Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

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

Jessica Lüngen **8478**

Prüfquartal: _____

Patientendokumentation
im Rahmen der Stichprobenprüfung nach der Richtlinie zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger

Name behandelnde Ärztin/
behandelnder Arzt: _____

Patientencode *):

Vorn.		Nachn.		G.	Geb-Ziff.			

Alter der Patientin/des Patienten: _____

Datum der Aufnahme in die Substitution: _____
(TT.MM.JJJJ)

Konsiliarius? ☐ 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 **Sc**hwanstein)
5. Stelle: Geschlecht ("F" für weiblich, "M" für männlich)
6. bis 8. Stelle: jeweils letzte Ziffer von Geburtstag, -monat und -jahr (Bsp. 1**6**.0**7**.196**8**).
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
☐ Aufgewachsen in Familie	☐ unauffällig	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet/ geschieden
☐ Heim	☐ auffällig (Konzentrationsstörung/Hyperaktivität/o.ä.)	☐ Partnerschaft ☐ Kinder, wenn ja Anzahl ____ Alter:_____
☐ Adoptiveltern	☐ Schulprobleme	☐ Zusammenarbeit mit Jugendamt
☐ Pflege ☐ Eltern leben zusammen ☐ Eltern getrennt ☐ Geschwister Anzahl: ____	☐ Hauptschulabschluss ☐ Mittlere Reife ☐ Fachhochschulreife/Abitur ☐ Schule abgebrochen Sonstige Angaben zur schulischen Laufbahn:	wohnt: ☐ mit Partner/in ☐ alleine ☐ ofW ☐ eigene Wohnung ☐ betreutes Wohnen Sonstige Angaben zur Wohnsituation:
		Schulden ☐ nein ☐ ja Schuldenhöhe: _____
☐ Suchterkrankungen in der Familie Wenn ja, welche	☐ abgeschlossene Berufsausbildung Ausbildungsberuf:_____ ☐ Ausbildung abgebrochen	☐ Berufstätigkeit, welche _____ ☐ Maßnahme vom Jobcenter ☐ nicht berufstätig seit _____ ☐ Hartz-IV-Empfänger
Besteht aktuell Kontakt zu Eltern und Familie: ☐ ja ☐ nein	Sonstige Angaben:	☐ Erfüllung gerichtlicher Auflagen ☐ offene Strafverfahren ☐ Haftstrafen, wenn ja wie lange ____ ☐ Zusammenarbeit mit Bewährungshelfer ☐ Gesetzliche Betreuung
Sonstige Angaben:		Sonstige Angaben:

2. Suchtanamnese

Zutreffendes bitte eintragen! **(keine Anlagen)**

	Heroin/ Opioide	Benzo-diazepine	Alkohol	Kokain	THC	Sonstiges: (Amphetamine,Ecstasy,Crack, CrystalMeth, Pregabalin)
Erstkonsum (z. B. mit 17 Jahren)						
Abhängiger Konsum (z. B. seit dem 18. Lebensjahr)						
Konsum im letzten Jahr vor Aufnahme (z. B. tgl. 10 mg oder 3 x pro Woche 1 g)						

medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (Entwöhnung):
Frühere Substitutionen:

Patientencode:

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.: ☐

pos.: (+) **neg.: (-)** **nicht durchgeführt: (O)**	**Datum** (TT.MM.JJ)	**HIV-Test**	**TPHA-Test**	**Hepatitis B-Serologie**	**Hepatitis C-Antikörper**	falls Antikörper pos. **Angabe des PCR-Wert**
bei Aufnahme						
aktuellste Werte						
Leberwerte bei Aufnahme (quantitativ angeben!)						
sonstige pathologische Laborwerte und <u>Erläuterung bei erhöhten Leberwerten</u>:						

5. Sorgfältige Abwägung zwischen drogenfreier Therapie und Substitution

Grundvoraussetzung ist die Opioidabhängigkeit! (nach ICD-10-GM)

Für eine abstinenzorientierte Therapie spricht z. B. gleichzeitige Alkoholabhängigkeit, nachhaltiger Beigebrauch in vorherigen Substitutionsbehandlungen, kurzer Suchtzeitraum, hohe Abstinenzmotivation	
Für eine Substitutionstherapie spricht z. B. Schwangerschaft, Behandlung nach Wahl, bisherige Abstinenzversuche gescheitert, schwere, somatische Erkrankung, Psychose, Persönlichkeitsstörung, Herstellen von Behandlungsfähigkeit, Besserung des Gesundheitszustandes	
<u>Erforderlich:</u> Begründung bei Substitution von Patienten, die jünger als 18 Jahre sind und/oder bei denen eine kurze Abhängigkeit (< 1 Jahr) vorliegt z.B. Überbrückung bis zur Abstinenztherapie, gescheiterte Entgiftung, massiver Konsum **Psychosoziale Betreuung erforderlich!**	
Begründung bei Substitution von opioidabhängigen Patienten, die aktuell nicht konsumieren	

Patientencode:

6. Drogenscreening zu Beginn der Substitutionsbehandlung

Zutreffendes bitte eintragen! **(keine Anlagen)**

pos.: (+) neg.: (-) nicht durchgeführt: (O)	Datum (TT.MM.JJ)	Methadon	Buprenor-phin	Opioide	Benzo-dia-zepine	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 (TT.MM.JJ)	Methadon	Bupren-orphin/ Ret. Morphin	Opio-ide	Benzodia -zepine	Alkohol	Kokain	THC	Ampheta-mine/ Sonstige

bei Beigebrauch Thematisierung erforderlich:

8. Substitutionsmittel und Tagesdosis im Prüfquartal

aktuelles Substitutionsmittel:	Tagesdosis in mg:

take home ☐ **ja** ☐ **nein** **Anzahl der take home Tage pro Woche** ☐

take home über 6 Tage Begründung erforderlich:

Patientencode: ☐☐☐☐☐☐☐☐

9. Therapieziele

Therapieziele (bitte ankreuzen)	bei Aufnahme	derzeitige Ziele	künftige Ziele
Sicherstellung des Überlebens	☐	☐	☐
Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes	☐	☐	☐
Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen	☐	☐	☐
Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden	☐	☐	☐
Reduktion des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opioide	☐	☐	☐
Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel	☐	☐	☐
Stationäre Teilentgiftung	☐	☐	☐
Abstinenz von unerlaubt erworbener oder erlangter Opioide	☐	☐	☐
Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	☐	☐	☐
Wohnungssuche	☐	☐	☐
Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben	☐	☐	☐
Opioidabstinenz thematisiert und dokumentiert	☐	☐	☐
Verringerung der Risiken für Mutter und Kind, während und nach der Schwangerschaft	☐	☐	☐
medizinische Rehabilitationsmaßnahmen	☐	☐	☐
Zusammenarbeit mit dem Jugendamt	☐	☐	☐
Reduktion der Straffälligkeit/ Erfüllung gerichtlicher Auflagen	☐	☐	☐
Sonstige Ziele:			

10. Einschätzung des bisherigen Verlaufs und Prognose

(Angabe erforderlich)

Patientencode:

11. Nachweis der psychosozialen Betreuung (PSB)

(keine Anlagen)

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 Konsiliarius erfolgte!

Quartal	Vorstellung am (Angabe des Untersuchungsdatums)

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

13. Behandlungsvereinbarung wurde unterschrieben am:

Bitte geben Sie das Datum an, an dem die Behandlungsvereinbarung geschlossen wurde

(keine Anlagen)

(TT.MM.JJ)

Patientencode: