

DOKUMENTATIONSBOGEN SUBSTITUTION

(gemäß § 3 Abs. 4 und § 7 Abs.1 Richtlinie
Methoden Vertragsärztlicher Versorgung, Anlage I Nr. 2)



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Name, Vorname des Patienten (in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum (TTMMJJJJ) _____

Beginn der Substitution (TTMMJJJJ) _____

Praxisstempel

1. Ausführliche Anamnese (insbesondere Suchtanamnese) mit Erhebung relevanter Vorfunde, insbesondere über bereits erfolgte Suchttherapien, sowie über parallel laufende Mitbehandlungen bei anderen Therapeuten

→ **Biographie und soziale Situation:**

Kindheit

Aufgewachsen in Familie

Heim

Adoptiveltern

Pflege

Sonstige

Schule

unauffällig

auffällig wg. Konzentrationsstörung

Hyperaktivität

Schulprobleme

Welche ?

Hauptschulabschluss

Mittlere Reife

Fachhochschulreife/ Abitur

Soziale Situation

Ledig

verheiratet

verwitwet

Partnerschaft

Sonstige

Kinder JA Nein

falls ja: Anzahl

Wohnt alleine

wohnt mit Partner/in

Sonstige

Beziehung zu Eltern ist:

gut sehr gut

schlecht

abgebrochen

Sonstige

Schulden JA Nein falls ja: ca. Euro

Berufstätigkeit, welche

nicht berufstätig seit

Hartz-IV-Empfänger

Justiz ?

→ **Familiäre Situation (Ursprungsfamilie):**

Eltern leben in gemeinsamen Haushalt

Eltern geschieden

Geschwister, Anzahl

Suchterkrankungen in der Familie

Anderweitige schwere Erkrankungen in der Familie

→ Suchtmittelanamnese (z. B. Art der Droge, Menge, Konsumverhalten, Dosierung usw.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Körperliche Untersuchung (einschl. Urinanalyse) zur Sicherung der Diagnose der manifesten Opiatabhängigkeit und zur Diagnostik des Beigegebrauchs

.....

.....

.....

.....

.....

.....

→ Laborwerte zu Beginn der Substitution:

OPIATE	BENZO	THC	COCAIN	AMPHETAMIN	BUPRENORPHIN	EDDP

3. Abklärung ggf. Vorerkrankungen, Suchtbegleit- und Suchtfolgeerkrankungen

→ Vorerkrankungen:

HIV-Status <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ		<input type="checkbox"/> Anderweitige schwere Erkrankungen	
Psychiatrische Erkrankungen <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Hyperaktivität in Kindheit	
Suizidversuch <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein falls ja, wie oft?			
Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>			
HBV-DNA <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg.		letzter negativer Test: erster positiver Test:	
HCV-RNA <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg.			
Datum	GGT	GPT	GOT

→ Begleiterkrankung / begleitende Medikation / fachärztliche Mitbehandlung:

Ja (falls ja, Begründung) Nein

.....

.....

4. Sorgfältige Abwägung, ob für den Patienten eine drogenfreie oder eine substituionsgestützte Behandlung angezeigt ist

→ Indikation zur Substitutionstherapie liegt vor (Begründung):

.....

.....

.....

→ Drogenfreie Behandlung derzeit nicht erreichbar (Begründung):

.....

.....

.....

.....

5. Ermittlung des Hilfebedarfs im Rahmen der psychosozialen Betreuung durch eine psychosoziale Drogenberatungsstelle

siehe beigefügte Erklärung zur psychosozialen Betreuung

6. Individueller Therapieplan

→Therapieziele:

<input type="checkbox"/> Einstellung der Dosis	<input type="checkbox"/> sukzessive Dosisreduzierung
<input type="checkbox"/> Stabilisierung der Beigebrauchsfreiheit	<input type="checkbox"/> Entgiftung
<input type="checkbox"/> Körperliche und psychische Stabilisierung	<input type="checkbox"/> Langsames Ausschleichen aus der Substitution
<input type="checkbox"/> Erhaltung des Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/> Vorbereitung für Langzeittherapie
<input type="checkbox"/> Wiedereingliederung ins Berufsleben	<input type="checkbox"/> Andere Ziele
<input type="checkbox"/> Ausstieg aus der Drogenszene	

→Therapieplanung:

<input type="checkbox"/> SB zur Überbrückung bis Entgiftung	<input type="checkbox"/> Regelmäßige Gespräche in der Praxis
<input type="checkbox"/> Substitution bis zu einer ausreichenden psychischen und sozialen Stabilisierung	<input type="checkbox"/> Regelmäßige Gespräche in PSB
SB-Dauer <input type="checkbox"/> 3 M <input type="checkbox"/> 6 M <input type="checkbox"/> 12 M	<input type="checkbox"/> Einleitung Schuldenberatung
<input type="checkbox"/> längerfristige Substitution	<input type="checkbox"/> Einleitung psychiatrischer Mitbehandlung
..... Begründung !	<input type="checkbox"/> Einleitung psychoth. Mitbehandlung
	<input type="checkbox"/> Andere Planung

→Auswahl und Dosierung des Substitutionsmittels einschl. Dosierungsschema:

<u>Anfangsdosierung</u>		<u>Dosierung z.Zt.</u> (ggf. zur Vorlage bei QS-Kommission zeitgerecht ergänzen)	
<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"/> Subutex	mg	<input type="checkbox"/> Subutex	mg
<input type="checkbox"/> Suboxone	mg	<input type="checkbox"/> Suboxone	mg

→ Psychosoziale Begleitung/ begleitende Gespräche):

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (falls nein, schriftliche Begründung der Drogenberatung)		
<input type="checkbox"/>	eigene Praxis	
<input type="checkbox"/>	Drogenberatungsstelle	siehe beigefügte Erklärung zur psychosozialen Betreuung
<input type="checkbox"/>	Sonstige	

**7. Verlaufs- und Ergebniskontrollen einschließlich unangekündigter Beigebrauchskontrollen
(d.h. zeitnahe Kontrolle auf Beigebrauchsfreiheit bei positivem Urinbefund)**

→ Übersicht Urinkontrollen, Leberwerte (Dokumentation von 2 Quartalen):

DATUM:					
OPIATE					
BENZO					
THC					
COCAIN					
AMPHETAMIN					
BUPRENORPHIN					
METHADON					
PROMILLEWERT					
EDDP					
GGT					
GPT					
GOT					
MCV					

DATUM:					
OPIATE					
BENZO					
THC					
COCAIN					
AMPHETAMIN					
BUPRENORPHIN					
METHADON					
PROMILLEWERT					
EDDP					
GGT					
GPT					
GOT					
MCV					

DATUM:					
OPIATE					
BENZO					
THC					
COCAIN					
AMPHETAMIN					
BUPRENORPHIN					
METHADON					
PROMILLEWERT					
EDDP					
GGT					
GPT					
GOT					
MCV					

→ Verordnung einer „take-home Dosis“ (gemäß § 5a Abs. 8 der BtmVV) seit:

Ja (falls ja, Begründung) Nein

.....

→ **Verlaufsbericht zur substitutionsgestützten Behandlung:**

Bisheriger Behandlungsverlauf

.....

.....

.....

Aktueller psychischer und physischer Zustand

.....

.....

.....

Zielsetzung / erreichte Therapieziele (Perspektive)

.....

.....

.....

Aktuelle soziale Situation (einschließlich Arbeitsplatz)

.....

.....

.....

Begründung zur Fortführung der Substitutionsbehandlung / Reaktion bei Beigebruch

.....

.....

.....

8. Abschluss einer Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten

→ Behandlungsvereinbarung vom _____ liegt vor (**bei Stichprobenprüfung mit einzureichen**).

Ort, Datum

Unterschrift