

Muster für eine Behandlungsvereinbarung

Folgende Vereinbarungen werden getroffen zwischen:

Patient: _____

Arzt: _____

und Berater: _____

Ab dem _____ wird mit dem Ersatzstoff _____ substituiert.

Die Substitution ist zunächst auf den Zeitraum von _____ Monaten begrenzt. Nach _____ Monaten werden am _____ in einem Teamgespräch Fortsetzung und Art und Weise der Substitution besprochen.

Das Substitutionsmittel wird täglich in den Praxisräumen unmittelbar nach Ausgabe unter Aufsicht eingenommen. Die Mitgabe von Substitutionsmitteln ist gesetzlich nicht erlaubt.

Ausgabezeiten:

Montag bis Freitag von _____ bis _____ Uhr in den Praxisräumen

Samstag / Sonntag von _____ bis _____ Uhr in: _____

Eine gleichzeitige Substitutionsbehandlung bei anderen Ärzten oder in einer Substitutionsambulanz ist gesetzlich verboten und kann gesundheitsgefährdend bzw. tödlich sein.

Bestandteile der Substitution sind Vergabe des Substitutionsmittels und psychosoziale Betreuung in Form lebenspraktischer und therapeutischer Unterstützung. Die aktive Mitarbeit des Patienten ist für eine Substitution unbedingt erforderlich.

Die psychosoziale Betreuung erfolgt durch: _____

Die Substitution erfolgt unter folgenden Bedingungen:

- 1) Es werden Ziele der Substitutionsbehandlung vereinbart. Innerhalb des obengenannten Zeitraumes soll erreicht werden, dass ...

Dazu werden folgende Schritte unternommen:

- 2) Urinkontrollen finden unangemeldet in unregelmäßigen Abständen statt. Sie sind verpflichtend und zur Weiterführung der Substitution unerlässlich.
- 3) Der Patient verpflichtet sich, auf den Beikonsum von Drogen, Medikamenten sowie auf problematischem Alkoholkonsum zu verzichten. Bei regelmäßigem und exzessivem Beigebrauch sowie unzureichender Mitarbeit bei der medizinischen und psychosozialen Betreuung wird die Substitution durch Herunterdosieren des Substitutionsmittels ausschleichend beendet.
- 4) Verstöße gegen die Hausordnung, insbesondere Gewaltanwendung, Androhung von Gewalt, Diebstahl, Drogenkonsum und Alkoholkonsum in der Einrichtung führen zum unverzüglichen Ausschluss aus der Substitution. Dies gilt auch für gezielte Handlungen gegen die Interessen von Patienten und Team. Der Patient wurde über die Hausordnung informiert. Berater und Arzt haben uneingeschränktes Hausrecht innerhalb der Praxis/ Einrichtung. Ihren Anordnungen ist unbedingt Folge zu leisten.
- 5) Frau/Herr _____ wurde von _____ über Risiken, Neben- und Wechselwirkungen des Substitutionsmittels, die Gefahren von Beigebrauch sowie alternative Behandlungsmöglichkeiten eingehend informiert.
- 6) Austausch von Patienteninformationen:

• **zwischen Arzt und der psychosozialen Betreuung:**

Aufgabe der Psychosozialen Betreuung ist es, die Erreichung der Therapieziele durch geeignete Hilfen zu befördern. Hierzu ist für eine wirkungsvolle und auf Vertrauen basierende Therapie der interdisziplinäre Austausch von Informationen zwischen dem substituierenden Arzt und den Mitarbeitern der psychosozialen Betreuung unverzichtbar.

Namen des/der behandelnden Arztes/Ärzte:

Name der betreffenden Mitarbeiter/innen der psychosozialen Betreuung:

Der Informationsaustausch bezieht sich auf folgende Inhalte:

- Patientenakte
- interkollegiale Gespräche zwischen Arzt/Therapeuten/PSB
- Information über Unregelmäßigkeiten/Auffälligkeiten/Substanzmissbrauch

• **zwischen Arzt/PSB und den in die Substitution eingebundenen Apotheken:**

Name der/des in die Substitution eingebundenen Apothekerin/Apothekers:

Das Team der an der Substitution beteiligten Ärzte/Therapeuten/PSB ist für den Zeitraum der Behandlung von der Schweigepflicht gegenüber den in die Substitution eingebundenen Apotheken befreit. Dies gilt auch für Anfragen bei anderen Ärzten hinsichtlich einer Doppelsubstitution. Alle Daten werden streng vertraulich behandelt.

• **gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung**

Der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der leistungspflichtigen Krankenkasse sind Beginn und Ende einer Substitution unverzüglich anzuzeigen. Der Arzt hat hierzu zu Beginn der Behandlung eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten einzuholen (§ 7 Abs. 2 der Anlage 1 Nr. 2 der Richtlinie). Außerdem ist der Arzt im Rahmen der Qualitätssicherung, die durch die Qualitätssicherungskommission der KVen erfolgt, zur Vorlage der patientenbezogenen Dokumentation an die Qualitätssicherungskommission verpflichtet (§ 9 Abs. 3 der Anlage 1 Nr. 2 der Richtlinie).

Hierfür ist beiliegende Einverständniserklärung zur Datenübermittlung notwendig (siehe Formular „Einverständniserklärung“).

• **Information zur Datenweitergabe an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und die Gesundheitsämter**

Nach der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung ist die Substitutionsbehandlung eines Drogensüchtigen mit einem Betäubungsmittel (z.B. Methadon) dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in Berlin in Form eines achtstelligen Patientencodes schriftlich oder kryptiert zu melden (§ 5 a Betäubungsmittelverschreibungsverordnung BtMVV). Der Nachweis und der Bestand von Betäubungsmitteln, wenn sie in der Arztpraxis vorgehalten werden, ist in einem amtlichen Formblatt zu führen. Wird einem Süchtigen ein Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch überlassen, ist der Verbleib patientenbezogen nachzuweisen. Auf Verlangen der zuständigen Landesbehörde, in Bayern den Gesundheitsämtern ist dieser die vollständige Behandlungs-Dokumentation vorzulegen.

Weiterhin hat der substituierende Vertragsarzt bei gesetzlich krankenversicherten Patienten zur Vermeidung von Mehrfachsubstitutionen dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach einem von diesem festgelegten Verfahren Meldung über Substitutionen erstatten (§ 5).

• **Information zur Datenweitergabe im Notfall**

- Der Patient ist damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der Substitutionspraxis und der PSB soweit es eine bestimmte Notsituation erfordert und es im gesundheitlichen Interesse des Behandelten liegt, Informationen auch an andere behandelnde Ärzte, ein behandelndes Krankenhaus, Apotheken oder an weitere psychosozial beratende Institutionen weiterleiten dürfen.
- Der Patient ist einverstanden, dass die Mitarbeiter einer Apotheke, soweit es eine Notfallsituation erfordert und im Interesse der Sicherheit des Behandlungsverlaufs liegt, Informationen auch an behandelnde Ärzte oder ein behandelndes Krankenhaus weiterleiten dürfen.
- Der Patient ist damit einverstanden, dass erforderliche persönliche Daten und Informationen aus der Substitutionsbehandlung in einer Akte festgehalten bzw. mittels EDV gespeichert werden.

7) Zusätzliche Vereinbarungen:

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

Unterschrift Arzt: _____

Unterschrift Berater: _____

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

bei Behandlungsbeginn und bei Abschluss der Behandlungsvereinbarung zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger

(§ 7 Abs. 2 und § 9 Abs. 3 bis 5 der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu
Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V)

Name, Vorname des Patienten _____

Geburtsdatum _____

PLZ/Wohnort/Straße _____

Krankenkasse/Kostenträger _____

Behandelnder Arzt _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Arzt/meine Ärztin

⇒ Daten bei Beginn der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger übermittelt werden. (§ 7 Abs. 2 der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V)

- Beginn und Beendigung meiner Substitutionsbehandlung gem. § 7 Abs. 2 der Anlage I Nr. 2 der o.g. Richtlinie mit meinem Namen und meiner Anschrift der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz und meiner Krankenkasse mitteilt und dass
- die Daten zum Zweck der Verhinderung von Mehrfachsubstitutionen und zur Vermeidung einer erneuten, nicht indizierten Aufnahme einer Substitutionsbehandlung nach erfolgtem Abbruch aufgrund § 8 der Anlage I Nr. 2 der o.g. Richtlinie gespeichert, genutzt und ggf. an weitere Ärzte, die eine Substitutionsbehandlung bei mir durchführen, übermittelt werden.

⇒ personenbezogene medizinische Daten in anonymisierter Form an eine Qualitätssicherungskommission in den nachfolgend genannten Fällen übermittelt werden. (§ 9 Abs. 3 bis 5 der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V)

Die Qualitätssicherungskommission wird nach § 9 Abs. 1 der Anlage I Nr. 2 der v. g. Richtlinie gebildet und ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz eingerichtet. Ziel ist die Sicherung der Qualität der substitutionsgestützten Behandlung.

Die Datenübermittlung an die Qualitätssicherungskommission erfolgt

- im Rahmen von vierteljährlichen Stichproben im Umfang von 2% der Behandlungsfälle auf Anforderung der Qualitätssicherungskommission (§ 9 Abs. 3 der Anlage I Nr. 2 der o.g. Richtlinie),
- zur Prüfung einzelner Ärzte nach Beschluss und auf Anforderung der Qualitätssicherungskommission (§ 9 Abs. 3 der Anlage I Nr. 2 der o.g. Richtlinie),
- bei allen Substitutionsbehandlungen, bei denen die Opiatabhängigkeit erst kürzer als 2 Jahre besteht bzw. der Opiatabhängige das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (§ 9 Abs. 4 der Anlage I Nr. 2 der o.g. Richtlinie),
- bei allen Substitutionsbehandlungen mit Codein oder Dihydrocodein (§ 9 Abs. 4 der Anlage I Nr. 2 der o.g. Richtlinie) und
- bei allen Substitutionsbehandlungen nach Ablauf von jeweils 5 Behandlungsjahren (§ 9 Abs. 5 der Anlage I Nr. 2 der o. g. Richtlinie).
- der Qualitätssicherungskommission nach § 9 Abs. 3 bis 5 der Anlage I Nr. 2 der o.g. Richtlinie bei Vorliegen der oben genannten Voraussetzungen alle für die Indikation und Therapie der Substitutionsbehandlung sowie der ergänzenden medizinischen Maßnahmen erforderlichen Daten (patientenbezogene Dokumentation, umfassendes Therapiekonzept und Behandlungsdokumentation mit Zwischenergebnissen) in anonymisierter Form mitteilt und dass
- die Daten von der Qualitätssicherungskommission zum Zwecke der Prüfung von Indikation und Qualität der Behandlungsmethode aufbewahrt und genutzt werden dürfen.

Für die benannten Punkte entbinde ich die/den mich behandelnde/n Ärztin/Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass die datenschutzrechtliche Einwilligung und die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht im angegebenen Umfang Voraussetzung für die Substitutionsbehandlung ist und eine Verweigerung zur Folge hätte, dass die Behandlung nicht durchgeführt werden kann.

Das Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Dies hat zur Folge, dass sämtliche übermittelte Daten bei den oben genannten Stellen zu löschen sind und die Substitutionsbehandlung unverzüglich zu beenden ist. Die Daten werden nach Abschluss der Behandlung 5 Jahre gespeichert und anschließend bei den oben genannten Stellen gelöscht.

- Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und erkläre hiermit mein Einverständnis zur Datenübermittlung. Eine Kopie der Einverständniserklärung habe ich erhalten.

- Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und verweigere hiermit in Kenntnis, dass eine Substitutionsbehandlung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung dann nicht erfolgen darf, mein Einverständnis zur Datenübermittlung.

Datum

Unterschrift Patient(in)

