

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
von Leistungen der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift**

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ich besitze die Anerkennung als**

**Facharzt für:** \_\_\_\_\_

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

**Niedergelassene Vertragsärzte**

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

Ich übernehme die Praxis von: \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_.

**Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):**

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_

**Ermächtigte Ärzte:**

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger nach der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Anlage I Nr. 2.**

### Nachweis der fachlichen Qualifikation

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger

mit suchtmmedizinischer Qualifikation (für die Behandlung von max. 50 Patienten)

Als fachliche Qualifikation kann Folgendes nachgewiesen werden:

- Zusatzbezeichnung „Suchtmmedizinische Grundversorgung“ oder
- Bescheinigung der Landesärztekammer über die Erfüllung der Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation gemäß § 5 Abs. 2 BtMVV (i.d.R. durch Teilnahme am Curriculum „Suchtmmedizinische Grundversorgung“) oder
- FA für Psychiatrie und Psychotherapie oder FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt vom 16. April 2005 in der Fassung vom 1. Januar 2011

Die entsprechenden Nachweise der suchtmmedizinischen Qualifikation

- liegen der KVSA bereits vor       sind diesem Antrag als Anlage beigefügt.

ohne suchtmmedizinische Qualifikation (für die Behandlung von mx. 10 Patienten)

### Voraussetzungen

Die Anzahl der vertragsärztlich durchzuführenden Substitutionsbehandlungen sind begrenzt. Ein Arzt mit suchtmmedizinischer Qualifikation soll in der Regel nicht mehr als 50 Opioidabhängige gleichzeitig substituieren. Die KV kann in geeigneten Fällen zur Sicherstellung der Versorgung, den Genehmigungsumfang erweitern. Ärzte ohne suchtmmedizinische Qualifikation dürfen in Zusammenarbeit mit einem Konsiliaris maximal 10 Opioidabhängige gleichzeitig behandeln.

## Erklärungen

Ich versichere verbindlich, dass die vorgenannten Voraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger von mir eingehalten werden.

Ich versichere verbindlich, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger ordnungsgemäß erbracht werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Substitutionskommission gemäß § 9 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Anlage I Nr. 2 die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in meiner Praxis bzw. Einrichtung daraufhin überprüft, ob sie den Bestimmungen der o.g. Richtlinie entsprechen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

## Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die KVSA im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern darf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte