

Ärztliche Dokumentation gemäß § 6 der Anlage 1 Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung

Regelung zur Durchführung der Qualitätsprüfung gemäß § 135b Abs. 2 SGB V

Stand: 19.12.2019

Behandelnder Arzt:

Arztstempel

Bei **Konsiliarverfahren** bitte angeben:

Konsiliararzt

Wann zuletzt von Konsiliararzt gesehen?

Patientencode*:							
Vorname		Nachname		Geschlecht	Geburtsdatum		

*erste und zweite Stelle: erster und zweiter Buchstabe des ersten Vornamens

dritte und vierte Stelle: erster und zweiter Buchstabe des Nachnamens (ohne Titel, van, de etc.)

fünfte Stelle: F für Frau und M für Mann

sechste bis achte Stelle: die jeweils letzte Ziffer von Geburtstag, -monat und -jahr

Indikation nach § 3 der Anlage 1 Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen sind möglich.)

- Sicherstellung des Überlebens/Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes (harm reduction)
- Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen
- Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden/Reduktion/Abstinenz des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opioiden/Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel
- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
- Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken für Mutter und Kind während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt

Eine Opiatabhängigkeit wurde durch einen Eingangsurin oder Vorberichte nach Übernahme (bitte beilegen) bestätigt

Erste Ziele zu Beginn der Substitution:

Suchtanamnese

Konsumerfahrung:

mit folgenden Substanzen: _____

Opioidabhängig seit: _____

Therapieerfahrung:

Anzahl stat. Behandlung: _____ davon Abbrüche: _____

Anzahl Reha-Maßnahmen: _____ davon Abbrüche: _____

Substitutionsjahre insgesamt ca.: _____

Beginn der aktuellen Substitution: _____ Übernahme von: _____

Substitution endete bereits am: _____
TT.MM.JJJJ

Bitte Übergabebericht beifügen.

Soziale Anamnese

AKTUELL

Tragfähiges soziales Netzwerk ja nein

Partnerschaft ja nein Partner/in suchtkrank ja nein

Kinder ja nein davon im Haushalt _____

Eigene Wohnung ja nein

wenn nein, wo: _____

Arbeit ja nein

wenn ja, als _____

Straffällig geworden im Zusammenhang mit der Suchterkrankung ja nein

Geburtsland: _____

Schulbildung: _____

Beruf: _____

Haftjahre: _____

Bestehen Schulden und wenn ja, in welcher Höhe? _____
(Eurobetrag)

Dosierung

Erstdosis

- DL-Methadon _____ mg
- L-Polamidon _____ mg
- Buprenorphin _____ mg
- Suboxone _____ mg
- Ret. Morphin _____ mg
- Codein _____ mg

Dosierung zurzeit

- DL-Methadon _____ mg
- L-Polamidon _____ mg
- Buprenorphin _____ mg
- Suboxone _____ mg
- Ret. Morphin _____ mg
- Codein _____ mg

Kommentar (zu Dosisverlauf bzw. evtl. Substitutswechsel)

Vergabe des Substitutionsmittels

in der Praxis in der Apotheke

Wie gestalten Sie die Wochenendvergabe? _____

Wie gestalten Sie die Urlaubsvertretung? _____

„Take-Home-Verordnung“

Take-Home Regelung erstmalig: _____
MM JJ

Take-Home aktuell: ja nein mit Unterbrechung

Begründung Unterbrechung: _____

Derzeitige Anzahl der „Take-Home“ Tage pro Rezept: _____

Erfolgt bei „Take-Home“ > 6 Tage einmal wöchentlich ein Sichtbezug? ja nein

Verlauf der „Take-Home-Verordnung“:

„Take-Home“ mehr als 7 Tage ja regelmäßig bei Bedarf nein

wenn ja/regelmäßig/bei Bedarf, mit welcher Begründung:

Durchführung Urin- und Alkoholkontrollen

Wie führen Sie die Kontrollen durch?

Welche Vorkehrungen treffen Sie gegen Manipulationen?

Welche Testmethoden verwenden Sie (z. B. Testträger, Immunoassay, Alkomat, Marker)?

Bitte Dokumentation, Laborbefunde, Alkoholtest, Medikamenten- und Drogenscreening der vergangenen 12 Monate beifügen.

Besteht Ihrer Meinung nach problematischer Beikonsum, der die Substitution gefährdet?

- nein
 ja, mit folgenden Konsequenzen:

Einschätzung des Behandlungsverlaufs in den vergangenen 12 Monaten

Die Qualitätssicherungs-Kommission bittet um Mitteilung Ihrer Einschätzung des Behandlungsverlaufs unter Berücksichtigung der Kriterien: Soziale Integration, Partnerschaft/Familie, Wohnsituation, Arbeit, Gesundheitsstatus, Suchtverhalten und psychische Stabilität:

Falls Platz nicht ausreichend, bitte zusätzlich Rückseite oder Beiblatt verwenden.

Leben im Haushalt Kinder? ja nein

Wenn ja, bitte Stellungnahme zur Einschätzung des Kindeswohls:

Psychosoziale Begleitung

Eine psychosoziale Begleitung findet statt durch:

Häufigkeit und Themen sind:

Eine psychosoziale Begleitung findet nicht statt, Begründung:

Bisher erreichte Therapieziele und weitere Ziele (Perspektive)

Soziale Verbesserungen

Weitere Ziele, z. B. Wohnsituation, Zusammenarbeit mit dem Jugendamt etc.

Medizinische Verbesserungen

Weitere Ziele, z. B. Teilentzüge, Langzeittherapien etc.

Welcher Behandlungsphase würden Sie die Patienten/den Patienten aktuell zuordnen?

- Pat steht evtl. noch am Anfang der Behandlung, die ideale Dosis bzw. das ideale Substitut ist evtl. noch nicht sicher gefunden, eine psychosoziale Stabilität besteht noch nicht. Es besteht noch fast regelmäßiger zusätzlicher Konsum weiterer Substanzen.
 - Trotz erheblicher psychosozialer Anstrengungen ist noch keine Stabilität aufgrund der Schwere der Erkrankung eingetreten. Die Behandlung dient der Überlebenssicherung und als Motivationsbehandlung, weiterführende stationäre Maßnahmen z. B. Reha zu ergreifen.
 - Eine gewisse soziale Stabilität ist erreicht, es bestehen jedoch noch vereinzelt Rückfälle. Die psychische Stabilität ist noch sehr vulnerabel, es bestehen noch erhebliche Belastungsfaktoren.
 - Es besteht seit längerem ein stabiler Behandlungsverlauf ohne Rückfälle. Risiko- und Belastungsfaktoren wurden bearbeitet und reduziert. Eine abstinenten Lebensführung birgt erhebliche Rückfallgefahren und ist für den Patienten derzeit nicht vorstellbar.
 - Die Lebensbedingungen und der Suchtverlauf sind seit längerem sehr stabil. Der Patient kann sich ein abstinentes Leben vorstellen und plant mittelfristig durch Abdosieren aus der Behandlung auszusteigen.
 - Sonstige (z. B. palliative Behandlung):
-
-

Die Vorgaben zur Dokumentation anhand der BtMVV habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift des Arztes

Anlagen:

Ggf. Bescheinigung der Drogenberatungsstelle, Laborbefunde: Drogen-/Medikamentenscreening, Serologiebefunde, ETG.