

**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) * Datum des Auffüllens des Dokumentationsbogens
<input type="checkbox"/> DL-Methadon _____ mg	<input type="checkbox"/> DL-Methadon _____ mg
<input type="checkbox"/> L-Polamidon _____ mg	<input type="checkbox"/> L-Polamidon _____ mg
<input type="checkbox"/> Buprenorphin (<i>Subutex</i>) _____ mg	<input type="checkbox"/> Buprenorphin (<i>Subutex</i>) _____ mg
<input type="checkbox"/> Buprenorphin/Naxolon (<i>Suboxone</i>) _____ mg	<input type="checkbox"/> Buprenorphin/Naxolon (<i>Suboxone</i>) _____ mg
<input type="checkbox"/> Morphin (<i>Substitol</i>) _____ mg	<input type="checkbox"/> Morphin (<i>Substitol</i>) _____ mg
<input type="checkbox"/> (Dihydro)-Codein _____ mg <small>(begründete Ausnahme)</small>	<input type="checkbox"/> (Dihydro)-Codein _____ mg <small>(begründete Ausnahme)</small>

Bei Dosiserhöhung bitte den Grund und den Zeitpunkt angeben: _____

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

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

Quartal	Terminangabe

Gab der Konsiliarius Empfehlungen zur Änderung der Therapie und wurden diese umgesetzt?

Wenn ja, bitte erläutern:

Substitution mit Diamorphin
 ja nein

weiter bei „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

Anfangsdosierung Diamorphin		Aktuelle Dosierung Diamorphin	
morgens	_____ mg	morgens	_____ mg
mittags	_____ mg	mittags	_____ mg
abends	_____ mg	abends	_____ mg
ggf. weitere Substitutionsmittel:		ggf. weitere Substitutionsmittel:	
	_____ mg		_____ mg

Anamnese

Aktuelle Begleiterkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ICD-Code

Fachärztliche Mitbehandlung
 ja nein

Welche?

Aktuelle begleitende Medikation (ggf. Medikationsplan beilegen)

Körperliche Untersuchungen

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Blutdruck: _____ mmHg

Schwangerschaft
 positiv

 negativ

Sonstige Abgaben

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)

HIV PCR bei Therapie

pos Viruskopien pro ml _____

neg (Virus unterhalb der Nachweisgrenze)

Impfstatus

Letzte Impfung Tetanus/Diphtherie/Pertussis am: _____

Letzte Grippenschutzimpfung am: _____

Weitere Impfungen: _____ 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

Art der Vergabe:

Aktuelle Vergabe im Rahmen der Take-Home-Verordnung?

ja nein Anzahl der Take-Home-Tage: _____

Take-Home-Verordnung innerhalb der letzten 12 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 Substitutionsmittels 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.

Aufklärung des Patienten ist erfolgt am: _____

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

Bei Beigebrauch ist eine Thematisierung erforderlich!

Der Konsum weiterer psychotroper Substanzen (Beigebrauch) erfordert eine Stellungnahme zum Beigebrauchsmuster (Substanz/en, Konsumhäufigkeit), zu den Gründen (z. B. Destabilisierung der individuellen Lebenssituation, Dosierung oder Art des Substituts, komorbide psychische oder somatische Erkrankungen usw.) sowie zu den, zur Beendigung des Beikonsums geplanten, therapeutischen Maßnahmen.

Entgiftungen in den letzten zwölf Monaten					
	Ort des Aufenthalts	von	bis	Entgiftung von welchen Substanzen?	regulär abgeschlossen (ja/ nein)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Psychosoziale Betreuung	
Wurde die psychosoziale Betreuung empfohlen?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein (bitte Begründung)
Wird die psychosoziale Betreuung regelmäßig wahrgenommen?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein (bitte Begründung)
<i>Eine psychosoziale Betreuung sollte Patienten regelhaft empfohlen werden. Besondere Sorgfalt ist für Jugendliche, Heranwachsende und kürzer abhängige Patienten geboten. Eine psychosoziale Betreuung sollte bei dieser Zielgruppe regelhaft einbezogen werden.</i>	
Die psychosoziale Betreuung wird durchgeführt von:	
<input type="checkbox"/> Beratungsstelle	_____
<input type="checkbox"/> 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

b) Behandlungsverlauf / bisher erreichte Therapieziele

c) aktuelle Therapieziele und konkrete Maßnahmen zur Zielerreichung

Ich versichere die Richtigkeit der eingetragenen Daten.

Ort, Datum

Unterschrift, Praxisstempel