

## CHECKLISTE SUPERVISION

zum Vertrag nach § 73 a zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten der AOK Nordost mit chronischer Hepatitis C in Berlin

zwischen Kassenärztlicher Vereinigung Berlin und der AOK Nordost

Supervision für .....

Datum: .....

Allgemeines	
• Geplante HCV-Behandlung	
• Grund für die Wahl der HCV-Behandlung	
Anamnese HCV	
• Geburtsjahr	
• Geschlecht	
• Schwangerschaft (ja/nein)	
• Erstdiagnose	
Erstdatum pos. Antikörpertest Erstdatum pos. HCV-RNA	
• Verlauf der HCV-RNA	
• Genotyp	
• Ggf. Resistenztest	
• Informationen zur Vortherapie	
Wann	
Dauer	
Was	
Ergebnis	

Nebenwirkungen	
Adhärenz	
Resistenzen	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Informationen zu evtl. vorherigen HCV- Infektionen</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Erfolgte Transplantationen</li> </ul>	
<b>Allgemeine Anamnese</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Weitere Symptome</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Extrahepatische Manifestationen?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Drogengebrauch/Drogenanamnese</li> </ul>	
<b>Diagnosen</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Weitere Diagnosen</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● HIV</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Weitere Hepatitiden</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Psychiatrische Komorbiditäten</li> </ul>	
<b>Bildgebung/Histologie</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ultraschall Leber</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ggf. Fibroscan</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ggf. Arfi</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ggf. Leberbiopsie</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Klinische Symptome/ Komplikationen</li> </ul>	
<b>Labor</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Datum Blutentnahme</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Großes Blutbild</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Klinische Chemie</li> </ul>	
Bili, AP, yGT, AST, ALT, CHE, Kreatinin, eGFR, ggf. AFP	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Quick</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ggf. Hepatitis B, ggf. D-Serologie</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Albumin bzw. Gesamteiweiß</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ggf. HIV-assoziierte Parameter</li> </ul>	

• CD4-Zellzahl, HIV-RNA	
• Weitere Werte je nach Komorbidität	
• Urinkontrolle	
<b>Medikation</b>	
• Vollständige Medikation	
• Ggf. Angaben über nicht verschreibungspflichtige Medikation	
• Substitution	
<b>Weitere Befunde</b>	
• Je nach Komorbidität	

**Expertise Supervisor**

<b>Therapieempfehlung und ggf. Bemerkungen</b>
<b>Kommentar</b>

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift