

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: 01.01.2025

Behandelnder Arzt:

Arztstempel

Bei **Konsiliarverfahren** bitte angeben:

Konsiliararzt

Wann zuletzt von Konsiliararzt gesehen?

Patientencode*:								<input type="checkbox"/> unter 20
Vorname		Nachname		Geschlecht	Geburtsdatum			<input type="checkbox"/> 20 – 30
								<input type="checkbox"/> 30 – 40
								<input type="checkbox"/> 40 – 50
								<input type="checkbox"/> 50 – 60
								<input type="checkbox"/> über 60

*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

**Eine Opiatabhängigkeit wurde durch einen Eingangsurin oder Vorberichte nach
Übernahme bestätigt**

Suchtanamnese

Konsumerfahrung:

mit folgenden Substanzen: _____

opiodabhängig seit: _____

Therapieerfahrung:

Anzahl stat. Entgiftungen: _____ davon Abbrüche: _____

Anzahl Sucht Reha-Maßnahmen: _____ davon Abbrüche: _____

Substitutionsjahre insgesamt ca.: _____

Beginn der aktuellen Substitution: _____

Patient wurde aus Vorbehandlung übernommen ja nein

Substitution endete bereits am: _____

TT.MM.JJJJ

Soziale Anamnese

AKTUELL

Tragfähiges soziales Netzwerk ja nein

Partnerschaft ja nein Partner/in suchtkrank ja nein

Eigener Wohnraum ja nein

wenn nein, wo: _____

Arbeit ja nein

wenn ja, als _____

Kinder ja nein Jugendamt informiert ja nein

Leben Kinder im Haushalt ja nein Alter der Kinder _____

Wenn ja, bitte Stellungnahme zur Einschätzung des Kindeswohls:

Psychosoziale Begleitung

Eine psychosoziale Begleitung findet statt. ja nein

Eine psychosoziale Begleitung findet nicht statt. Begründung:

Medizinische Anamnese

Körperliche Vorerkrankungen:

behandelt

ja nein

ja nein

ja nein

Psychische Vorerkrankungen:

behandelt

ja nein

ja nein

ja nein

Begleitende Medikation: ja nein

Fremdverordnung beilegen soweit bekannt

Bitte legen Sie ggf. den Medikationsplan bei.

Fachärztliche Mitbehandlung:

ja nein Fachgruppe: _____

Diagnose

Name

Bitte legen Sie relevante Befunde und Berichte in Kopie bei!

Dosierung

Dosis am 1. Behandlungstag

Dosis nach Ersteinstellung

aktuelle/letzte Dosierung

<input type="checkbox"/> DL-Methadon	.....mg	<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"/> L-Polamidon	.....mg
<input type="checkbox"/> Buprenorphin	.....mg	<input type="checkbox"/> Buprenorphin	.....mg	<input type="checkbox"/> Buprenorphin	.....mg
<input type="checkbox"/> Suboxone	.....mg	<input type="checkbox"/> Suboxone	.....mg	<input type="checkbox"/> Suboxone	.....mg
<input type="checkbox"/> Ret. Morphin	.....mg	<input type="checkbox"/> Ret. Morphin	.....mg	<input type="checkbox"/> Ret. Morphin	.....mg
<input type="checkbox"/> Codein	.....mg	<input type="checkbox"/> Codein	.....mg	<input type="checkbox"/> Codein	.....mg
<input type="checkbox"/> Diamorphin	.....mg	<input type="checkbox"/> Diamorphin	.....mg	<input type="checkbox"/> Diamorphin	.....mg
		<input type="checkbox"/> Depot Bupival	.....mg	<input type="checkbox"/> Depot Bupival	.....mg

ggf. Kommentar zu Dosisverlauf bzw. evtl. Substituts Wechsel oder außergewöhnlich hohe Dosis

Einnahme des Substitutionsmittels (Sichtbezug/auch bei Take-Home-Verordnung)

in der Praxis in der Apotheke

Wie gestalten Sie die Wochenendvergabe?

- in der eigenen Praxis
- Apotheke
- Praxis/Vertretung
- Take-Home-Rezept

Wie gestalten Sie die Urlaubsvertretung?

- Praxisvertretung
- Apotheke
- _____

Take-Home aktuell: ja nein

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

Begründung für Take-Home-Verordnung:

Beikonsumfreiheit Berufstätigkeit

die Einstellung des Substitutionsmittels ist abgeschlossen

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

Welche Vorkehrungen treffen Sie gegen Manipulationen?

- DNA-Abgleich unter Sicht
 Steroidprofil Ruma-Marker

Welche Testmethoden verwenden Sie?

- Drogen- und Medikamentenscreenings im Labor (Laboranalyse)
 Schnelltests (Urinstix o. ä.)
 Speicheltests
 Kapillarblutanalyse
 ETG oder ähnliches (Alkoholkontrolle)
 Alkomat

Bitte Dokumentation, Laborbefunde, Alkoholtest, Medikamenten- und Drogenscreening der vergangen 6 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.

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?

- Patient steht noch am Anfang der Behandlung, die ideale Dosis bzw. das ideale Substitut sind 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 Überlebenseicherung und als Motivationsbehandlung sind 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:

Bitte denken Sie daran Laborbefunde: Drogen-/Medikamentenscreening, Serologiebefunde, ETG, EKG und ggf. Bescheinigung der Drogenberatungsstelle beizulegen.