

# Vorstellung des neuen Dokumentationsbogens im Rahmen der Stichprobenprüfung

---

---

*Wir können die Schwerkraft überwinden,  
aber der Papierkram erdrückt uns.*

**Wernher Freiherr von Braun**

# MVV - Richtlinien

---

## § 8 Qualitätssicherung

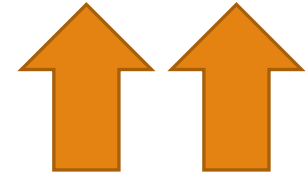
(3) Die Kommissionen nach Absatz 1 haben die Qualität der vertragsärztlichen Substitution und das Vorliegen der Voraussetzungen des § 3 durch Stichproben im Einzelfall zu überprüfen. **Pro Quartal sind mindestens 2% der abgerechneten Behandlungsfälle im Rahmen einer Zufallsauswahl zu prüfen.** Auf Beschluss der Kommission können zusätzlich einzelne Ärztinnen oder Ärzte für eine umfangreichere Prüfung ausgewählt werden...

Qualitätssicherung  
ist auch....

.....Dokumentationssicherung

# Dokumentationsanforderungen

---



**Novellierung der BtMVV , Richtlinien der BÄK , MVV- Richtlinien**



**Öffnung mit mehr Behandlungsspielraum und Therapiefreiheit**



**mehr Dokumentation erforderlich**

# Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger

---

## 7. Dokumentationsanforderungen im Rahmen einer substitutionsgestützten Behandlung

Gemäß § 5 Absatz 11 BtMVV **hat der substituierende Arzt die Erfüllung seiner Verpflichtungen** nach den Absätzen 1 bis 10 des § 5 BtMVV sowie nach § 5a Absatz 1 bis 4 und § 5b Absatz 2 und 4 BtMVV gemäß den Anforderungen der Bundesärztekammer **zu dokumentieren**. § 5 Absatz 12 Satz 3 BtMVV bestimmt, dass die Bundesärztekammer Anforderungen an die Dokumentation der Substitution nach § 5 Absatz 11 Satz 1 BtMVV in dieser Richtlinie zu bestimmen hat. Die Dokumentation ist auf Verlangen der zuständigen Landesbehörde zur Einsicht und Auswertung vorzulegen oder einzusenden (§ 5 Absatz 11 Satz 2 BtMVV).

## **Vor und bei Einleitung einer Substitutionsbehandlung und **behandlungsbegleitend** sind zu dokumentieren:**

- Opioidabhängigkeit des Patienten gemäß § 5 Absatz 1 BtMVV und Indikationsstellung,
- Vorgeschichte des Patienten hinsichtlich der Entwicklung und zeitlichen Manifestierung seiner Abhängigkeitserkrankung,
- eingehende Untersuchung des Patienten,
- gegebenenfalls Austausch mit Vorbehandlern über die Abhängigkeitserkrankung
- Begleiterkrankungen und Begleitmaßnahmen sowie das verschriebene Substitut und die Dosierung,
- gegebenenfalls erfolgte Schweigepflichtsentbindungen,
- Durchführung und Ergebnisse von Drogenscreenings,
- Abklärung komorbider psychischer und substanzbedingter Störungen inklusive Medikation,
- Abklärung begleitender somatischer Erkrankungen und relevanter Vorerkrankungen,
- Abklärung einer evtl. bestehenden Schwangerschaft,
- Abklärung der aktuellen Lebenssituation und gegebenenfalls vorliegender psychosozialer Belastungen und eines entsprechenden Betreuungsbedarfs,
- durchgeführte Empfehlung einer psychosozialen Betreuung,
- verschriebenes Substitutionsmittel gemäß § 5 Absatz 6 BtMVV sowie weiterer verschriebener Medikamente,
- eine ausnahmsweise und zu begründende Verschreibung einer Zubereitung von Codein oder Dihydrocodein gemäß § 5 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 BtMVV,
- Dosierung des verschriebenen Substitutionsmittels,
- Einnahme unter Sicht –gegebenenfalls Ausnahmen gemäß § 5 Absatz 7 Satz 2 BtMVV.
- durchgeführte Ansprache möglicher und erreichbarer Therapieziele – einschließlich der Opioidabstinenz,
- Festlegung individueller Therapieziele, Zielerreichungen und Zielanpassungen im Therapieverlauf,
- Termine und Ergebnisse der begleitenden Patientenkontakte und Kontrollen,
- Änderungen der Dosis und des Substituts.



**Hinsichtlich einer eigenverantwortlichen Einnahme des Substituts  
(Take-home Verschreibung) sind zu dokumentieren:**

- Voraussetzungen und Gründe für eine Take-home-Verschreibung (Berücksichtigung der klinischen Stabilität und Patientencompliance),
- gegebenenfalls erfolgte Absprache mit der psychosozialen Betreuungsstelle,
- in häuslicher Gemeinschaft mitlebende Kinder,
- Aufklärung über eine kindersichere Aufbewahrung,
- wiederholte Aufklärung über das Substitutionsmittel und dessen Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen psychoaktiven Substanzen,
- vom Patienten glaubhaft gemachte persönliche, berufliche oder medizinische Gründe, die eine über sieben Tage hinausgehende Take-home-Verschreibung erforderlich machen (bis zu 30 Tage),
- Begründung der vorgenommenen Rezeptfraktionierungen und Änderungen, fortlaufende Überprüfung der Voraussetzungen, Gründe und Rezeptfraktionierungen.

## **Erforderliche Dokumentationen bei **Beendigung bzw. Abbruch** einer Substitutionsbehandlung:**

- Gründe für eine Beendigung der Behandlung,
- versuchte Anpassungen des Behandlungsregimes,
- gegebenenfalls erfolgte Abklärung einer Sicherstellung der Behandlungskontinuität,
- gegebenenfalls erfolgte Weiterleitung an eine nachbetreuende Stelle.

## **Im Rahmen der **Substitution in externer Einrichtung** sind zu dokumentieren:**

- Voraussetzungen für das Überlassen eines Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch in einer externen Einrichtung, wenn dieses nicht durch den substituierenden Arzt erfolgt (insbesondere Abschluss einer Vereinbarung),
- Erfüllung der sich aus mit der Einrichtung abgeschlossenen Vereinbarung ergebenden Anforderungen (insbesondere fachliche Einweisung und durchgeführte Kontrollen).

## **Erforderliche Dokumentationen in Bezug auf eine **Konsiliar - und Vertretungsregelung:****

- Dokumentation der sich aus einer konsiliarischen Substitution gemäß § 5 Absatz 4 BtMVV ergebenden besonderen Erfordernisse,
- Dokumentation der sich aus einer Vertretungsregelung gemäß § 5 Absatz 5 BtMVV ergebenden besonderen Erfordernisse (insbesondere Vertretungszeiten, Begründung für eine im Einzelfall vorgenommene Vertretung durch einen nicht suchtmmedizinisch qualifizierten Arzt, Schriftwechsel des Vertreters mit dem originär substituierenden Arzt).

## **Vor und bei Einleitung einer Substitutionsbehandlung und **behandlungsbegleitend** sind zu dokumentieren:**

- Opioidabhängigkeit des Patienten gemäß § 5 Absatz 1 BtMVV und Indikationsstellung,
- Vorgeschichte des Patienten hinsichtlich der Entwicklung und zeitlichen Manifestierung seiner Abhängigkeitserkrankung,
- eingehende Untersuchung des Patienten,
- gegebenenfalls Austausch mit Vorbehandlern über die Abhängigkeitserkrankung
- Begleiterkrankungen und Begleitmaßnahmen sowie das verschriebene Substitut und die Dosierung,
- gegebenenfalls erfolgte Schweigepflichtsentbindungen,
- Durchführung und Ergebnisse von Drogenscreenings,
- Abklärung komorbider psychischer und substanzbedingter Störungen inklusive Medikation,
- Abklärung begleitender somatischer Erkrankungen und relevanter Vorerkrankungen,
- Abklärung einer evtl. bestehenden Schwangerschaft,
- Abklärung der aktuellen Lebenssituation und gegebenenfalls vorliegender psychosozialer Belastungen und eines entsprechenden Betreuungsbedarfs,
- durchgeführte Empfehlung einer psychosozialen Betreuung,
- verschriebenes Substitutionsmittel gemäß § 5 Absatz 6 BtMVV sowie weiterer verschriebener Medikamente,
- eine ausnahmsweise und zu begründende Verschreibung einer Zubereitung von Codein oder Dihydrocodein gemäß § 5 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 BtMVV,
- Dosierung des verschriebenen Substitutionsmittels,
- Einnahme unter Sicht –gegebenenfalls Ausnahmen gemäß § 5 Absatz 7 Satz 2 BtMVV.
- durchgeführte Ansprache möglicher und erreichbarer Therapieziele – einschließlich der Opioidabstinenz,
- Festlegung individueller Therapieziele, Zielerreichungen und Zielanpassungen im Therapieverlauf,
- Termine und Ergebnisse der begleitenden Patientenkontakte und Kontrollen,
- Änderungen der Dosis und des Substituts.

## **Vor und bei Einleitung** einer Substitutionsbehandlung und **behandlungsbegleitend** sind zu dokumentieren:

- Opioidabhängigkeit des Patienten gemäß § 5 Absatz 1 BtMVV und Indikationsstellung,
- Vorgeschichte des Patienten hinsichtlich der Entwicklung und zeitlichen Manifestierung seiner Abhängigkeitserkrankung,
- eingehende Untersuchung des Patienten,
- gegebenenfalls Austausch mit Vorbehandlern über die Abhängigkeitserkrankung
- Begleiterkrankungen und Begleitmaßnahmen sowie das verschriebene Substitut und die Dosierung,
- gegebenenfalls erfolgte Schweigepflichtsentbindungen,
- Durchführung und Ergebnisse von Drogenscreenings,
- Abklärung komorbider psychischer und substanzbedingter Störungen inklusive Medikation,
- Abklärung begleitender somatischer Erkrankungen und relevanter Vorerkrankungen,
- Abklärung einer evtl. bestehenden Schwangerschaft,
- Abklärung der aktuellen Lebenssituation und gegebenenfalls vorliegender psychosozialer Belastungen und eines entsprechenden Betreuungsbedarfs,
- durchgeführte Empfehlung einer psychosozialen Betreuung,
- verschriebenes Substitutionsmittel gemäß § 5 Absatz 6 BtMVV sowie weiterer verschriebener Medikamente,
- eine ausnahmsweise und zu begründende Verschreibung einer Zubereitung von Codein oder Dihydrocodein gemäß § 5 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 BtMVV,
- Dosierung des verschriebenen Substitutionsmittels,
- Einnahme unter Sicht –gegebenenfalls Ausnahmen gemäß § 5 Absatz 7 Satz 2 BtMVV.
- durchgeführte Ansprache möglicher und erreichbarer Therapieziele – einschließlich der Opioidabstinenz,
- Festlegung individueller Therapieziele, Zielerreichungen und Zielanpassungen im Therapieverlauf,
- Termine und Ergebnisse der begleitenden Patientenkontakte und Kontrollen
- Änderungen der Dosis und des Substituts.

Dokumentationsbogen der Qualitätssicherung

=

fundierte Basisdokumentation der  
Substitutionsbehandlung nach Richtlinien

Postadresse:  
KV Nordrhein  
40182 Düsseldorf  
Tel. 0211-5970 -

Christine Fischer 8069  
Jessica Lungen 8478  
Dr. Jennifer Pflingsten 8473

### Deckblatt

für die Patientendokumentation nach der Richtlinie zur substitions-gestützten  
Behandlung Opioidabhängiger

Name behandelnde Ärztin/  
behandelnder Arzt:

Patientencode \*):

Vorn.		Nachn.		G.	Geb.-Zeit		

Datum der Aufnahme in die Substitution:

Konsiliaris?

ja  nein

Bitte beachten Sie zusätzlich BtMG, BtMVV und die Richtlinien der Bundesärztekammer

Wie viele Patienten substituieren Sie aktuell?  
(unabhängig vom Kostenträger)

(Datum/ Unterschrift)

Arztstempel

\*) Der Patientencode setzt sich wie folgt zusammen:  
1. und 2. Stelle: erster und zweiter Buchstabe des ersten Vornamens  
3. und 4. Stelle: erster und zweiter Buchstabe des Familiennamens  
Titel wie "Dr." und Namenszusätze wie "von", "de", "van de" etc. sind nicht einzusetzen (Bsp.: Dr. von Schwinstein)  
5. Stelle: Geschlecht ("F" für weiblich, "M" für männlich)  
6. bis 8. Stelle: jeweils letzte Ziffer von Geburtstag, -monat und -jahr (Bsp. 16.07.1968)  
Bitte für Patientencode Großbuchstaben verwenden (Ausnahme "ß") und Umlaute Ä, Ö, Ü ebenso eintragen

Patientencode:

--	--	--	--	--	--	--	--

# 1. Sozialanamnese und aktuelle Lebenssituation

Zutreffendes bitte ankreuzen!

fam. Anamnese	Schule/Ausbildung	soziale Situation		
<input type="checkbox"/> Aufgewachsen in Familie	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet
<input type="checkbox"/> Heim	<input type="checkbox"/> auffällig (Konzentrationsstörung/Hyperaktivität/o.ä.)	<input type="checkbox"/> Partnerschaft		<input type="checkbox"/> Kinder, wenn ja Anzahl ____
<input type="checkbox"/> Adoptiveltern	<input type="checkbox"/> Schulprobleme	wohnt: <input type="checkbox"/> mit Partner/in <input type="checkbox"/> mit Kind/ern <input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> ofW <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> eigene Wohnung Sonstige Angaben zur Wohnsituation:		
<input type="checkbox"/> Pflege	<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/> Zusammenarbeit mit Jugendamt		
<input type="checkbox"/> Eltern leben zusammen	<input type="checkbox"/> Mittlere Reife	Schulden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Schuldenhöhe: _____		
<input type="checkbox"/> Eltern getrennt	<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife/Abitur	<input type="checkbox"/> Berufstätigkeit, welche _____ <input type="checkbox"/> Maßnahme vom Jobcenter <input type="checkbox"/> nicht berufstätig seit _____ <input type="checkbox"/> Hartz-IV-Empfänger		
<input type="checkbox"/> Geschwister Anzahl: ____	<input type="checkbox"/> Schule abgebrochen Sonstige Angaben zur schulischen Laufbahn:	<input type="checkbox"/> Erfüllung gerichtlicher Auflagen <input type="checkbox"/> offene Strafverfahren <input type="checkbox"/> Haftstrafen, wenn ja wie lange ____ <input type="checkbox"/> Zusammenarbeit mit Bewährungshelfer <input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung		
<input type="checkbox"/> Suchterkrankungen in der Familie Wenn ja, welche	<input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung Ausbildungsberuf: _____ <input type="checkbox"/> Ausbildung abgebrochen	Sonstige Angaben:		
Besteht aktuell Kontakt zu Eltern und Familie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonstige Angaben:			
Sonstige Angaben:				







### 3. Medizinische Anamnese:

Psychiatrische Begleiterkrankungen:
somatische Begleiterkrankung: (z. Bsp. kardiopulmonal, hepatologisch, infektiöse)
ärztliche Mitbehandlung:
Sonstige Angaben:

### 4. Aufnahmebefunde

Zutreffendes bitte eintragen! (keine Anlagen)

Angabe von pathologischen Befunden; nach eingehender körperlicher Eingangsuntersuchung:

Schwangerschaftstest: pos.:  neg.:

		HIV	TPHA	Hepatitis	Hepatitis	falls Antikörper pos.	Leberwerte bei Aufnahme (quantitativ)
--	--	-----	------	-----------	-----------	--------------------------	--



## 6. Drogenscreening zu Beginn der Substitutionsbehandlung

Zutreffendes bitte eintragen! (keine Anlagen)

pos.: (+) neg.: (-) nicht durchgeführt: (O)	Datum	Opiode	Benzo- diazepine	Alkohol	Kokain	THC	Amphetamine/ Sonstige

Erläuterung bei Opioiden negativ und/oder Methadon/Buprenorphin positiv:

## 7. Drogenscreenings im Prüfquartal

Zutreffendes bitte eintragen! (keine Anlagen)

pos.: (+) neg.: (-) nicht durchgeführt: (O)	Datum	Methadon	Bupren- orphin/ Ret. Morphin	Opio- ide	Benzodia- -zepine	Alkohol	Kokain	THC	Ampheta- mine/ Sonstige

bei Belgebrauch Thematisierung erforderlich:





## 9. Therapieziele

(Angabe erforderlich)

Zielsetzung und erreichte Ziele (Perspektive)

## 10. Einschätzung des bisherigen Verlaufs und Prognose

(Angabe erforderlich)

## 11. Nachweis der psychosozialen Betreuung (PSB)

Nachweis liegt vor

 ja nein

Thematisierung erforderlich, falls keine PSB stattfindet:

## 12. Substitutionstherapie im Rahmen der Konsiliarregelung

Datum der **letzten vier Quartale**, an denen eine Vorstellung des Patienten beim Konsiliaris erfolgte!

Quartal	Vorstellung am (Angabe des Untersuchungsdatums)

Ergaben sich aufgrund der Vorstellung(en) beim Konsiliaris Änderungen in der Therapie? Wenn ja, bitte erläutern:

Patientencode:

--	--	--	--	--	--	--	--

---

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !