

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Abteilung Qualitätssicherung
Team Substitution
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Patientencode
(gemäß BtMVV § 5b Abs. 2)

Dokumentationsbogen

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

Quartal: _____ Geburtsjahr: _____ Bestand Kontakt zum Vorbehandler?
Behandelnder Arzt: _____ ☐ Ja ☐ Nein

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

2. Besteht / Bestand eine Schwangerschaft?

☐ Nein ☐ Ja, (voraussichtlicher) Entbindungstermin: _____
TT / MM / JJJJ

3. Substitutionsmedikation

Anfangsdosierung (Zutreffendes ankreuzen)

☐ Methadon _____ mg
☐ Levomethadon _____ mg
☐ Buprenorphin _____ mg
☐ Buprenorphin/Naloxon _____ mg
☐ (Dihydro-)Codein _____ mg
☐ Retardiertes Morphin _____ mg
☐ Diamorphin _____ mg

aktuelle Dosierung (Zutreffendes ankreuzen)

☐ Methadon _____ mg
☐ Levomethadon _____ mg
☐ Buprenorphin _____ mg
☐ Buprenorphin/Naloxon _____ mg
☐ (Dihydro-)Codein _____ mg
☐ Retardiertes Morphin _____ mg
☐ 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 Beigebrauchs 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

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	☐	☐	☐	☐			
HBV	☐	☐	☐	☐		☐	☐
HCV	☐		☐		☐	☐	☐
HIV	☐		☐				☐

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