

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Albstadtweg 11  
70567 Stuttgart

E-Mail: [qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de)

# Antrag

## auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Substitutionsleistungen

**Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)**

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)
_____			_____
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)



### Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
- folgenden Angestellten

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)

**Zusätzliche Angaben:** (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

_____	_____
Fachgebiet	Schwerpunkt
Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:	
_____	
Datum TTMMJJJJ	

_____	_____
E-Mail	Telefon

### Wohnanschrift:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

### Anschrift Praxis/Krankenhaus:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: [www.kvbawue.de/substitution](http://www.kvbawue.de/substitution)

Ich beantrage, Leistungen gemäß der aktuell gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

1. Substitutionsbehandlungen von bis zu 50 Opioidabhängigen {SUB1}
- Ich verfüge über die Zusatzweiterbildung Suchtmedizin / Fachkunde Suchtmedizin.
  - Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
  - Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

**Bitte Urkunde in Kopie beifügen.**

2. Substitutionsbehandlungen von bis zu zehn Opioidabhängigen im Konsiliarverfahren {SUB2}

3. Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung {SUB3}
- Ich verfüge über die Qualifikation Suchtmedizin mit zusätzlicher Befähigung zur Behandlung mit Diamorphin.

**Bitte Urkunde und Nachweis über Befähigung zur Diamorphin-Behandlung in Kopie beifügen.**

oder



- Ich verfüge über die Qualifikation Suchtmedizin und war mindestens sechs Monate im Rahmen des Modellprojekts „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“ tätig.

**Bitte Urkunde und Nachweis über Tätigkeit im Modellprojekt in Kopie beifügen.**

**Folgende organisatorische Voraussetzungen müssen bei Teilnahme an der diamorphingestützten Substitution erfüllt sein:**

- Ich verpflichte mich zur regelmäßigen Teilnahme, wenigstens zweimal jährlich, an suchtmedizinischen Fortbildungsveranstaltungen, die durch eine Ärztekammer anerkannt sind.
- Außerdem zur Teilnahme einmal jährlich an einer Schulung zu drogenspezifischen Notfallmaßnahmen (insbesondere kardiopulmonale Reanimation) und zur Notfallbehandlung von zerebralen Krampfanfällen.

**Hinweis:** Die diamorphingestützte Substitution kann nur durchgeführt werden, wenn die jeweiligen Ärzte **UND** die Einrichtung hierfür eine **Genehmigung** durch die **KVBW** erhalten haben. Jede **Änderung** ist der **KVBW** unverzüglich mitzuteilen.

## Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die zuständige Kommission für Qualitätssicherung (QS-Kommission) beauftragen kann, die in der Rechtsgrundlage genannten Voraussetzungen zu überprüfen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Rechtsgrundlage zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

## Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift angestellter Arzt



## Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code