



**Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe**  
Abteilung Qualitätssicherung | Team 2 – Substitution  
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6 | 44141 Dortmund

Verschlüsselte Übermittlung über  
austausch.kvwl.de an **substitution@kvwl.de**  
(Bitte vergeben Sie kein Passwort!)

Prüfquartal: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

# Dokumentationsbogen

nach der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche  
Versorgung Anlage I Nr. 2“ (MVV-RL)

## Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger

### Ausfüllhilfe Seite 1

Sofern vor dem Prüfquartal eine Unterbrechung der Behandlung vorlag, dokumentieren Sie bitte den ersten Tag der Vergabe nach erneutem Beginn; gleiches gilt für das Eingangsscreening. Achten Sie darauf, alle Felder mit den vorgesehenen Zeichen zu befüllen. Sollte eine direkte Übernahme aus einer Vorsubstitution (Fortführung) erfolgt sein, ist das Eingangsscreening obsolet.

### Angaben zur substituierenden Ärztin / zum substituierenden Arzt

Titel, Vorname, Name	
PLZ, Ort, Straße	

Unter konsiliarischer Betreuung tätig?  Ja  Nein

**Wenn ja, Datum** der Vorstellung der Patientin / des Patienten beim Konsiliarius im Prüfquartal:

Name des Konsiliarius	
-----------------------	--

Wie viele Patienten\*innen werden aktuell substituiert?

	Vorname	Nachname	Geschlecht F/M	Geb.-Ziffern
Patientenpseudonym				

Beispielcode für Dr. **Hanna von Mühlenstein**, geb. am **16.07.1968** = HAMÜF678

### Indikationsstellung

Seit wann besteht die Opioidabhängigkeit?		Bitte geben Sie den ersten Tag der Vergabe nach der letzten Unterbrechung an (z. B. aufgrund stationärem Aufenthalt).
Erster Tag der Vergabe des Substituts in der Praxis		

Wurde der Patient aus einer laufenden Substitutionsbehandlung übernommen?  Ja  Nein  
(ggf. auch vom Praxisvorgänger) Sofern eine direkte Übernahme erfolgt ist, ist das Eingangsscreening obsolet.

Ergebnis des Drogenscreenings vor der ersten Vergabe des Substituts (Eingangsscreening)

**Bitte füllen Sie alle Felder der Zeile aus: + für pos. Nachweis / - für neg. Nachweis / Ø für nicht getestet!**

Datum (TT.MM.JJJJ)	Opioide/ Morph.	EDDP*	Bup.	Cocain	BZD	Amph.	THC	Sonstiges:	Alkoholtest
									%

\* primäres Stoffwechselprodukt Methadon/Levomethadon

**Ausfüllhilfe** Seite 2

Sofern eine Mitbehandlung durch andere Kollegen\*innen erfolgte, vermerken Sie bitte die Facharztbezeichnung und/oder die mitbehandelnde Einrichtung. **Auf eine Angabe von Namen verzichten Sie bitte.** Dokumentieren Sie bitte ebenfalls, welche ggf. zusätzliche Einnahme von Medikamenten/Psychopharmaka stattfand (einschließlich der Dosisangaben) und durch welche/n Fachärztin/Facharzt und wofür diese verordnet wurden.

## Suchtanamnese und anamnestische Erfassung somatischer und psychischer Begleit- und Folgeerkrankungen

Voraussetzung für die Einleitung und Fortführung einer substituionsgestützten Behandlung ist eine Opioidabhängigkeit, die Folge eines Missbrauchs von erlaubt erworbenen oder von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden ist. Eine Opioidabhängigkeit, die als unerwünschte Nebenwirkung rechtmäßig verschriebener und erworbener Opiode auftritt, ohne dass ein Missbrauch vorliegt, ist keine Indikation für eine Substitution entsprechend der o. g. Richtlinie.

Darstellung der Opioidabhängigkeit (Beginn der Abhängigkeit bis heute) einschl. Betrachtung der aktuellen Lebenssituation und psychosozialer Belastungen, Entzugs- und/oder Entwöhnungsbehandlungen

Vor- und Mitbehandlungen bei anderen Ärzten\*innen (HIV, HCV, ... **Bitte lediglich die Fachrichtung benennen!**), stationäre Aufenthalte, Komorbiditäten, ggf. psychiatrischer Befund, Verordnung weiterer Medikamente (z. B. Benzodiazepine, Z-Substanzen, psychotrope Substanzen) inkl. Dosierung und Indikation

## 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 Opiode
- Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel
- Abstinenz von unerlaubt erworbenen und erlangten Opioiden
- Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken für Mutter und Kind während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt
- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
- Sonstige:

## Psychosoziale Betreuung

Haben Sie eine PSB empfohlen/angeraten?  
(unabhängig davon, ob z.Zt. tatsächlich eine PSB erfolgt)

 Ja Nein

Begründung, warum keine PSB empfohlen wurde:

Patientenpseudonym: \_\_\_\_\_

**Ausfüllhilfe** Seite 3

Tragen Sie bitte die Anfangsdosierung in „mg/Tag“ ein. Bitte verwenden Sie die Angabe, die zu dem Beginn (erster Tag der Vergabe) auf Seite 1 passt. Die aktuelle bzw. letzte Dosierung ist auch zu dokumentieren, wenn die Patientin/der Patient sich nicht mehr in Ihrer Substitutionsbehandlung befindet.

### Auswahl und Dosierung des Substitutionsmittels

Medizinische Begründung für die Auswahl des Substituts:

Substitut	Anfangsdosierung/am 1.Tag*	aktuelle/letzte Dosierung	
Methadon	mg	mg	* Sofern vor dem Prüfquartal eine Unterbrechung der Behandlung vorlag, dokumentieren Sie bitte die Anfangsdosis nach erneutem Beginn. Bei beendeter Behandlung bitte die letzte Dosierung angeben.
Levomethadon	mg	mg	
Buprenorphin	mg	mg	
Buprenorphin/Naloxon	mg	mg	
DHC/Codein	mg	mg	
retardiertes Morphin	mg	mg	

### Vergabe

Vergabemodalität:  täglich in der Praxis  Take-Home-Verordnung für \_\_\_\_\_ Tage

Bitte begründen Sie jede Take-Home-Verordnung:

Bei einer Take-Home-Verordnung von mehr als 7 Tagen bis zu 30 Tagen bedarf es einer zusätzlichen besonderen Begründung (von der Patientin / vom Patienten glaubhaft gemachte persönliche, berufliche oder medizinische Gründe, die eine über 7 Tage hinausgehende Take-Home-Verschreibung erforderlich machen).

Aufklärung über eine kindersichere Aufbewahrung / Ausschluss Fremdgefährdung:

Ja, ist erfolgt.  Nein, war nicht erforderlich.

### Beigebrauch

Wurde ein Beigebrauch (komorbide substanzbezogene Störung) festgestellt?  Ja  Nein

Ergebnis des Drogenscreenings **aus dem angeforderten Prüfquartal** (vgl. Seite 1).

**Bitte füllen Sie alle Felder der Zeile aus: + für pos. Nachweis / - für neg. Nachweis / Ø für nicht getestet!**

Datum (TT.MM.JJJJ)	Opioide/ Morph.	EDDP*	Bup.	Cocain	BZD	Amph.	THC	Sonstiges (z. B. 6-MAM)

Liegt eine Alkoholproblematik vor?  Ja  Nein

\*primäres Stoffwechselprodukt Methadon/Levometh.

Letzter Alkoholtest: **Datum** (TT.MM.JJJJ):

**Ergebnis** (‰):

(ggf. weitere Testergebnisse separat aufführen)

Patientenpseudonym: \_\_\_\_\_

**Ausfüllhilfe** Seite 4

Bitte beziehen Sie auch die Angaben zum Beigebrauch auf das Prüfquartal. Die Angaben zum Beigebrauch müssen zu den auf Seite 3 des Bogens dokumentierten Urinscreenings passen.

Wie wurde auf festgestellten Beigebrauch reagiert? Welche Konsequenzen wurden ergriffen?

Wurden Gespräche zur Opioidabstinenz und/oder Beigebrauchsfreiheit geführt?

Bitte kurz skizzieren oder begründen.

### Bewertung des Therapieverlaufs

- |                         |                                      |                                     |  |
|-------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| a) körperlicher Zustand | <input type="checkbox"/> unverändert | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert* |
| b) psychischer Zustand  | <input type="checkbox"/> unverändert | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert* |
| c) soziale Situation    | <input type="checkbox"/> unverändert | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert* |

\* Bitte weitere Maßnahmen skizzieren

### Beendigung der Substitution

Beendet am:

- Beendigung wegen des Erreichens von Drogenfreiheit
- Beendigung aus disziplinarischen Gründen
- Abbruch durch die Patientin/den Patienten
- Antritt einer stationären Maßnahme/Reha-Maßnahme
- Tod der Patientin/des Patienten
- Andere Gründe (Bitte benennen!):

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift, Substituierende(r) Ärztin/Arzt