

**1.****Gesamtzahl der Versicherten und Anzahl der Fälle im Zusammenhang mit Opioid-Abusus (ICD-10 F11. und T40.0-3) im Jahr 2016**

1. Gesamtzahl der Versicherten der Krankenkasse **2016**: \_\_\_\_\_
2. Anzahl der Versicherten **2016 mit mind. einer Diagnose ICD-10 F11. oder T40.0-3**: \_\_\_\_\_ €

**2.****Gesamtkosten nach Diagnose im Zusammenhang mit Opioid-Abusus (ICD-10: F11. und T40.0-3) im Jahr 2016**

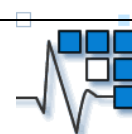
- 1.a Anzahl der Leistungen F11.: \_\_\_\_\_
- 1.b Summe der Leistungsausgaben für F11.: \_\_\_\_\_ €
- 2.a Anzahl der Leistungen T40.0-3: \_\_\_\_\_ €
- 2.b Summe der Leistungsausgaben für T40.0-3: \_\_\_\_\_ €

**3.****Prävention und Selbsthilfe (§ 20 SGB V) im Zusammenhang mit Opioid-Abusus (ICD-10: F11. und T40.0-3) im Jahr 2016**

1. Summe der Leistungsausgaben: \_\_\_\_\_ €

**4.****Medikation und Kosten im Zusammenhang mit Opioid-Abusus (ICD-10: F11. und T40.0-3) im Jahr 2016**

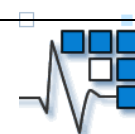
- 1.a Anzahl der Leistungen mit Methadon oder Levomethadon: \_\_\_\_\_
- 1.b Summe der Leistungsausgaben für Methadon oder Levomethadon: \_\_\_\_\_ €
- 2.a Anzahl der Leistungen mit Buprenorphin: \_\_\_\_\_
- 2.b Summe der Leistungsausgaben für Buprenorphin: \_\_\_\_\_ €



<b>3.a</b>	Anzahl der Leistungen mit Diamorphin:	_____
<b>3.b</b>	Summe der Leistungsausgaben Diamorphin:	_____ €
<b>4.a</b>	Anzahl der Leistungen mit Morphin:	_____
<b>4.b</b>	Summe der Leistungsausgaben für Morphin:	_____ €
<b>5.a</b>	Anzahl der Leistungen mit Codein oder Dihydrocodein:	_____
<b>5.b</b>	Summe der Leistungsausgaben für Codein oder Dihydrocodein:	_____ €
<b><u>ALTERNATIV</u>, wenn vorherige Angaben nicht möglich:</b>		
<b>6.</b>	Summe der Gesamtausgaben der Medikation:	_____ €

<b>5.</b>	<b>Krankenhausaufenthalte im Zusammenhang mit Opioid-Abusus (ICD-10: F11. und T40.0-3) im Jahr 2016</b>
<b>1.</b>	Anzahl der Fälle: _____
<b>2.</b>	Summe der Leistungsausgaben: _____ €

<b>6.</b>	<b>Fallzahl / Leistungen von Substitutionsärzten (ICD-10: F11. und T40.0-3) (inkl. Leistungen psychiatrischer Institutionsambulanzen) im Jahr 2016</b>
<b>1.</b>	Fallzahl / Leistungen von Substitutionsärzten: _____
<b>2.</b>	Summe der Leistungsausgaben: _____ €



**7.****Fallzahl / Leistungen von sonstigen niedergelassenen Ärzten aufgrund Opioid-Abusus (ICD-10: F11. und T40.0-3) (inkl. Leistungen psychiatrischer Institutionsambulanzen) im Jahr 2016**

1. Fallzahl / Leistungen von niedergelassenen Ärzten: \_\_\_\_\_
2. Summe der Leistungsausgaben: \_\_\_\_\_ €

**8.****Notarzteinsätze im Zusammenhang mit Opioid-Abusus (ICD-10: F11. und T40.0-3) im Jahr 2016**

1. Anzahl der Einsätze: \_\_\_\_\_
2. Summe der Leistungsausgaben: \_\_\_\_\_ €

**9.****Medizinische Rehabilitation (§ 40 ff. SGB V) im Zusammenhang mit Opioid-Abusus (ICD-10: F11. und T40.0-3) im Jahr 2016**

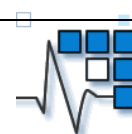
1. Anzahl der Leistungen: \_\_\_\_\_
2. Summe der Leistungsausgaben: \_\_\_\_\_ €

**10.****Soziotherapie (§ 37a SGB V) im Zusammenhang mit Opioid-Abusus (ICD-10: F11. und T40.0-3) im Jahr 2016**

1. Anzahl der Leistungen: \_\_\_\_\_
2. Summe der Leistungsausgaben: \_\_\_\_\_ €

**11.****Psychotherapie (§ 27 SGB V) im Zusammenhang mit Opioid-Abusus (ICD-10: F11. und T40.0-3) im Jahr 2016**

1. Anzahl der Leistungen: \_\_\_\_\_
2. Summe der Leistungsausgaben: \_\_\_\_\_ €



## 12. Heil- und Hilfsmittel (§§ 32, 33 SGB V) im Zusammenhang mit Opioid-Abusus (ICD-10: F11. und T40.0-3) im Jahr 2016

- 1.a Anzahl der Leistungen (Heilmittel): \_\_\_\_\_
- 1.b Summe der Leistungsausgaben (Heilmittel): \_\_\_\_\_ €
- 2.a Anzahl der Leistungen (Hilfsmittel): \_\_\_\_\_
- 2.b Summe der Leistungsausgaben (Hilfsmittel): \_\_\_\_\_ €

## 13. Fahrkosten im Zusammenhang mit ambulanten Krankenbehandlungen (§ 60 Abs. 2 SGB V) im Zusammenhang mit Opioid-Abusus (ICD-10: F11. und T40.0-3) (inkl. Leistungen psychiatrischer Institutionsambulanzen) im Jahr 2016

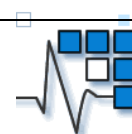
1. Anzahl der Leistungen (Fahrten): \_\_\_\_\_
2. Summe der Leistungsausgaben: \_\_\_\_\_ €

## 14. Krankengeld (§ 44 SGB V) im Zusammenhang mit Opioid-Abusus (ICD-10: F11. und T40.0-3) im Jahr 2016

1. Anzahl der KG-Tage: \_\_\_\_\_
2. Summe der Leistungsausgaben: \_\_\_\_\_ €

## 15. Modellprojekte (§ 63 ff. SGB V) im Zusammenhang mit Opioid-Abusus (ICD-10: F11. und T40.0-3) im Jahr 2016

1. Anzahl der Modellprojekte: \_\_\_\_\_
2. Summe der Leistungsausgaben: \_\_\_\_\_ €



**16.****Aufschlüsselung der Leistungen und Kosten nach Diagnose im Zusammenhang mit Opioid-Abusus (ICD-10: F11. und T40.0-3) im Jahr 2016**

**1.a** Anzahl der Leistungen F11.0: \_\_\_\_\_

**1.b** Summe der Leistungsausgaben für F11.0: \_\_\_\_\_ €

**2.a** Anzahl der Leistungen F11.1: \_\_\_\_\_

**2.b** Summe der Leistungsausgaben für F11.1: \_\_\_\_\_ €

**3.a** Anzahl der Leistungen F11.2: \_\_\_\_\_

**3.b** Summe der Leistungsausgaben für F11.2: \_\_\_\_\_ €

**4.a** Anzahl der Leistungen F11.3: \_\_\_\_\_

**4.b** Summe der Leistungsausgaben für F11.3: \_\_\_\_\_ €

**5.a** Anzahl der Leistungen F11.4: \_\_\_\_\_

**5.b** Summe der Leistungsausgaben für F11.4: \_\_\_\_\_ €

**6.a** Anzahl der Leistungen F11.5: \_\_\_\_\_

**6.b** Summe der Leistungsausgaben für F11.5: \_\_\_\_\_ €

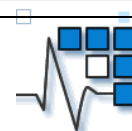
**7.a** Anzahl der Leistungen F11.6: \_\_\_\_\_

**7.b** Summe der Leistungsausgaben für F11.6: \_\_\_\_\_ €

**8.a** Anzahl der Leistungen F11.7: \_\_\_\_\_

**8.b** Summe der Leistungsausgaben für F11.7: \_\_\_\_\_ €

**9.a** Anzahl der Leistungen F11.8: \_\_\_\_\_



<b>9.b</b>	Summe der Leistungsausgaben für F11.8:	_____ €
<b>10.a</b>	Anzahl der Leistungen F11.9:	_____
<b>10.b</b>	Summe der Leistungsausgaben für F11.9:	_____ €
<b>11.a</b>	Anzahl der Leistungen T40.0:	_____
<b>11.b</b>	Summe der Leistungsausgaben für T40.0:	_____ €
<b>12.a</b>	Anzahl der Leistungen T40.1:	_____
<b>12.b</b>	Summe der Leistungsausgaben für T40.1:	_____ €
<b>13.a</b>	Anzahl der Leistungen T40.2:	_____
<b>13.b</b>	Summe der Leistungsausgaben für T40.2:	_____ €
<b>14.a</b>	Anzahl der Leistungen T40.3:	_____
<b>14.b</b>	Summe der Leistungsausgaben für T40.3:	_____ €

## **17.** Sonstige Posten im Zusammenhang mit Opioid-Abusus (ICD-10: F11. und T40.0-3) im Jahr 2016

**1.a** \_\_\_\_\_

**1.b** Summe der Leistungsausgaben: \_\_\_\_\_ €

**2.a** \_\_\_\_\_

**2.b** Summe der Leistungsausgaben: \_\_\_\_\_ €

