.1 Voraussetzungen gemäß § 5 Abs. 3 BtMVV (Suchtmedizinisch qualifizierter Arzt)

Der Nachweis der fachlichen Voraussetzungen wird erbracht durch:

- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie *oder*
- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie *oder*
- Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ *oder*
- Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“

→ **Nachweis im Original vorlegen *oder* als beglaubigte Kopie beifügen!**

2.2 Voraussetzungen gemäß § 5 Abs. 4 BtMVV (keine suchtmedizinische Qualifikation)

- Der Antrag basiert auf der Grundlage der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 5 Abs. 4 der BtMVV – für höchstens 10 Patienten gleichzeitig im Konsiliarverfahren

Demnach sind zusätzlich zu den Voraussetzungen nach Absatz § 5b (Meldeverpflichtung Substitutionsregister) folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- sich zu Beginn der Behandlung mit einem suchtmedizinisch qualifizierten Arzt abzustimmen,
- sicherzustellen, dass sich der Patient zu Beginn der Behandlung und mindestens einmal in jedem Quartal dem suchtmedizinisch qualifizierten Arzt im Rahmen einer Konsiliarbehandlung vorstellt.

3 Organisatorische Voraussetzungen

Gemäß § 10 Abs. 4 der G-BA-Richtlinie soll der Arzt mit suchtmedizinischer Qualifikation in der Regel nicht mehr als 50 Opioidabhängige gleichzeitig substituieren. Die Kassenärztliche Vereinigung kann in geeigneten Fällen zur Sicherstellung der Versorgung den Genehmigungsumfang erweitern. Ein entsprechender formloser Antrag ist an die KV zu richten.

Gemäß § 5 Absatz 4 der BtMVV dürfen Ärzte ohne die suchtmedizinische Qualifikation höchstens zehn Patienten gleichzeitig mit Substitutionsmitteln behandeln.

4 Erklärung des/der Antragstellers(in)

Der Antragssteller erklärt sein Einverständnis, dass die zuständige Kommission der KVS nach § 8 G-BA-Richtlinie berechtigt ist, Informationen zu einzelnen Substitutionsbehandlungen einzuholen. Das Einverständnis für eine ggf. zu erfolgende Überprüfung apparativer, räumlicher und organisatorischer Gegebenheiten wird ebenfalls erteilt (gem. RL § 10 Abs. 5 Genehmigungsvoraussetzung).

Der Antragsteller erklärt sich einverstanden, dass bei der Durchführung der Substitutionsbehandlung alle Vorgaben der Richtlinien des G-BA zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger sowie die gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) sowie der Bundesärztekammer-Richtlinie zur Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger beachtet werden.

Dem Antragssteller ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistungen erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller(in)
(siehe Seite 1 oben)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)