

**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

Auszug aus der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger – 4.1.2 „Sieben-Tage-Regelung zur Take-Home-Verschreibung (gemäß § 5 Absatz 9 BtMVV)

Eine Verschreibung des Substitutionsmittel zur eigenverantwortlichen Einnahme für einen Zeitraum bis zu sieben Tagen kann dann erfolgen, wenn der Patient sich in einer stabilen Substitutionsbehandlung befindet. Zur Bewertung des Einzelfalls soll der Arzt folgende Kriterien heranziehen:

1. regelmäßige Wahrnehmung der erforderlichen Arztkontakte,
2. die Einstellung auf das Substitutionsmittel ist abgeschlossen,
3. der bisherige Verlauf der Behandlung hat zu einer klinischen Stabilisierung des Patienten geführt,
4. Risiken einer Selbst- und Fremdgefährdung, insbesondere für gegebenenfalls im Haushalt mitlebende Kinder, sind soweit wie möglich ausgeschlossen,
5. der Patient konsumiert stabil keine weiteren Substanzen, die zusammen mit der Einnahme des Substitutionsmittels zu einer schwerwiegenden gesundheitlichen Gefährdung führen können,
6. der Patient verstößt nicht gegen getroffene Vereinbarungen,
7. eine psychosoziale Stabilisierung ist erfolgt.

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)						

Alternativ können Sie die Laborauswertungen anonymisiert einreichen.

Die psychosoziale Betreuung wird durchgeführt von:

Beratungsstelle _____

Soziale Fachkraft in der Praxis _____

Stellungnahme zu Therapiekonzept und Behandlungsverlauf

Psychosoziale Situation

Wohnsituation: _____

Partnerschaftliche/ familiäre Situation: _____

Anzahl im Haushalt lebender Kinder (**bitte Alter angeben**): _____

Erwerbssituation/ Lebensunterhalt: _____

Schulden: _____

Gesetzliche Betreuung: ja nein

Sonstige Angaben: _____

§ 5 Abs. 2 BtMVV: Im Rahmen der ärztlichen Therapie soll eine Opioidabstinenz des Patienten angestrebt werden. Wesentliche Ziele der Substitution sind dabei insbesondere

1. die Sicherstellung des Überlebens,
2. die Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes,
3. die Abstinenz von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden,
4. die Unterstützung der Behandlung von Begleiterkrankungen oder
5. die Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt.

Im Rahmen zielorientierter motivierender Gespräche soll – entsprechend der Vorgaben des § 5 Absatz 2 Satz 1 BtMVV – auch eine Opioidabstinenz thematisiert und entsprechend dokumentiert werden (**vgl. Anlage I Nr. 2 § 3 Abs. 4 Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung**).

Bitte stellen Sie das umfassende Therapiekonzept im vorliegenden Einzelfall dar (bitte konkrete Beschreibung der Behandlungsmaßnahmen, der Behandlungsziele sowie des Standes der Zielerreichung):

a) Therapieziele und Therapiemaßnahmen zu Beginn der Behandlung*

* ggf. weitere Informationen als Freitext

