**Stichprobenprüfung**

**Qualitätssicherungskommission Substitution PIA**

|  |
| --- |
| **Für die Substitution verantwortliche/r Arzt/-in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Fachliche Befähigung nach BtMVV nachgewiesen**  **ja (Nachweis beifügen)**  **nein**  **An der Substitution beteiligte Ärzte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Meldung gem. Anlage I Nr. 2 § 5 und § 7**  **ja (Nachweis beifügen)**  **nein**  **Abs. 1 der Richtlinie des G-BA[[1]](#footnote-1) zu**  **Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**  **der vertragsärztlichen Versorgung**  **an BfArM[[2]](#footnote-2) und Krankenkassen** |

|  |
| --- |
| Bitte **Initialen** der Patientin / des Patienten angeben  Nachname: Vorname: Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    weiblich männlich divers  **Beginn der Substitution in PIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Substitutionsmittel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Begleit- und Folgeerkrankungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Begleitmedikation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **PSB [[3]](#footnote-3)**  **ja**  **nein**  **Arbeit / Beruf**  **ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **nein**  **Urinkontrollen negativ**  **ja**  **nein** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Therapiekonzept/**  **Dokumentation** | | | **Bemerkung** | **Bewertung** |
| **Angaben auf dem Deckblatt vollständig**  Arztstempel  Patientenangaben  Opiatabhängigkeit  Substitutionsge-  stützte Behandlung    Leserliches Schriftbild | **Angaben vorhanden** | **Fehlt/ un-**  **vollständig** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ **vollständig**  **erfüllt**  5 Punkte  □ **teilweise erfüllt**  (je Item 1 Punkt)    = \_\_\_\_\_\_\_Punkte |
| 1. **Soziodemographie Angaben**   Familienstand  Partnerbeziehung  Lebenssituation  Kinder im eigenen Haushalt    Staatsangehörigkeit / Migration  Höchster bisher erreichter Allgemeinbildender Schulabschluss  Höchster Ausbildungsabschluss  Wohnverhältnis  Erwerbssituation  Lebensunterhalt  Rechtliche Situation | **Angaben vorhanden** | **Fehlt/ un-**  **vollständig** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ **vollständig**  **erfüllt**  11 Punkte  □ **teilweise erfüllt**  (je Item 1 Punkte)    = \_\_\_\_\_\_\_Punkte |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Therapiekonzept/**  **Dokumentation** | | | **Bemerkung** | **Bewertung** |
| 1. **(Sucht-) Anamnese**   Entwicklung der Opiatabhängigkeit  Substanzgebrauch  Behandlungsversuche | **Angaben vorhanden** | **Fehlt/ un-**  **vollständig** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ **vollständig**  **erfüllt**  15 Punkte  □ **teilweise erfüllt**  (je Item 5 Punkte)    = \_\_\_\_\_\_\_Punkte |
| 1. **Medizinische Befunde**   Körperstatus  Psychosoziale Beratung  (Bescheinigung / Begründung liegt bei)  Begleit- und  Folgeerkrankungen  Laborergebnisse zu Beginn der Substitution  Urinkontrollen innerhalb des ersten halben Jahres | **Angaben vorhanden** | **Fehlt/ un-**  **vollständig** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ **vollständig**  **erfüllt**  25 Punkte  □ **teilweise erfüllt**  (je Item 5 Punkte)    = \_\_\_\_\_\_\_Punkte |
| 1. **Individueller Therapieplan**   Einschätzung der Therapieziele in Behandlungsverlauf  Dosierung des Substitutionsmittels  Substanzwechsel /  Dosis im Verlauf  Vergabemodalität des aktuellen Substitutionsmittels  Unangekündigte Verlaufs- und Ergebniskontrollen  des Urins | **Angaben vorhanden** | **Fehlt/ un-**  **vollständig** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ **vollständig**  **erfüllt**  25 Punkte  □ **teilweise erfüllt**  (je Item 5 Punkte)    = \_\_\_\_\_\_\_Punkte |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SUMME Punkte /**  **Bewertung mit Stufe** | **Erreichte Punkte GESAMT**  **von max. 81 Punkten** | **Ergibt Bewertung der**  **Dokumentation mit** |
| 81-72 Stufe I keine Mängel  71-60 Stufe II geringe ″  59-50 Stufe III erhebliche ″  < 50 Stufe IV schwerwiegende ″ | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Punkte** | **Stufe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  □ **Herabstufung auf Stufe III / IV**  durch Erfüllung punktzahl-  mindernder Beanstandungen,  siehe unten |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Punktzahlmindernde Beanstandungen** | **Bewertung gesamte Dokumentation mit** | **Evtl. Begründung/ Anmerkung** |
| □ **Fehlen von Angaben zu**  **Begründung und**  **Konsequenzen bei**  **andauerndem Beigebrauch**  **suchtspezifischer**  **Substanzen** einschließlich  Alkohol, Cannabis, Benzo-  diazepine und Schmerzmittel  (z.B. Fentanyl)  **oder**  □ **Fehlen der Begründung für**  **die Take-Home-Vergabe trotz**  **Beigebrauch** | **Stufe IV** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ **Fehlen der psychosozialen**  **Betreuung ohne Angabe von**  **nachvollziehbaren Gründen** | **Stufe III**  (bei < 50 Punkten bleibt es bei  Stufe IV!) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Empfehlungen** | |
| □ | Es sind **Urinkontrollen** mindestens 3 x im Quartal erforderlich, ggf. auch häufiger. |
| □ | Bitte überprüfen Sie die **Urinkontrollen** auf alle Substanzen. |
| □ | Eine **PSB** sollte mindestens 1x im Quartal erfolgen. Sollte keine PSB erfolgen, reichen Sie bitte eine entsprechende Bescheinigung der Beratungsstelle bei der PIA-Prüfungsstelle ein, dass eine PSB nicht erforderlich ist bzw. eine ausreichende Begründung, warum eine PSB nicht möglich ist. |
| □ | Der **Abbau des Beikonsums** mit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(**Substanz** **einsetzen**)  □ wird empfohlen / □ wird dringend empfohlen. |

|  |  |
| --- | --- |
| □ | Es sind häufigere **Laborkontrollen** erforderlich.  Z.B.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ | Der **Bericht** eines vollständigen, auf den jeweiligen Patienten abstimmten **Therapieverlaufs** mit Therapiezielen ist zu erstellen |
| □ | Bitte verwenden Sie ausschließlich den vorgegebenen **Dokumentationsbogen**. |
| □ | Wir empfehlen eine **psychiatrische Mitbehandlung** der Patientin/ des Patienten.  **Grund:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ | Wir empfehlen eine **internistische Mitbehandlung** der Patientin/ des Patienten.  **Grund:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ | Es wird um ein **leserliches Schriftbild** gebeten. |

**Weitere Empfehlungen / Hinweise:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum Unterschrift Kommissionsmitglied**

1. Gemeinsamer Bundesausschuss [↑](#footnote-ref-1)
2. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [↑](#footnote-ref-2)
3. Psychosoziale Beratung [↑](#footnote-ref-3)