# *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:

BSNR:
Name:

Bei **Konsiliarverfahren** bitte angeben:

_____
Konsiliararzt

_____
Wann zuletzt von Konsiliararzt gesehen?

| Patientencode*: | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vorname | | Nachname | | Geschlecht | Geburtsdatum | | |
| | | | | | | | |

☐ unter 20
☐ 20 – 29
☐ 30 – 39
☐ 40 – 49
☐ 50 – 60
☐ 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 Opioidabhängigkeit wurde durch einen Eingangsurin oder Vorberichte nach Übernahme bestätigt**

## Suchtanamnese

### Konsumerfahrung:

mit folgenden Substanzen: _____

opioidabhängig 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** | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ DL-Methadon | .....mg | ☐ DL-Methadon | ..... mg | ☐ DL-Methadon | .....mg |
| ☐ L-Polamidon | .....mg | ☐ L-Polamidon | ..... mg | ☐ L-Polamidon | .....mg |
| ☐ Buprenorphin | .....mg | ☐ Buprenorphin | .....mg | ☐ Buprenorphin | .....mg |
| ☐ Suboxone | .....mg | ☐ Suboxone | .....mg | ☐ Suboxone | .....mg |
| ☐ Ret. Morphin | .....mg | ☐ Ret. Morphin | .....mg | ☐ Ret. Morphin | .....mg |
| ☐ Codein | .....mg | ☐ Codein | .....mg | ☐ Codein | .....mg |
| ☐ Diamorphin | .....mg | ☐ Diamorphin | .....mg | ☐ Diamorphin | .....mg |
| | | ☐ Depot Buvidal | .....mg | ☐ Depot Buvidal | .....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 ☐ Pflegedienst/Pflegeheim

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 Überlebenssicherung 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 abstinente 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.**