

**Dokumentationsbogen zur Qualitätsprüfung
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger**

Patientencode:	Vorn.	Nachn.	G.	Geb.-Ziff.

Kostenträger: _____ Alter: _____

Beginn der Opioidabhängigkeit: _____ Beginn der Substitution in Ihrer Praxis: _____

Anfangsdosierung (Zutreffendes ankreuzen) **aktuelle Dosierung** (Zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> DL-Methadonmg
<input type="checkbox"/> L-Polamidonmg
<input type="checkbox"/> Buprenorphin (<i>Subutex</i>)mg
<input type="checkbox"/> Buprenorphin/Naloxon (<i>Suboxone</i>)mg
<input type="checkbox"/> Morphin (<i>Substitol</i>)mg
<input type="checkbox"/> (Dihydro)-Codeinmg
<i>(begründete Ausnahme)</i> | <input type="checkbox"/> DL-Methadonmg
<input type="checkbox"/> L-Polamidonmg
<input type="checkbox"/> Buprenorphin (<i>Subutex</i>)mg
<input type="checkbox"/> Buprenorphin/Naloxon (<i>Suboxone</i>)mg
<input type="checkbox"/> Morphin (<i>Substitol</i>)mg
<input type="checkbox"/> (Dihydro)-Codeinmg
<i>(begründete Ausnahme)</i> |
|---|---|

Substitutionstherapie im Rahmen der Konsiliarregelung ja nein
weiter auf Seite 2
„Anamnese“

Terminangabe der **letzten vier Quartale**, an denen eine Vorstellung beim Konsiliarius erfolgte.

<u>Quartal</u>	<u>Terminangabe</u>

Gab der Konsiliarius Empfehlungen zur Änderung der Therapie und wurden diese umgesetzt?
Wenn ja, bitte erläutern:

Substitution mit Diamorphin ja nein
weiter auf Seite 2
„Anamnese“

Waren die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 7 i. V. m. § 8 Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung bei der Aufnahme erfüllt? ja nein

Besteht die Diamorphinsubstitutionsbehandlung seit zwei Jahren und ist die Einholung einer Zweitmeinung durch eine(n) andere(n) Ärztin/ Arzt erfolgt? ja nein

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Patientencode

<u>Anfangsdosierung Diamorphin</u>		<u>aktuelle Dosierung Diamorphin</u>	
morgens	.....mg	morgens	.....mg
mittags	.....mg	mittags	.....mg
abends:	.....mg	abends:	.....mg
ggf. weitere Substitutionsmittel:		ggf. weitere Substitutionsmittel	
.....	.....mg	.....	.....mg

Anamnese

Aktuelle Begleiterkrankungen

ICD-Code

 ja

 nein

Fachärztliche Mitbehandlung:

 ja

 nein

Welche?

Aktuelle begleitende Medikation

Körperliche Untersuchung

Schwangerschaft

Größe: _____ cm

 positiv

Gewicht: _____ kg

 negativ

Blutdruck: _____ mmHg

Sonstige Angaben:

Abklärung infektiologischer Erkrankungen

Hepatitis A

- HAV IgG AK pos (Seronarbe bzw. Zustand nach Impfung)
 HAV IgG AK neg (bei Indikation Hepatitis A-Impfung durchführen, z.B. bei chronischer Hepatitis B oder Hepatitis C-Infektion)

Hepatitis B

- HBcAK pos (Zustand nach Hepatitis B-Infektion)
 HBcAK neg (kein Hinweis auf Infektion)
- HBsAK pos (Zustand nach Hepatitis B-Impfung, bei < 100 U/l Auffrischung nötig)
 HBsAK neg (bitte Hepatitis B-Impfung veranlassen)
- HBs AG pos (bitte HBV-DNA/PCR durchführen oder weitere Abklärung Therapieindikation bei Hepatologen/Infektiologen)
 HBs AG neg (kein Hinweis auf Hepatitis B-Virussträger)

Hepatitis C

- Hepatitis C IgG AK pos (bitte HCV PCR durchführen und ggf. Abklärung Therapieindikation bei Hepatologen/Infektiologen)
 PCR pos _____ neg
 Hepatitis C IgG AK neg (kein Hinweis auf Infektion)

HIV

- HIV IgG AK pos (Abklärung Therapieindikation bei Infektiologen)
 HIV IgG AK neg (kein Hinweis auf Infektion)

Impfstatus

Letzte Impfung Tetanus/Diphtherie/Pertussis am: _____

Letzte Gripeschutzimpfung am: _____

- Impfung Hepatitis A erfolgt? Ja Nein
 Impfung Hepatitis B erfolgt? Ja Nein

Allgemeine Informationen: Drogenabhängige Patienten weisen ein erhöhtes Infektionsrisiko auf. Aus diesem Grund ist die Hepatitis B Impfung zu Lasten der GKV möglich. Bei bestehender chronischer Hepatitis C Infektion ist die Impfung gegen Hepatitis A und B indiziert.

Laborwerte der letzten 12 Monate				
Datum	GGT	GPT	GOT	MCV

Alkoholkonsum

- ja nein

(bitte Erläuterung Konsummuster)

Take-Home-Verordnung

Aktuelle Vergabe im Rahmen der Take-Home-Verordnung?

ja nein

Anzahl der Take-Home-Tage: _____

Take-Home-Verordnung innerhalb der letzten zwölf Monate?

ja nein

Bei 30 aufeinanderfolgenden Tagen ist eine Einzelfallbegründung erforderlich:

Telemedizinische Konsultation?

ja nein

Wenn ja, kurze Beschreibung des Settings:

**Auszug aus der Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelverschreibungsverordnung - BtMVV)
§ 5 Substitution, Verschreiben von Substitutionsmitteln**

Der substituierende Arzt darf dem Patienten Substitutionsmittel in der für bis zu sieben aufeinanderfolgenden Tagen benötigten Menge nach Satz 1 verschreiben. Im Fall von Satz 1 Nummer 1 darf er dem Patienten in begründeten Einzelfällen Substitutionsmittel in der für bis zu 30 aufeinanderfolgende Tage benötigten Menge nach Satz 1 verschreiben. Ein begründeter Einzelfall im Sinne des Satzes 3 kann nur durch einen medizinischen oder einen anderen Sachverhalt begründet sein. Ein durch einen anderen Sachverhalt begründeter Einzelfall liegt vor, wenn der Patient aus wichtigen Gründen, die seine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben oder seine Erwerbstätigkeit betreffen, darauf angewiesen ist, eine Verschreibung des Substitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme für bis zu 30 Tage zu erhalten.

Drogenscreenings der letzten sechs Monate

Datum						
+ positiv - negativ 0 nicht durchgeführt	Ergebnis	Ergebnis	Ergebnis	Ergebnis	Ergebnis	Ergebnis
Atemalkohol (‰)						
Amphetamine						
Benzodiazepine						
Kokain						
Methadon/EDDP						
Opiate						
THC						
6-MAM						
Buprenorphin						
Sonstiges (z.B. Fentanyl)						

