

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Abteilung Qualitätssicherung
Team Substitution
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Patientencode (gemäß BtMVV § 5b Abs. 2)

Dokumentationsbogen

Überprüfung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger
gemäß § 8 Abs. 3 und 4 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung

Quartal: _____ Geburtsjahr: _____ Bestand Kontakt zum Vorbehandler?
 Ja Nein

1. Opioidabhängigkeit seit _____ MM / JJJJ	Beginn der Substitutionsbehandlung in eigener Praxis _____ TT / MM / JJJJ
--	---

2. Besteht / Bestand eine Schwangerschaft?
 Nein Ja, (voraussichtlicher) Entbindungstermin: _____ TT / MM / JJJJ

3. Substitutionsmedikation

Anfangsdosierung (Zutreffendes ankreuzen)	aktuelle Dosierung (Zutreffendes ankreuzen)
<input type="checkbox"/> Methadon _____ mg	<input type="checkbox"/> Methadon _____ mg
<input type="checkbox"/> Levomethadon _____ mg	<input type="checkbox"/> Levomethadon _____ mg
<input type="checkbox"/> Buprenorphin _____ mg	<input type="checkbox"/> Buprenorphin _____ mg
<input type="checkbox"/> Buprenorphin/Naloxon _____ mg	<input type="checkbox"/> Buprenorphin/Naloxon _____ mg
<input type="checkbox"/> (Dihydro-)Codein _____ mg	<input type="checkbox"/> (Dihydro-)Codein _____ mg
<input type="checkbox"/> Retardiertes Morphin _____ mg	<input type="checkbox"/> Retardiertes Morphin _____ mg
<input type="checkbox"/> Diamorphin _____ mg	<input type="checkbox"/> Diamorphin _____ mg

4. Vergabemodalität

tägliche Einnahme unter Sicht

Take-home-Verordnung für _____ Tage
→ Besteht regelmäßiger Kontakt zu minderjährigen Kindern?
 Nein Ja, Alter: _____

Hinweis zur kindersicheren Verwahrung des Substitutionsmittels wurde dokumentiert.

Begründung für eine Take-home-Verordnung
(bei Take-home-Verordnung über 7 Tage → Welche glaubhafte Begründung hat der Patient angegeben?)

5. Urinkontrollen (UKen)

Anzahl aller Urinkontrollen der letzten 12 Monate: _____

	Anzahl positiv*		Anzahl der durchgeführten UKen, bezogen auf die jeweilige Substanz*
aktuelles Substitutionsmittel	_____	von	_____
Opioide	_____	von	_____
Kokain	_____	von	_____
Benzodiazepine	_____	von	_____
Gabapentinoide (z. B. Pregabalin)	_____	von	_____
Amphetamine	_____	von	_____
Cannabis	_____	von	_____
Alkohol	_____	von	_____
illegal erworbene Substitutionsmittel	_____	von	_____
andere:	_____	von	_____

* Angaben in arabischen Ziffern

Befunde aus dem Kapillarblut/Speichel

5a. (z. B. UK bestätigt, zusätzlich konsumierte Substanzen entdeckt, Betrugsversuch aufgedeckt)

5b. Alkohol in der Atemluft oder Ethylglucuronid (EtG) im Urin

Anzahl positiv _____ von _____ (Gesamtanzahl der Testungen)

5c. Verlauf des Beigebruchs innerhalb der letzten 12 Monate

6. Aktuelle Befunde im Zusammenhang mit intravenösen Drogenkonsum

- keine
- Injektionsstellen Abszesse
- Thrombosen andere: _____

7. (Teil-) Entzugsbehandlungen in den letzten 2 Jahren

Anzahl	Substanz	Effekt

8. Begleiterkrankungen im Zusammenhang mit der Suchterkrankung

a) psychiatrischer Zustand: _____

psychischer Zustand: _____

erfolgt eine Mitbehandlung? Nein Ja

Patientencode:

b) somatisch: _____

letzte körperliche Untersuchung: _____

wesentliche pathologische Befunde: _____

erfolgt eine Mitbehandlung? Nein Ja, durch: _____
(Fachrichtung)

Verordnete Begleitmedikation

c) letzter Laborbefund: _____

	negativ	Impfung durchgeführt	positiv	Immunität	PCR negativ	chron. Verlauf	Behandlung w. durchgeführt
HAV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
HBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HCV	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

9. Angaben zur aktuellen Wohn- und Erwerbssituation

Angaben zur psychosozialen Betreuung (PSB)

10. (Eine psychosoziale Betreuung soll dem Patienten regelhaft empfohlen werden)

Wurde eine PSB empfohlen? Ja → Inanspruchnahme? Ja → Wie oft? _____
 Nein Nein

Begründung

11. Behandlungsverlauf

12. Ergebnis des Gesprächs über Abstinenz

Patientencode:

13. Eine substitutionsgestützte Behandlung ist weiterhin angezeigt, weil

14. Ziele und Therapieplan für die nächsten 12 Monate

Datum

Unterschrift behandelnder Arzt

Arztstempel

Freitextfeld für ggf. weitere Anmerkungen