

Dokumentation der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger entsprechend der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung

Festlegung der Qualitätssicherungskommission zur substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger bei der
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen -

Pseudonym* des Patienten: _____

<p><u>*Zusammensetzung des Pseudonyms:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> erste und zweite Stelle → erster und zweiter Buchstabe des (ersten) Vornamens dritte und vierte Stelle → erster und zweiter Buchstabe des Familiennamens fünfte Stelle → Geschlecht („F“ für weiblich, „M“ für männlich) sechste bis achte Stelle → jeweils letzte Ziffer von Geburtstag, -monat und -jahr Bsp.: Max Mustermann, männlich, geb. 14.08.1996 → MAMUM486 	<ul style="list-style-type: none"> Beginn der Substitution zu Lasten der GKV in dieser Praxis: _____ Ende (wenn zutreffend): _____ <p>Praxisstempel:</p>
--	---

Kostenträger: _____ Opioidabhängigkeit seit: _____

Wenn Behandlungsfall unter 18 J. **oder** Abhängigkeit unter 1 Jahr → Begründung der Indikationsstellung:

Die Substitutionsbehandlung erfolgt im Rahmen der Konsiliarregelung: ja nein

Wenn ja : Name des Konsiliarius: _____

An folgenden Tagen der letzten vier Quartale erfolgte die Vorstellung beim Konsiliarius:

Quartal:				
Vorstellung am:				

⇒ **Therapieziele und Indikationen zur Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger**
 (§ 3 der Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

Therapieziele:

<input type="checkbox"/> Sicherstellung des Überlebens	<input type="checkbox"/> Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen
<input type="checkbox"/> Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes	<input type="checkbox"/> Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden
<input type="checkbox"/> Reduktion des Konsums von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden	<input type="checkbox"/> Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
<input type="checkbox"/> Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken	<input type="checkbox"/> Unterstützung von Behandlung von Begleiterkrankungen
<input type="checkbox"/> während einer Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Reduktion der Straffälligkeit / Teilhabe am Leben in der Gesellschaft / am Arbeitsleben (gem. § 3 (2) der Substitutionsrichtlinie)
<input type="checkbox"/> nach der Geburt	

Aktuelles Therapieziel (ggf. zeitliche Zielsetzung):

Anzahl der Entgiftungen bisher: _____

Anzahl der Entwöhnungsbehandlungen bisher: _____

Abhängigkeit von: _____

<u>Anfangsdosierung</u>		<u>aktuelle* Dosierung</u>	
		* Datum des Ausfüllens 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"/> Subutex	..... mg	<input type="checkbox"/> Subutex	..... mg
<input type="checkbox"/> Codein ¹ /Dihydrocodein ¹	..... mg	<input type="checkbox"/> Codein ¹ /Dihydrocodein ¹	..... mg
<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg

¹ Bitte eine gesonderte Begründung für die Auswahl dieses Präparates beifügen!

⇒ Begleiterkrankungen (Diagnosen) ICD 10

 Nein Ja, Folgende:

ICD-Code

⇒ Aktuelle begleitende Medikation

 Nein Ja, Folgende:

⇒ Fachärztliche Mitbehandlung

 Ja, Fachgebiet: _____

 Nein

⇒ Psychosoziale Begleitung

Durchführung durch

 Beratungsstelle Soziale Fachkraft in der Praxis / Ambulanz

 Keine, weil... _____

⇒ **Verordnung einer „take-home Dosis“ gemäß § 5 (8,9) BtMVV**

- ja, gelegentlich _____ Tage „take-home“ pro Woche
wie folgt: _____
- ja, regelmäßig _____ Tage „take-home“ pro Woche
wie folgt: _____
oder: _____
- Nein

⇒ **Beigebrauch während der Substitution:**

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|----------------|--------------------------------|
| Alkohol | <input type="checkbox"/> | Amphetamine | <input type="checkbox"/> |
| Benzodiazepinen | <input type="checkbox"/> | Opioide | <input type="checkbox"/> |
| Kokain | <input type="checkbox"/> | THC | <input type="checkbox"/> |
| Barbiturate | <input type="checkbox"/> | andere Stoffe: | <input type="checkbox"/> _____ |

Behandlung des Beigebrauchs:

- ja, wann / in welcher Form: _____

- nein, Grund: _____

⇒ **Drogenscreening in den letzten 12 Monaten**

Ergebnisse {Behandlungsfall pseudonymisiert} als Anlage in Kopie beifügen

⇒ **Verlaufsbericht zur substitutionsgestützten Behandlung**

- Wurde das aktuelle Therapieziel erreicht: ja ggf. Hinweis: _____
teilweise Begründung: _____

- nein Begründung: _____

Begründung zur Fortführung der Substitutionsbehandlung:

(Ab wann) Ist mit Abstinenz zu rechnen?

Mit dem Patienten wurde eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen.

Ort

Datum

Arztname

(Druckbuchstaben)

Unterschrift