Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

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

Jessica Lüngen **8478**

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)

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

Wie viele Diamorphinpatienten substituieren Sie aktuell? ☐
(unabhängig vom Kostenträger)

Besteht die Diamorphinsubstitutionsbehandlung bereits seit zwei Jahren, ist die eingeholte ärztliche Zweitmeinung nach § 3 Abs.11 der MVV-RL beizufügen.
Zur Dokumentation der Zweitmeinung kann dieser Bogen verwendet werden.

_____
(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. Voraussetzungen für die Substitution mit Diamorphin

(nach § 3 Abs. 7 der MVV-RL und § 5a Abs. 1 BtMVV)

Substitution mit Diamorphin seit:_____

☐ **Mindestalter 23 Jahre (Geburtsdatum:_____)**

☐ **mindestens 5 Jahre bestehende Opioidabhängigkeit**

☐ **derzeit überwiegend intravenöser Konsum**

☐ **schwerwiegende somatische Störungen:**

☐ **schwerwiegende psychische Störungen:**

Nachweis über 2 erfolglos beendete Behandlungen der Opioidabhängigkeit

1) mindestens 6 monatige Substitutionsbehandlung nach § 5 BtmVV

2)

Patientencode:

2. Sozialanamnese und aktuelle Lebenssituation

Zutreffendes bitte ankreuzen!

fam. Anamnese	Schule/Ausbildung	soziale Situation
☐ Aufgewachsen in Familie	☐ unauffällig	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet
☐ Heim	☐ auffällig (Konzentrationsstörung/Hyperaktivität/o.ä.)	☐ Partnerschaft ☐ Kinder, wenn ja Anzahl ____ Alter:_____
☐ Adoptiveltern	☐ Schulprobleme	wohnt: ☐ mit Partner/in ☐ mit Kind/ern ☐ alleine ☐ ofW ☐ betreutes Wohnen ☐ eigene Wohnung Sonstige Angaben zur Wohnsituation:
☐ Pflege	☐ Hauptschulabschluss ☐ Mittlere Reife ☐ Fachhochschulreife/Abitur ☐ Schule abgebrochen Sonstige Angaben zur schulischen Laufbahn:	
☐ Eltern leben zusammen		
☐ Eltern getrennt		
☐ Geschwister Anzahl: ____		☐ Zusammenarbeit mit Jugendamt 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:

3. 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: ☐☐☐☐☐☐☐☐

4. Medizinische Anamnese:

Psychiatrische Begleiterkrankungen:
Somatische Begleiterkrankung: **(z. Bsp. kardiopulmonal, hepatologisch, infektiöse)**
Ärztliche Mitbehandlung:
Sonstige Angaben:

5. 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>:						

6. Sorgfältige Abwägung

zu drogenfreier Therapie und Substitution mit herkömmlichen Substituten

Patientencode:

7. Drogenscreening zu Beginn der Substitutionsbehandlung

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

***pos.*: (+) neg.: (-) nicht durchgeführt: (O)**	**Datum** (TT.MM.JJ)	**Methadon**	**Buprenor-phin**	**Opioide**	**Benzo-diaze pine**	**Alkohol**	**Kokain**	**THC**	**Amphetamine/ Sonstige**

Erläuterung bei Methadon/Buprenorphin positiv:

8. Drogenscreenings im Prüfquartal

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

pos.: (+) neg.: (-) nicht durchgeführt: (O)	**Datum** (TT.MM.JJ)	**Straßen-heroin**	**Methadon**	**Ret. Morphin**	**Benzodia-zepine**	**Alkohol**	**Kokain**	**THC**	**Ampheta-mine/ Sonstige**
bei Beigebrauch Thematisierung erforderlich:									

9. Aktuelle Tagesdosis

Diamorphin:

aktuelle Dosis	Take Home Begleitsubstitut
☐ morgens _____ mg	ja ☐
☐ mittags _____ mg	Anzahl Tage :
☐ abends _____ mg	nein ☐
ggf. weiteres Substitutionsmittel _____ _____mg	

Patientencode:

10. 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:			

11. Einschätzung des bisherigen Verlaufs und Prognose

(Angabe erforderlich)

Patientencode:

12. Nachweis der psychosozialen Betreuung (PSB)

Hinweis: In den ersten sechs Monaten der Behandlung mit **Diamorphin** müssen Maßnahmen der psychosozialen Betreuung stattfinden.

Nachweis liegt vor ☐ **ja** ☐ **nein**

Ausführliche Begründung, falls nach 6 Monaten keine weitere PSB stattfindet:

13. Behandlungsvereinbarung wurde unterschrieben am:

Bitte geben Sie das Datum an, an dem die Behandlungsvereinbarung geschlossen wurde
(keine Anlagen)

(TT.MM.JJJJ)

Patientencode: