

# Substitutionsbehandlung: Organisation, praktische Durchführung, Dokumentation

Eine Übersicht  
aus der Praxis für  
Neurologie/Psychiatrie/Suchtmedizin  
Gesundheitszentrum Silberhöhe  
Von Peter Jeschke

# Gesetzliche Grundlagen der Substitution

- ▶ Betäubungsmittelgesetz (BtMG)
- ▶ Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV)
- ▶ Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger
- ▶ SGB V - Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses

# Formulare zur An- und Abmeldung

- ▶ Formular zur Meldung gemäß § 5a Abs. 2 BtMVV (Substitutionsregister)

Die Meldung der Patienten erfolgt zum Tag der ersten Einnahme in anonymisierter Form an das BfArM. Ziel ist die Vermeidung von Mehrfachsubstitutionen. Abmeldung mit Tag der letzten Einnahme des Substituts.

- ▶ Behandlungsvereinbarung

Wird zwischen Arzt und Patient geschlossen bei Behandlungsbeginn.



An das  
Bundesinstitut für Arzneimittel  
und Medizinprodukte  
- Bundesopiumstelle / Substitutionsregister -  
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3  
53175 Bonn

Nur für Vermerke der Bundesopiumstelle

**Meldung an das Substitutionsregister**  
gemäß § 5b Absatz 2 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)

**1.a Angaben zum substituierenden Arzt**

Name des substituierenden Arztes  Titel

Vorname des substituierenden Arztes  Geburtsdatum

ggf. Name der Klinik, Einrichtung usw.

Straße und Hausnummer (der Praxis, Klinik usw.)

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

BtM-Nummer des substituierenden Arztes

**1.b ggf. Angaben zum Konsiliararzt \*)**

Name des Konsiliararztes  Titel

Vorname des Konsiliararztes  Geburtsdatum

ggf. Name der Klinik, Einrichtung usw.

Straße und Hausnummer (der Praxis, Klinik usw.)

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

BtM-Nummer des Konsiliararztes

**2. Anmeldung**

Patientencode **)				Datum 1. Anwendung Subst.mittel			Art des Substitutionsmittels ***)
Vorn.	Nachn.	G.	Geb-Ziff.	Tag	Monat	Jahr	
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Formular zur Meldung gemäß § 5a Abs. 2 BtMVV (Substitutionsregister)

**3. Abmeldung**

	Patientencode **)				Datum letzte Anwendung Subst.mittel		
	Vorn.	Nachn.	G.	Geb-Ziff.	Tag	Monat	Jahr
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

**4. Sonstige Anmerkungen des Arztes:**

Datum / Unterschrift des substituierenden Arztes / Arztstempel des substituierenden Arztes

# Dokumentationsbogen für Stichprobenprüfung Qualitätssicherungskommission Kassenärztliche Vereinigung

Prüfung: 2% der Substitutionsfälle des Abrechnungsquartals (nach ½ Jahr)

Überprüft wird Qualität der ärztlichen Tätigkeit, nicht der Patient!

Wichtig: Dokumentation bei Problemen (z.B. Beigebrauch/Kontrollen)

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

Stand: Juli 2019



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

## Teil A

Hinweis: Bitte füllen Sie Teil A einmalig aus. Teil B ist hingegen jeweils aktualisiert einzureichen.

### Personenbezogene Daten

<b>Behandelnder Arzt:</b>	_____
Name, Vorname:	_____
Anschrift:	_____
LANR:	_____
Anzahl der derzeitigen Substitutionspatienten:	_____
Ggf. Konsiliararzt: (Name, Vorname)	_____
<b>Patientenangaben:</b>	_____
Patientencode:	_____
Geburtsjahr:	_____
Opioidabhängigkeit seit:	_____
Patient seit:	_____

### II. Vorgeschichte

#### 1. Eigenanamnese:

#### 2. Sozialanamnese:

### III. Drogenanamnese

#### 1. Angaben zum Drogenkonsum

- a) Alter beim ersten regelmäßigen Konsum von Suchtstoffen: \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- b) Alter beim ersten regelmäßigen Konsum von Opioiden: \_\_\_\_\_  
Welche? \_\_\_\_\_
- c) zuletzt bevorzugte Suchtstoffe: \_\_\_\_\_
- d) Welche Suchtstoffe werden z.Z. nebeneinander benutzt? \_\_\_\_\_
- e) Letzte opioidfreie Zeit vor (in Monaten): \_\_\_\_\_
- f) Länge der letzten opioidfreien Zeit (in Monaten): \_\_\_\_\_

#### 2. Angaben zu Entwöhnungsbehandlungen

- a) Anzahl der Entwöhnungsbehandlungen: \_\_\_\_\_

TEIL A

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

## Teil B

Hinweis: Bitte füllen Sie Teil B jeweils aktuell bezogen auf das im Anschreiben aufgeführte Prüfquartal aus.

### IV. Medizinischer Befund

#### 1. Aktualanamnese (sozial, psychisch, physisch):

#### 2. Sonstige regelmäßige Medikamenteneinnahmen:

- Ja, welche? \_\_\_\_\_  
 nein \_\_\_\_\_

#### 3. Mitbehandlung bei anderen Therapeuten:

#### 4. ggf. vorliegende Suchtbegleit- und/oder Suchtfolgeerkrankungen:

### V. Individueller Therapieplan, Verlaufs- und Ergebniskontrolle

#### 1. Festlegung des Therapieziels

##### a) zeitlich:

##### b) qualitativ:

#### 2. Substitutionsmittel

- a) Wirkstoff und Präparat: \_\_\_\_\_  
b) Dosierung (inkl. Verlauf/ Prognose): \_\_\_\_\_

#### 3. Vergabe

- Sichtvergabe  
 Take-home-Vergabe

#### 4. Drogenscreening

Art des Testverfahrens \_\_\_\_\_  
Häufigkeit in den letzten 6 Monaten \_\_\_\_\_

#### 5. Beigebrauch anderer Suchtstoffe (bitte Laborbefunde des Prüfquartals beifügen)

- ja  nein  
wenn ja, Angabe der Suchtstoffe: \_\_\_\_\_

#### 6. ggf. Psychosoziale Betreuung

- a) psychosoziale Betreuung:  
erfolgt derzeit  ja  nein, Begründung:  
erforderlich  ja  nein
- b) psychiatrische oder psychotherapeutische Maßnahmen  
empfohlen  ja  nein  
erfolgt derzeit  ja  nein

#### 7. Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten

liegt vor:  ja  nein

### VI. Prognose

#### 1. Einschätzung der Entwicklung des Patienten (sozial, psychisch, physisch)

#### 2. Behandlungsplan (ggf. Anpassungen aufzeigen)

(Stempel des Arztes)

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

# TEIL B

# Praxisinterne Formulare

- ▶ Vereinbarung zum unmittelbaren Überlassen von Substitutionsmitteln in der Apotheke gemäß § 5 Abs. 6 und 7 BtMVV (inkl. Schweigepflichtentbindung)
- ▶ Anamnesebogen Angaben
- ▶ Körperlicher Allgemeinzustand
- ▶ Impfdokumentation
- ▶ Behandlungsvereinbarung
- ▶ Drogenanamnese bei Schwangerschaft
- ▶ Hausordnung und Informationsblatt zur Vergabe
- ▶ Vereinbarung bei Substitutvergabe durch Pflegepersonal oder berechtigte Vergabestellen / Belehrung

# Formulare zur täglichen Dokumentation

- ▶ Therapieplan mit Ärztlichen Anordnungen und Medikamentenplan
- ▶ Unterschriftenprotokoll für die Substitut-Einnahme und TH-Rezept-Erhalt
- ▶ Drogenscreening-Protokoll (UK, Sp, KV, KP, UL, e.A.)
- ▶ Protokoll für Alkohol-Atem-Test





# Formulare zur Psychosozialen Betreuung

- ▶ Bestätigung der psychosozialen Beratungsstelle gemäß der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Anlage I Nr. 2 substitionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, § 7 Abs. 1 über die Aufnahme, Fortführung oder nicht erforderliche psychosoziale Betreuung
- ▶ Psychosoziale Begleitung im Rahmen des umfassenden Therapiekonzeptes (Verlaufsbericht)

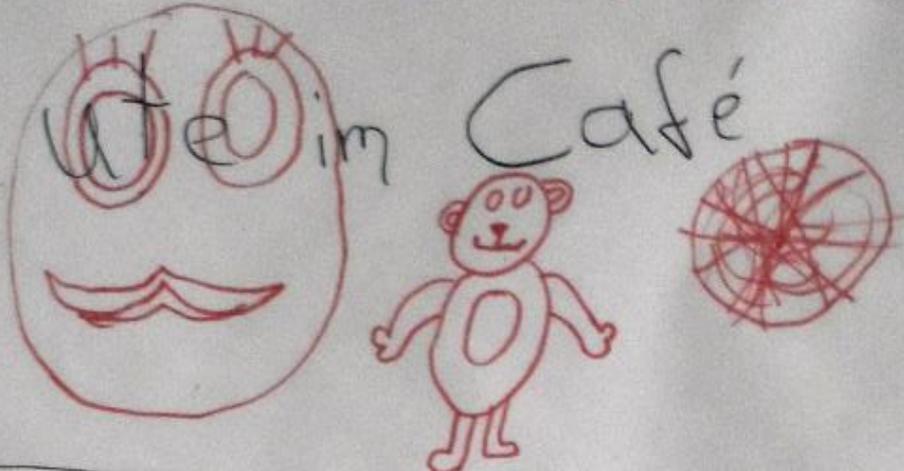
# Formulare für den Auslandsaufenthalt

- ▶ Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung, Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens
- ▶ Bescheinigung für Reisende, die mit Betäubungsmitteln behandelt werden und mit diesen verreisen

Patienten können innerhalb von 12 Monaten für 30 Tage ins Ausland verreisen. Dies muss von der zuständigen Behörde (in Sachsen-Anhalt das Landesverwaltungsamt) genehmigt werden.



Heute im Café



Grillen auf  
der Wiese !!!

LEONIE BARTOS

Ausweisfotos können auch  
wieder gemacht werden!

Woklet  
Hauptapp

SSK  
Ball

