



**Dokumentation über die Einleitung und Durchführung einer
substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß § 8 Abs. 3 der
Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Anlage I Nr. 2**

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Qualitäts- und Verordnungsmanagement
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

Bearbeitet von Frau Kálmán:
Telefon: 0391 627 - 7435
E-Mail: Aniko.Kalman@kvsa.de

1. ALLGEMEINE ANGABEN

Angaben zum behandelnden Arzt

**Titel, Vorname,
Nachname:**

PLZ, Ort, Straße:

LANR:

**Anzahl derzeitiger
Substitutionspatienten:**

Angaben zum Substitutionspatienten

Vorname	Nachname	Geschlecht	Geb.-Ziffern
Patientencode:			
Beispielcode für Dr. Hanna von Mühlenstein, geb. am 16.07.1968 = HAMÜF678			
Kostenträger		Alter des Patienten:	Jahre
Beginn der Substitution in Ihrer Praxis:	(tt.mm.jjjj)	Beginn der Opioidabhängigkeit:	(jjjj)
Vergabemodus:			
Sichtvergabe/Take-Home, Vergabeturnus Tage SE/TH (z.B. 1/6)			Depotgabe
Anfangsdosierung		Aktuelle Dosierung	
DL-Methadon	mg	DL-Methadon	mg
L-Polamidon	mg	L-Polamidon	mg
Buprenorphin (Subutex)	mg	Buprenorphin (Subutex)	mg
Buprenorphin/Naloxon (Suboxone)	mg	Buprenorphin/Naloxon (Suboxone)	mg
Morphin (Substitol)	mg	Morphin (Substitol)	mg
Depot-Buprenorphin s.c.	mg/ Wo	Depot-Buprenorphin s.c.	mg/ Wo
anderes Substitutions-Medikament:			mg

Patientenpseudonym:

Konsiliarische Betreuung

Unter konsiliarischer Betreuung tätig?: Ja Nein

**Wenn ja, Konsiliararzt:
Name, Vorname**

Terminangabe der letzten vier Quartale, an denen eine Vorstellung beim Konsiliarius erfolgte:

Quartal (z.B. Q1/2024)	Datum Terminangabe (tt.mm.jjj)	Quartal (z.B. Q1/2024)	Datum Terminangabe (tt.mm.jjj)
---------------------------	-----------------------------------	---------------------------	-----------------------------------

2. SUCHTANAMNESE UND ANAMNESTISCHE ERFASSUNG

Angaben zum Drogenkonsum und Vorgeschichte

Einstiegsalter: Jahre

Angaben zur Suchtanamnese:

Welche Substanzen wurden konsumiert?

Alkohol	Amphetamine	Benzodiazepine	Cannabis
Crack	Heroin/ Opiate	LSD	Methamphetamin
Pregabalin	Weitere:		

Aktualanamnese

**z.Z. konsumierte Substanzen:
(Beigebrauch)**

**Stationäre Langzeittherapien:
(Anzahl)** **Anzahl stationäre Kriseninterventionen
(Entgiftungen):**

Wohnsituation

alleinlebend	in Partnerschaft	in Familie	im Heim/ Pflegeheim
--------------	------------------	------------	------------------------

**Anzahl im Haushalt lebende Kinder?:
Bei ja, bitte Anzahl und Alter angeben:** Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft?: Ja Nein

Aktuelle Art der Beschäftigung

arbeitslos	gelegentlich	berufstätig	berentet
------------	--------------	-------------	----------

Psychosoziale Situation/ Probleme

Ist eine psychosoziale Betreuung indiziert?: Ja Nein
Bitte Begründung:

Die psychosoziale Beratung wird durchgeführt von

Beratungsstelle:

Soziale Fachkraft der Praxis:

Aktueller Gesundheitszustand

Allgemeinzustand:

Somatische Störungen:

Psychische Störungen:

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Behandlungen:

3. INDIVIDUELLER THERAPIEPLAN, VERLAUFS- UND ERGEBNISKONTROLLE

Therapieziele

Bitte kreuzen Sie die wichtigsten patientenindividuellen Aspekte in der Zielbetrachtung an.

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 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 |
| Abstinenz von unerlaubt erworbenen und erlangten Opioiden | Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität |
| Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken für Mutter und Kind während einer Schwangerschaft so-wie während u. nach der Geburt | |
| Sonstige: | |

Patientenpseudonym:

Drogenscreenings der letzten sechs Monate*

Datum (tt.mm.jjj)						
+ positiv - negativ 0 nicht durchgeführt	Ergebnis	Ergebnis	Ergebnis	Ergebnis	Ergebnis	Ergebnis
Alk. Atemtest/ Alk. Marker						
Amphetamine/ Methamphetamin						
Benzodiazepine/ Pregabalin						
Kokain/ Crack						
Methadon/EDDP						
Heroin/ Opiate						
THC						
Buprenorphin						
andere Substanzen:						

* Ein beigefügter Laborbericht ist ersatzweise möglich.

Bewertung des Therapieverlaufs

Bewertung			
a) körperlicher Zustand	unverändert	verbessert	verschlechtert
b) psychischer Zustand	unverändert	verbessert	verschlechtert
b) soziale Situation	unverändert	verbessert	verschlechtert
Dosis im Verlauf			
stabil	steigend	fallend	wechselnd
Kommentar zum Behandlungskonzept/ Prognose:			

**Die vorstehenden Angaben wurden von mir als Arzt auf Vollständigkeit und Richtigkeit geprüft.
Dieses Dokument wurde digital erstellt und ist auch ohne Unterschrift gültig.**