

Frau Milena Bode  
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherungskommission Substitution  
Vogelsgarten 6  
90402 Nürnberg



Arztstempel mit LANR

**Dokumentation der Substitutionsbehandlung zur  
Qualitätssicherung nach Kapitel 7 der Richtlinie der Bundesärztekammer zur  
Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger**

| Patientencode   |                      |                      |                      |                               |                              |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|
| (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 <u>nicht</u> einzusetzen (Bsp.: Dr. von <b>S</b> chwanstein)   |                      |                      |                      |                               |                              |                      |                      |
| 5. Stelle: Geschlecht ("F" für weiblich, "M" für männlich)  |                      |                      |                      |                               |                              |                      |                      |
| 6. bis 8. Stelle: jeweils letzte Ziffer von Geburtstag, -monat und -jahr (Bsp. 16.07.1968).   |                      |                      |                      |                               |                              |                      |                      |
| Bitte für Patientencode Großbuchstaben verwenden (Ausnahme "ß") und Umlaute <b>Ä, Ö, Ü</b> ebenso eintragen.)   |                      |                      |                      |                               |                              |                      |                      |
| Vorn.   |                      | Nachn.               |                      | G                             | Geb-Ziff.                    |                      |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/>         | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Opioidabhängig seit   |                      |                      |                      |                               |                              |                      |                      |
| Tag   |                      | Monat                |                      | Jahr                          |                              |                      |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/>         | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Datum der 1. Anwendung des Substitutionsmittels   |                      |                      |                      |                               | Art des Substitutionsmittels |                      |                      |
| (Buprenorphin, Levomethadon, Methadon, Morphin, Codein, Dihydrocodein)  |                      |                      |                      |                               |                              |                      |                      |
| Tag   |                      | Monat                |                      | Jahr                          |                              |                      |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/>         | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Beginn der Substitution in eigener Praxis   |                      |                      |                      |                               | Art des Substitutionsmittels |                      |                      |
| (Buprenorphin, Levomethadon, Methadon, Morphin, Codein, Dihydrocodein)  |                      |                      |                      |                               |                              |                      |                      |
| Tag   |                      | Monat                |                      | Jahr                          |                              |                      |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/>         | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Begründung zur aktuellen Verschreibung einer Zubereitung von Codein oder Dihydrocodein:   |                      |                      |                      |                               |                              |                      |                      |
| _____   |                      |                      |                      |                               |                              |                      |                      |
| Meldeverpflichtungen an das Substitutionsregister gemäß § 5 b Absatz 2 und 4 BtMVV finden Beachtung:  |                      |                      |                      |                               |                              |                      |                      |
| <input type="checkbox"/> Ja   |                      |                      |                      | <input type="checkbox"/> Nein |                              |                      |                      |
| Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht bei Abschluss der Behandlungsvereinbarung gegenüber der Qualitätssicherungskommission im Rahmen der Stichprobenprüfung nach § 8 Absatz 3 Satz 1 bis 3 der Anlage I Nr. 2 RiLi Methoden vertragsärztl. Versorgung ist erfolgt: |                      |                      |                      |                               |                              |                      |                      |
| <input type="checkbox"/> Ja   |                      |                      |                      | <input type="checkbox"/> Nein |                              |                      |                      |

| Ende / Abbruch der Substitution am:  |  |       |  |      |  |  |  |
|--|--|-------|--|------|--|--|--|
| Tag  |  | Monat |  | Jahr |  |  |  |
|  |  |       |  |      |  |  |  |
| Beendet wegen:<br><input type="checkbox"/> stationärem Entzug<br><input type="checkbox"/> ambulantem Entzug<br><input type="checkbox"/> Arztwechsel<br><input type="checkbox"/> Sonstige Gründe: _____ |  |       |  |      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> versuchte Anpassungen des Behandlungsregimes<br>(ggf. Einreichung mittels Beiblatt): _____  |  |       |  |      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Beiblatt beigefügt  |  |       |  |      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> ggf. Abklärung einer Sicherstellung der Behandlungskontinuität erfolgt<br>(ggf. Einreichung mittels Beiblatt)   |  |       |  |      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Beiblatt eingefügt  |  |       |  |      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> ggf. Weiterleitung an eine nachbetreuende Stelle erfolgt  |  |       |  |      |  |  |  |

| Aktuelle Lebenssituation   |  |  |                                      |  |
|--|--|--|--------------------------------------|--|
| Wohnsituation:   | <input type="checkbox"/> allein lebend | <input type="checkbox"/> in Partner-<br>schaft | <input type="checkbox"/> in Familie  | <input type="checkbox"/> im Heim /<br>Pflegeheim |
| Im Haushalt lebende Kinder:  |  |  |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> keine   |  |  |                                      |  |
| Anzahl:  | <input type="checkbox"/> 0 - 6 Jahre   | <input type="checkbox"/> 7-14 Jahre            | <input type="checkbox"/> 14-18 Jahre |  |
| Es besteht eine Schwangerschaft:   |  |  |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                  |  |  |                                      |  |
| Ausbildung/Beruf:  |  |  |                                      |  |
| Aktuelles<br>Beschäftigungs-<br>verhältnis:                                | <input type="checkbox"/> arbeitslos    | <input type="checkbox"/> gelegentlich          | <input type="checkbox"/> berufstätig | <input type="checkbox"/> berentet                |
| <input type="checkbox"/> es liegen folgende psychosoziale Belastungen vor: |  |  |                                      |  |
|  |  |  |                                      |  |
|  |  |  |                                      |  |
| Psychosoziale Betreuung empfohlen:   |  |  |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                  |  |  |                                      |  |

| Suchtanamnese  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>1. Entwicklung der Abhängigkeit:</b>  |  |  |   |
| Einstiegsalter:  |  |  |   |
| Umstände des Einstiegs:  |  |  |   |
| Welche Substanzen wurden konsumiert?:  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Cannabis  | <input type="checkbox"/> Crack                     | <input type="checkbox"/> Heroin          | <input type="checkbox"/> Marihuana      |
| <input type="checkbox"/> LSD   | <input type="checkbox"/> Speed                     | <input type="checkbox"/> Alkohol         | <input type="checkbox"/> Benzodiazepine |
| <input type="checkbox"/> Amphetamine   | <input type="checkbox"/> Weitere:                  |  |   |
| Aktuell konsumierte Substanzen:  |  |  |   |
| <b>2. Behandlungsversuche:</b>   |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Entzug - falls ja, wann:  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Entwöhnung - falls ja, wann:  |  |  |   |
| <b>3. Medizinische Befunde:</b>  |  |  |   |
| Größe:   |  | Gewicht:                                 |   |
| Begleitende somatische Erkrankungen und relevante Vorerkrankungen:   |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> keine   | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen         | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C |   |
| <input type="checkbox"/> HIV   | <input type="checkbox"/> Einstichstellen           | <input type="checkbox"/> Abszesse        |   |
| <input type="checkbox"/> Pneumonie   | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung | <input type="checkbox"/> QT-Zeit         |   |
| <input type="checkbox"/> Thrombose   | <input type="checkbox"/> Depression                | <input type="checkbox"/> ADHS            |   |
| <input type="checkbox"/> Suizidversuch, falls ja, wann:  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> andere begleitende somatische Erkrankung und relevante Vorerkrankungen:   |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> komorbide psychische und substanzbedingte Störungen:  |  |  |   |
| <b>4. Medikation neben dem Substitutionsmittel:</b>  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Ja  |  | <input type="checkbox"/> Nein            |   |
| Medikament/Dosierung:  |  |  |   |
| <b>5. Mitbehandlung somatischer Erkrankungen und relevanter Vorerkrankungen:</b>   |  |  |   |
| Bestehend: <input type="checkbox"/> Ja, Anlass:  |  | <input type="checkbox"/> Nein            |   |
| Notwendig: <input type="checkbox"/> Ja, Anlass   |  | <input type="checkbox"/> Nein            |   |
| <b>6. Mitbehandlung komorbider psychischer und substanzbedingter Störungen</b>   |  |  |   |
| Bestehend: <input type="checkbox"/> Ja, Anlass:  |  | <input type="checkbox"/> Nein            |   |
| Notwendig: <input type="checkbox"/> Ja, Anlass   |  | <input type="checkbox"/> Nein            |   |
| <b>7. Falls Austausch mit Vorbehandlern vor bzw. bei Einleitung der Substitution (unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht):</b><br><small>nur auszufüllen, wenn ein Austausch stattfand</small> |  |  |   |
| Austausch  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> zur Abhängigkeitserkrankung mit folgendem Ergebnis:   |  |  |   |
| _____  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> zu Begleiterkrankungen und Begleitmaßnahmen mit folgendem Ergebnis:   |  |  |   |
| _____  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> zum verschriebenen Substitut und dessen Dosierung mit folgendem Ergebnis:   |  |  |   |
| _____  |  |  |   |

| <b>Abklärung infektiologischer Erkrankungen bei Behandlungsbeginn</b> |   |
|---|---|
| <b>Hepatitis A</b>  |   |
| HAV IgG AK  | <input type="checkbox"/> pos (Zustand nach Hepatitis A-Infektion bzw. Zustand nach Impfung)<br><input type="checkbox"/> neg<br><input type="checkbox"/> nicht getestet    |
| <b>Hepatitis B</b>  |   |
| HBcAK   | <input type="checkbox"/> pos (Zustand nach Hepatitis B-Infektion)<br><input type="checkbox"/> neg (kein Hinweis auf Infektion)<br><input type="checkbox"/> nicht getestet |
| HBsAK   | <input type="checkbox"/> pos (Zustand nach Impfung bzw. Zustand nach Hepatitis B- Infektion)<br><input type="checkbox"/> neg<br><input type="checkbox"/> nicht getestet   |
| HBs AG  | <input type="checkbox"/> pos<br><input type="checkbox"/> neg (kein Hinweis auf Hepatitis B-Virussträger)<br><input type="checkbox"/> nicht getestet                       |
| <b>Hepatitis C</b>  |   |
| IgG AK  | <input type="checkbox"/> pos<br><input type="checkbox"/> neg (kein Hinweis auf Infektion)<br><input type="checkbox"/> nicht getestet                                      |
| PCR   | <input type="checkbox"/> pos _____ <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> nicht getestet   |
| <b>HIV</b>  |   |
| IgG AK  | <input type="checkbox"/> pos<br><input type="checkbox"/> neg (kein Hinweis auf Infektion)<br><input type="checkbox"/> nicht getestet                                      |
| <b>Sonstige auffällige Laborergebnisse:</b>                           |   |

| <b>Urinkontrollen bei Behandlungsbeginn</b>   |               |        |        |                     |                  |                   |          |      |          |
|---|---------------|--------|--------|---------------------|------------------|-------------------|----------|------|----------|
| (innerhalb des ersten halben Jahres)  |               |        |        |                     |                  |                   |          |      |          |
| (Alternativ zum Ausfüllen der unten stehenden Tabelle: Einreichung tabellarischer Kopien) |               |        |        |                     |                  |                   |          |      |          |
| für positiven Nachweis: + ; für negativen Nachweis: - ; für nicht getestet: Ø             |               |        |        |                     |                  |                   |          |      |          |
| Datum   | Metha-<br>don | Opiate | Kokain | Benzo-<br>diazepine | Amphe-<br>tamine | Bupren-<br>orphin | Cannabis | EDDP | Fentanyl |
|   |               |        |        |                     |                  |                   |          |      |          |
|   |               |        |        |                     |                  |                   |          |      |          |
|   |               |        |        |                     |                  |                   |          |      |          |
|   |               |        |        |                     |                  |                   |          |      |          |
|   |               |        |        |                     |                  |                   |          |      |          |
|   |               |        |        |                     |                  |                   |          |      |          |

| <b>Individueller Therapieplan</b>   |  |  |                                  |                                    |
|---|--|--|----------------------------------|------------------------------------|
| <b>1. Individuelle Therapieziele nach § 3 Absatz 1 der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (Mehrfachnennungen sind möglich)</b> |  |  |                                  |                                    |
| Mögliche und erreichbare Therapieziele - einschließlich der Opioidabstinenz wurden mit dem/der Patienten/Patientin besprochen                                   |  |  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Ja   |  | <input type="checkbox"/> Nein            |                                  |                                    |
| Therapieziel ist die  |  |  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Abs. 1 Spiegelstrich 1   | Sicherstellung des Überlebens  |  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Abs. 1 Spiegelstrich 2   | Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes  |  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Abs. 1 Spiegelstrich 3   | Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen   |  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Abs. 1 Spiegelstrich 4   | Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden  |  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Abs. 1 Spiegelstrich 5   | Reduktion des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opioide  |  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Abs. 1 Spiegelstrich 6   | Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel   |  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Abs. 1 Spiegelstrich 7   | Abstinenz von unerlaubt erworbenen und erlangten Opioiden  |  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Abs. 1 Spiegelstrich 8   | Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken für Mutter und Kind während einer Schwangerschaft sowie während u. nach der Geburt |  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Abs. 1 Spiegelstrich 9   | Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität   |  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Abs. 4   | Opioidabstinenz  |  |                                  |                                    |
| Zusätzliche mittelbare/psychosoziale Ziele:   |  |  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Abs. 2 Variante 1  | Reduktion der Straffälligkeit  |  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Abs. 2 Variante 2  | Teilhabe am Leben in der Gesellschaft  |  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Abs. 2 Variante 3  | Teilhabe am Arbeitsleben   |  |                                  |                                    |
| <b>2. Dosierung und Vergabemodalität des aktuellen Substitutionsmittels</b>   |  |  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Methadon   | Tagesdosis:  |  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Levomethadon   | Tagesdosis:  |  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Buprenorphin sublingual  | Tagesdosis:  |  |                                  |                                    |
| Bei folgenden Substitutionsmitteln bitte medizinisch begründen, warum dieses Substitut verwendet wurde:   |  |  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Substitol  | Tagesdosis:  |  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Dihydrocodein  | Tagesdosis:  |  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Buprenorphin Subuctan  | Tagesdosis:  |  |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> andere:  | Tagesdosis:  |  |                                  |                                    |
| Medizinische Begründung:  |  |  |                                  |                                    |
|   |  |  |                                  |                                    |
| Substanzwechsel   | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja; Begründung: |                                  |                                    |
|   |  |  |                                  |                                    |
| Dosis im Verlauf  | <input type="checkbox"/> stabil  | <input type="checkbox"/> steigend        | <input type="checkbox"/> fallend | <input type="checkbox"/> wechselnd |
|   | Kommentar/Begründung zu „stabil“, „steigend“ oder „wechselnd“:   |  |                                  |                                    |

|  |  |                               |
|--|--|-------------------------------|
| tägl. Einnahme unter Aufsicht  | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> Nein |
| Verschreibung von Codein oder Dihydrocodein -<br><b>nur auszufüllen, falls zutreffend</b>                      | <input type="checkbox"/> <u>nach</u> der Überlassung jeweils einer Dosis zum unmittelbaren Verbrauch unter Aufsicht wird die für einen Tag zusätzlich benötigte Menge des Substitutionsmittels in abgeteilten Einzeldosen ausgehändigt und insoweit die eigenverantwortliche Einnahme gestattet<br><b>(Ausnahmeregelung beschränkt auf die Verschreibung von Codein oder Dihydrocodein gemäß § 5 Absatz 7 Satz 2 BtMVV),</b><br><br><input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für eine nicht bestimmungsgemäße Einnahme des Substitutionsmittels liegen nicht vor   |                               |
| <b>Take-Home-Verschreibung:<br/>         Dosierung und Vergabemodalität des aktuellen Substitutionsmittels</b> |  |                               |
| <input type="checkbox"/> Nein  | <b>Spalte nur auszufüllen bei erfolgter Take-Home-Verschreibung:</b>   |                               |
|  | <input type="checkbox"/> Ja, Mengenangabe:   |                               |
|  | bitte begründen:<br><br><input type="checkbox"/> die Kontinuität der Substitutionsbehandlung des Patienten kann nicht anders gewährleistet werden<br>und<br><input type="checkbox"/> der Verlauf der Behandlung lässt es zu<br>und<br><input type="checkbox"/> Risiken der Selbst- oder Fremdgefährdung sind so weit wie möglich ausgeschlossen<br>und<br><input type="checkbox"/> die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs werden nicht beeinträchtigt,<br><br><input type="checkbox"/> die Überlassung des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch ist nicht mehr erforderlich<br><br><input type="checkbox"/> Weiteres: |                               |
|  | <input type="checkbox"/> der/die Patient/-in hat folgende persönliche, berufliche oder medizinische Gründe glaubhaft gemacht, die eine über 7 Tage hinausgehende Take-Home-Verschreibung erforderlich machen:  |                               |
|  | <input type="checkbox"/> die Aushändigung der Verschreibung erfolgte im Rahmen der persönlichen Konsultation   |                               |
| <input type="checkbox"/> Pro Kalenderwoche wurde nicht mehr als eine Verschreibung ausgehändigt.               |  |                               |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>wiederholte Aufklärung über das Substitutionsmittel und dessen Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen psychoaktiven Substanzen:</p> <input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, zuletzt am: _____ |
|  | <p>Aufklärung über eine kindersichere Aufbewahrung ist erfolgt</p> <input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, am: _____   |
|  | <p>ggf. erfolgte Absprache mit psychosozialer Beratungsstelle:</p> <input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, am: _____   |
|  | <p>Rezeptfraktionierung (Aufteilung in Teilmengen) vorgenommen:</p> <input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, am: _____<br>bitte begründen:<br>_____<br>_____  |
|  | <p>Rezeptfraktionierung (Aufteilung in Teilmengen) geändert: (in den letzten 12 Monaten)</p> <input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, am: _____<br>bitte begründen:<br>_____<br>_____                                 |
|  | <p>Überprüfung der Rezeptfraktionierung (Aufteilung in Teilmengen): (in den letzten 12 Monaten)</p> <input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, am: _____  |
|  | <p>Überprüfung der Voraussetzungen und Gründe für die Take-Home-Vergabe (in den letzten 12 Monaten)</p> <input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, zuletzt am: _____  |
|  | <p><b>Kindeswohlgefährdung festgestellt (ggf. mit Hilfe der Beratung des Jugendamtes, § 4 Absatz 2 KKG - pseudonymisierte Falldarstellung erforderlich):</b></p> <input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, am: _____   |
|  | <p>Erörterung der Kindeswohlgefährdung mit den Sorgeberechtigten und Hinwirken auf Inanspruchnahme von Hilfen:</p> <input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, am: _____   |





|   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reduktion des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opioide   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abstinenz von unerlaubt erworbenen und erlangten Opioiden   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken für Mutter und Kind während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schrittweise Dosisreduktion des Substitutionsmittels  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Opioidabstinenz   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Zusätzliche mittelbare/psychosoziale Ziele:</b>  |                          |                          |                          |                          |
| Reduktion der Straffälligkeit   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teilhabe am Leben in der Gesellschaft   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teilhabe am Arbeitsleben  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |                          |                          |
|   |                          |                          |                          |                          |

|  |
|--|
| <b>Substitutionsbehandlung im Konsiliarverfahren gemäß § 5 Absatz 4 BtMVV<br/>(nur auszufüllen, wenn die Substitution im Konsiliarverfahren durchgeführt wird)</b>   |
| <input type="checkbox"/> zu Behandlungsbeginn erfolgte die Abstimmung mit einem/einer suchtmmedizinisch qualifizierten Arzt/Ärztin<br><input type="checkbox"/> mindestens 1 x pro Quartal erfolgt die Vorstellung bei einem/einer suchtmmedizinisch qualifizierten Arzt/Ärztin (bitte letzten Quartalsbericht beilegen - <b>Patientenbezogene Daten bitte pseudonymisieren</b> )<br><input type="checkbox"/> gleichzeitig werden höchstens zehn Patienten mit Substitutionsmitteln behandelt |

**Vertretung im letzten Kalenderjahr § 5 Absatz 5 BtMVV**

- erfolgte durch eine(n) suchtmedizinisch qualifizierte(n) Arzt/Ärztin
- erfolgte durch eine(n) suchtmedizinisch nicht qualifizierte(n) Arzt/Ärztin
- im Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
  - Begründung zur Vertretung durch einen/eine suchtmedizinisch nicht qualifizierte(n) Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_
- vor Beginn der Vertretung erfolgte die Abstimmung zwischen Vertreter und Vertretenem

**Substitution in einer externen Einrichtung, § 5 Absatz 10 BtMVV**

*(nur auszufüllen, wenn der substituierende Arzt nicht selbst in der externen Einrichtung tätig wird)*

- eine schriftliche/elektronische Vereinbarung zur Überlassung des Substitutionsmittel gegenüber dem Patienten zum unmittelbaren Verbrauch wurde mit folgender Einrichtung geschlossen:

\_\_\_\_\_

(Name, Anschrift)

Diese schriftliche/elektronische Vereinbarung zur Überlassung des Substitutionsmittels gegenüber dem Patienten zum unmittelbaren Verbrauch beinhaltet unter anderem Folgendes:

- Festlegungen zur Umsetzung der fachlichen Einweisung des Personals, das zur Überlassung des Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch in der externen Einrichtung eingesetzt wird,
  - Benennung der für die Überlassung des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch in der externen Einrichtung verantwortlichen Person;
  - Regelungen zu den Kontrollmöglichkeiten durch den/die substituierende(n) Arzt/Ärztin
- als substituierende(r) Arzt/Ärztin habe ich sichergestellt, dass das in der externen Einrichtung hierfür eingesetzte Personal fachgerecht in die Überlassung des Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch eingewiesen ist
- als substituierende(r) Arzt/Ärztin führe ich regelmäßige Kontrollen in der externen Einrichtung durch, zuletzt am: \_\_\_\_\_, nächste Kontrolle geplant am: \_\_\_\_\_

**Kommentar:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin

\_\_\_\_\_  
Name des/der Behandelnden in Druckbuchstaben