

Die Substitutionstherapie in der öffentlichen Apotheke

Priv.-Doz. DDr. Philipp Saiko, Präsident
Mag. pharm. Susanne Ergott-Badawi, Vizepräsidentin

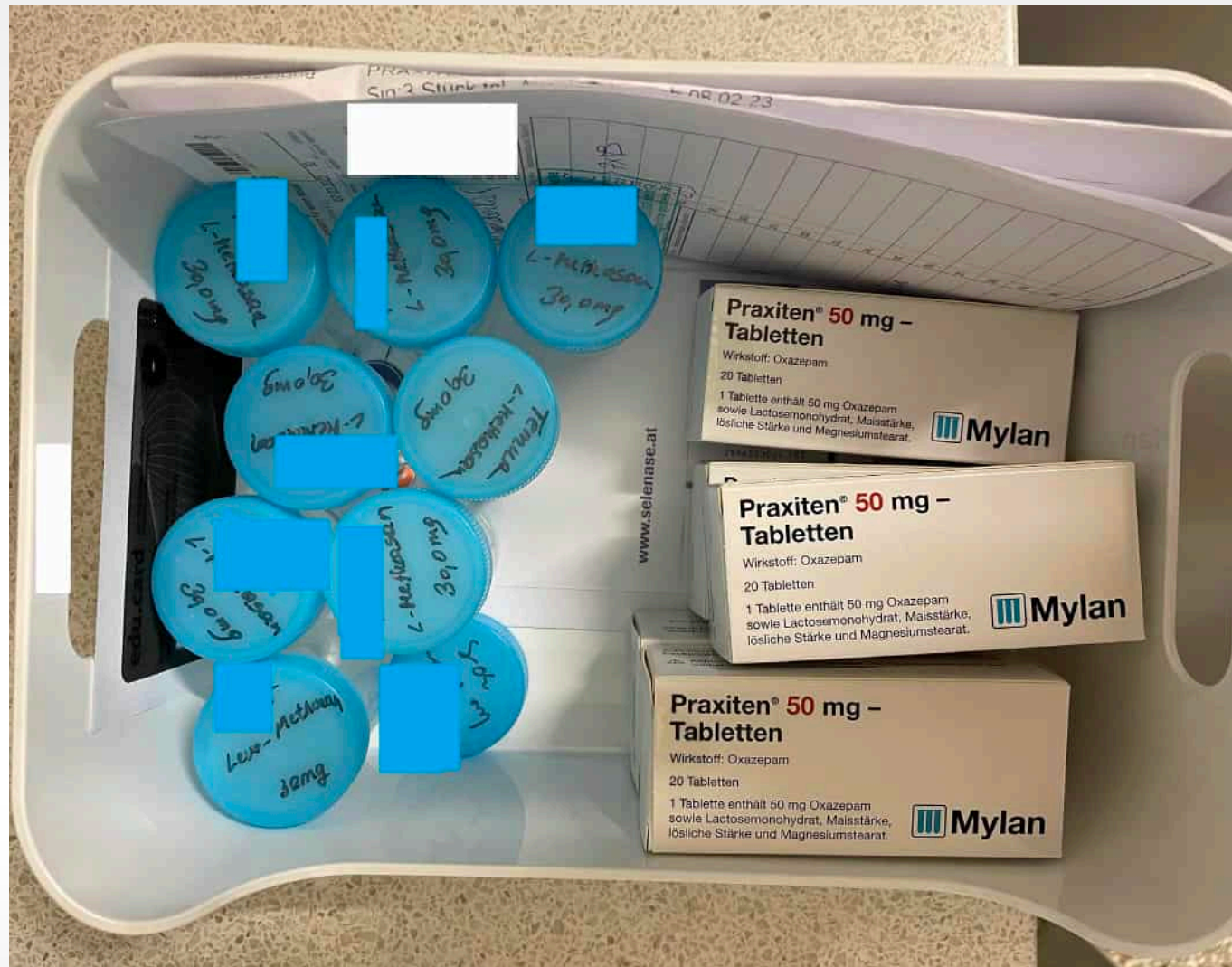


Vorteile der Betreuung von Substitutionspatienten in der Apotheke

- Wohnortnahe Versorgung: 335 Apotheken in Wien
- Versorgungsauftrag: Keine Ablehnung von SP ohne Grund
- Tägliche, kontrollierte Abgabe trägt wesentlich zur Adhärenz bei
- Aufnahme von neuen SP: Grundvereinbarung (falls notwendig)
- Bekannte SP: Laufende Betreuung führt oft zu jahrelangen Beziehungen
- Bei Bedarf: Kontakt mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten







Ablauf in der Apotheke

1. Prüfung der Dauerverschreibung auf Gültigkeit

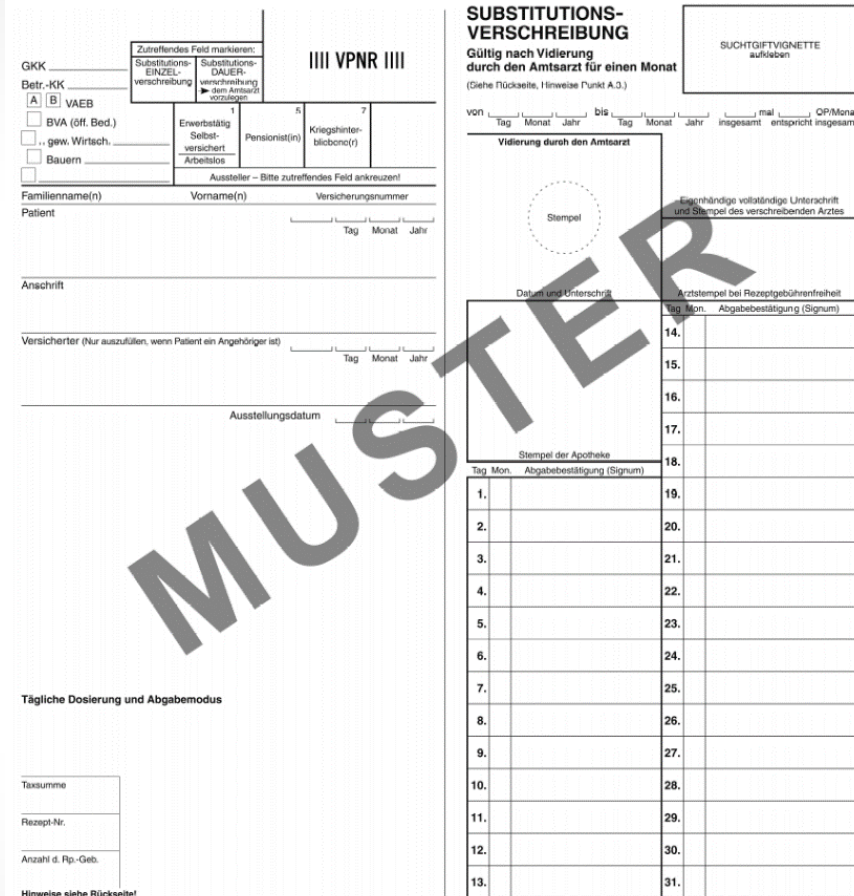
- Name
- Arzneimittel
- Signatur
- Stempel & Unterschrift
- (Vidierung)
- Gültigkeitsdauer

2. Suchtgiftaufzeichnungen und Dokumentation der Abgabe

Eventuell Betreuungsvereinbarung

Grundsätzlich zwei Varianten:

1. Tägliche Abgabe aus dem Vorrat der verschriebenen Gesamtmenge
2. Vorportionierung der Einzeldosen (z.B. wöchentliche Abgabe)



Substitutionsverschreibung
Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat
(Siehe Rückseite, Hinweis Punkt A.3.)

SUCHTGIFTVIGNETTE aufkleben

GKK _____
Betr.-KK _____
 VAEB
 BVA (öff. Bed.)
 .gew. Wirtsch.
 Bauern

Zutreffendes Feld markieren:
Substitutions-EINZELverschreibung
Substitutions-DAUERverschreibung
zum Ansaatz vorzulegen

III VPNR IIII

1 2 3 4 5 6 7
Erwerbstätig Selbst- Pensionist(n) Kriegshinter-
versichert. versichert. blicbene(n)
Arbeitslos

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen

Familiennamen(n) _____ Vorname(n) _____ Versicherungsnummer _____
Patient _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Anschrift _____

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist) _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Ausstellungsdatum _____

Tägliche Dosierung und Abgabemodus _____

Stempel

Eigenhändige vollständige Unterschrift und Stempel des verschreibenden Arztes

Datum und Unterschrift _____ Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit

Tag	Mon.	Abgabebestätigung (Signum)	Tag	Mon.	Abgabebestätigung (Signum)
1.			14.		
2.			15.		
3.			16.		
4.			17.		
5.			18.		
6.			19.		
7.			20.		
8.			21.		
9.			22.		
10.			23.		
11.			24.		
12.			25.		
13.			26.		
			27.		
			28.		
			29.		
			30.		
			31.		

Stempel der Apotheke

Taxsumme _____
Rezept-Nr. _____
Anzahl d. Rp.-Geb. _____
Hinweise siehe Rückseite!

Tägliche Abgabe

Dr. Teummann Kurt 190

OGK **OGK**

Zustellendes Feld markieren:
 Substitutions-EINZEL-Verschreibung Substitutions-GÄMERE-Verschreibung dem Amtsarzt zuzuschicken

EWA/EB BVNEB-OEB SVS-OW SVS-LW

Erweitert Selbst-versichert Arbeitslos

Pyrenolol(n) Knechtler-biotin(e)

Aussteller – Bitte zustellendes Feld ankreuzen!

Familiennam(e)n _____ Vorname(n) _____

Patient _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Anschrift _____

Verordhender (Nur ausfüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist) _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Ausstellungsdatum **10.01.2022**

COMPENSAN RET FTBL
200 (zweihundertnull) MG
OP 4 (vier) à 30 (dreißig) ST
Sig: 800 (achthundert) mg täglich
in der Apotheke, Sa. für So. mitgeben.
DG: Substitution

*Minidose wird
als Besonderheit
Lorose*

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

Tab. Nr. _____
 Rezept-Nr. _____
 Anzahl (d. Pkg.-Gep.) _____ DVR: _____
 Hinweise siehe Rückseite

SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG

Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat
 (Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.3.)

Von **19.01.2022** bis **17.02.2022** mit **30** mal **4** OP/Monat

Vidierung durch den Amtsarzt

Stempel

Eigenhändige vollständige Unterschrift und Stempel des verordnenden Arztes

Datum und Unterschrift

Arztentwurf bei Präzipsgebührenfreiheit

Tag	Mon	Abgabebesetzung (Signum)
14.	2	1x6
15.	2	1x4 8h
16.	2	1x4
17.	2	1x6
18.		
19.	1	1x4 8h
20.	1	1x4
21.	1	1x4
22.	1	2x4 8h
23.	1	
24.	1	4x8
25.	1	4x8
26.	1	1x4
27.	1	1x4 8h
28.	1	1x4 8h
29.	1	2x4 8h
30.	1	
31.	1	4x8

Stempel der Apotheke

Tag	Mon	Abgabebesetzung (Signum)
1.	2	1x4 8h
2.	2	1x4 8h
3.	2	1x4 8h
4.	2	1x4 8h
5.	2	2x4
6.	2	
7.	2	1x4 8h
8.	2	1x4 8h
9.	2	1x4 8h
10.	2	1x4 8h
11.	2	1x4 8h
12.	2	2x4
13.	2	2x4

Abgabe zweimal pro Woche

W. ÖGK

Zutreffendes Feld markieren:
 Substitutions-EINZEL-verschreibung
 Substitutions-DAUER-verschreibung

BVAEB-OEB
 SVS-QW
 SVS-LW

1 Erwerbstätig
 5 Pensionist(in)
 7 Kriegshinterbliebene(n)

Arbeitlos

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familiennam(e)n _____
 Patient _____
 Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Vorname(n) _____
 Versicherungsnummer _____
 Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Anschrift _____
 Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist) _____
 Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Ausstellungsdatum _____
 14.02.2022

Substitol ret KPS 200 zweihundert mg
 3 drei OP a dreiBig 30 Stück
 600mg /Tag
 zur oralen Substitution

Bei Nichtverfügbarkeit kann
 Gültig ohne Vidierung
 immer für 2 wochen mitgeben
 stabilitätkriterien erfüllt

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

Unverträglichkeit anderer Substitutionsmittel
 Berufstätigkeit, Schichtdienst

Rezept-Nr. _____

Anzahl d. Rp.-Geb. _____
 3 Rp.-Geb.

SGR001770555

SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG

Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat
 (Siehe Rückseite, Hinweis Punkt A.3.)

von 14.02.2022 bis 15.02.2022 30 mal 3 OP/Monat
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Anzahl entspricht insgesamt

Vidierung durch den Amtsarzt

Stempel _____
 und Stempel des verschreibenden Arztes _____

Datum und Unterschrift _____
 Arztstempel bei Fleckpreibeherrschung

Tag	Mon.	Abgabebesätigung (Signum)
14.	2	3
15.	2	2
16.	2	2
17.	2	2
18.	2	2
19.	2	2
20.	2	2
21.	2	2
22.	2	2
23.	2	2
24.	2	2
25.	2	2
26.	2	2
27.	2	2
28.	2	2
29.	2	2
30.	2	2
31.	2	2

Stempel der Apotheke

Tag	Mon.	Abgabebesätigung (Signum)
1.	3	
2.	3	
3.	3	14x3 ✓
4.	3	2
5.	3	
6.	3	
7.	3	
8.	3	
9.	3	
10.	3	
11.	3	
12.	3	
13.	3	

14x3 ✓

Wöchentliche Abgabe

ÖGK-W
 ÖGK Substitutions-EINZELverschreibung Substitutions-QUALIF. Verschreibung Substitutions-QUALIF. Verschreibung Substitutions-QUALIF. Verschreibung

EWAEB-EB EWAEB-OB SVS-GW SVS-LW

Erwerbstätig Pensionist(in) Kriegshinterblieben(e)n

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen

Familiennamen(n) _____ Vorname(n) _____

Patient _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Anschrieb _____

Vericharter (Nur ausfüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist) _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Ausstellungsdatum **19.01.2022**

Substitol ret. 200 (zweihundert)mg
 OP V(Fünf) 30(dreissig) stk
 Tg 1000mg
 S: 1x Täglich 1000mg
 Falls Substitol nicht Lieferbar alternativ
 Compensan abgeben

Tägliche Dosierung und Abgabemodus
 Vidierung nicht erforderlich
 Wöchentliche mitgabe

Taxsumme _____
 Rezept-Nr. _____
 Anzahl d. Rp.-Gst. _____
 Hinweis siehe Rückseite

SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG
 Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat
 (Siehe Rückseite, Hinweis Punkt A.2.)

von **29.01.2022** bis **27.02.2022** 30 mal OPI/Monat
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Ingesamt entspricht Ingesamt

Vidierung durch den Amtsarzt

Stempel *Dr. P. ...*

Arztname und Unterschrift _____

Arztstempel bei Praxis/ab/Praxismitgliedschaft

Tag	Mon	Abgabebeschäftigung (Signaturen)
15.	2	
16.	2	
17.	2	
18.	2	
19.	2	
20.	2	
21.	2	
22.	2	
23.	2	
24.	2	
25.	2	
26.	2	
27.	2	
28.		
29.	1	
30.	1	
31.	1	

Stempel der Apotheke

Tag	Mon	Abgabebeschäftigung (Signaturen)
1.	2	7x5 = 35
2.	2	
3.	2	
4.	2	
5.	2	
6.	2	7x5 = 35
7.	2	
8.	2	
9.	2	
10.	2	
11.	2	7x5 = 35
12.	2	
13.	2	

7x5 = 35

Wöchentliche Abgabe

Magistrale Zubereitung einer Morphinumlösung

ÖGK Zutreffendes Feld markieren:

Substitutions-EINZEL-verschreibung Substitutions-DAUER-verschreibung

BVAEB-ES BVAEB-OEB SVS-GW ÖGK-W

1 Erwerbstätig Pensionist(in) Kriegshinterbliebene(n)

5 Selbst-versichert Arbeitslos

7 Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname(n) _____ Vorname(n) _____ Versicherungsnummer _____

Patient _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Anschrift _____

Versicherter (Nur ausfüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist) _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Ausstellungsdatum 14.01.2022

Morphium Hydrochlorid 150mg (einhundertfünfzig)
Sirup simplex 3,0 (drei)
Aqua dest ad 20,0 (zwanzig)

TD: 150 mg/d

Sig: 150(einhundertfünfzig) mg/d
DG: Opiatabhängigkeit

Tägliche Dosierung und Abgabemodus
Mitgabe 1x wöchentlich,
Vollzeitberufstätigkeit,
VIDIERUNG NICHT
ERFORDERLICH!

Taschurne _____

Rezept-Nr. _____

Anzahl d. Rip.-Gieß. 4 Rip. Gieß.

Hinweisleiste Rückseite!

**SUBSTITUTIONS-
VERSCHREIBUNG**

Gültig nach Vidierung
durch den Amtsarzt für einen Monat
(Siehe Rückseite, Hinweisleiste Punkt A.3.)

von 26.01.2022 bis 22.02.2022 28 mal 1 DPT/Monat

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr insgesamt entspricht insgesamt

Vidierung durch den Amtsarzt

Stempel

Eigenhändige vorsatzgeige Unterschrift und Stempel des verschreibenden Arztes

Datum und Unterschrift _____ Arztstempel bei Präsenzgebührenfreiheit

Tag	Mon.	Abgabebesitzung (Signum)
14.	2	7x ↓
15.	2	
16.	2	
17.	2	
18.	2	5x ↓
19.	2	
20.	2	
21.	2	
22.	2	
23.		2x ↓
24.		
25.		
26.	1	
27.	1	
28.	1	7x ↓
29.	1	
30.	1	
31.	1	

Stempel der Apotheke

Tag	Mon.	Abgabebesitzung (Signum)
1.	2	7x ↓
2.	2	
3.	2	
4.	2	
5.	2	7x ↓
6.	2	
7.	2	
8.	2	
9.	2	
10.	2	7x ↓
11.	2	
12.	2	
13.	2	

Wöchentliche Abgabe

Magistrale Zubereitung einer Methadonlösung

SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG
Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat
(Siehe Rückseite, Hinweis Punkt A.3.)
09.01.2022 05.02.2022 28

Vorname: _____ Tag: _____ Monat: _____ Jahr: _____
Geburtsdatum: _____ Tag: _____ Monat: _____ Jahr: _____

Vidierung durch den Amtsarzt: _____
Stempel: _____
Eigenhändige vollständige Unterschrift und Stempel des verordnenden Arztes: _____
4 Geb bez!

Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit: _____
Datum und Unterschrift: _____

Tag	Mon.	Abgabebestätigung (Signum)
14.	1	1
15.	1	1
16.	1	1
17.	1	1
18.	1	7x7
19.	1	1
20.	1	1
21.	1	1
22.	1	1
23.	1	1
24.	1	1
25.	1	7x7
26.	1	1
27.	1	1
28.	1	1
29.	1	1
30.	1	1

Stempel der Apotheke: _____

Tag Mon. Abgabebestätigung (Signum)

1. 1 1
2. 1 1
3. 1 7x7
4. 1 1
5. 1 1x7
6. 1 1
7. 1 1
8. 1 1
9. 1 1
10. 1 1
11. 1 6x7

ÖGK ÖGK

Zulassendes Feld markieren:
Substitutions-EINZEL-Veranschlagung
Substitutions-EINZEL-Veranschlagung
Substitutions-EINZEL-Veranschlagung

A B SVAEB-EB
 SVAEB-OEB
 SVAE-GW
 SVAE-LW

Erkrankung: _____
Selbst-verschert arbeiten: _____
Paracetamol: _____
Kriegstelektrolyte: _____

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname(n): _____
Vorname(n): _____
Patient: _____
Tag: _____ Monat: _____ Jahr: _____

Anschrift: _____
Tag: _____ Monat: _____ Jahr: _____

Versicherter (Nur auszahlen, wenn Patient ein Angehöriger ist): _____
Tag: _____ Monat: _____ Jahr: _____

Ausstellungsdatum: 03.01.2022

Substitutionstherapie
Methadon-Hydrochlorid lt. Signatur
Solve in Aqua dest. ad 25,0
Adde sir. simpl. 5,0

Sig: 75 (fünfundsiebzig)mg, tgl.,
wöchentliche Mitgabe für die Dauer
der Pandemie Vidierung nicht
erforderlich
DG: Substitutionstherapie

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

Tag Mon. Abgabebestätigung (Signum)

Auseinzeln und Beimedikation

- Massive Verbesserung der Compliance und engmaschigen Betreuung (Minimierung des Missbrauchs)
- Zusätzliche Erfordernisse:
 - Genaue Angabe der Dosierung
 - Vermerk „Zur Beimedikation tgl. Abgabe“ o.ä. **und** Stempel & Paraphierung auf Rückseite
 - Optimal: Angabe des Gültigkeitsdatums
- **Problem:** Unterschiedliche Verschreibung von Substitutionsmedikation und Beimedikation (keine Kongruenz der Datumsangaben)

Information zum **elektronischen Rezept**

OGK: [Redacted]

Patient/in: [Redacted]
SVNR: [Redacted]

Rezeptgebührenbefreiung: Ja

REZ-ID: [Redacted]
eMED-ID: [Redacted]

Ausgestellt am: 20.01.2023
Gültig bis: 30.02.2023

Kopie

Anteil der Rezeptur

Anmerkung	Bezeichnung	OP	Pkg. Größe	Sig
Auseinzelung	PRAXITEN TBL 50MG Sig: 3 Stück tgl. Auseinzelung ab 08.02.23 bis 09.03.23, Analog zur Levo-Methasan-Substitution	5	20 Stück	

Ende der Rezeptur

Dr. [Redacted]
1090 [Redacted]

*Auseinzelung bewilligt
rechnerisch!*

[Redacted] Apotheke
- 4. Feb. / 2023
Dr. [Redacted]
1090 [Redacted]

Das e-Rezept ist elektronisch signiert. Informationen zur Prüfung der elektronischen Signatur und zur Prüfung des Ausdrucks finden Sie unter: www.chipkarte.at/e-rezept

Einzelverschreibung – Überbrückungsrezept

- gilt maximal drei Tage
- bitte gewünschte Expedierung genau vermerken
(tägliche Abholung, Mitgabe für alle drei Tage usw.)

Meldung bei Missbrauch

- „Schluckt nicht“
„Beim Verkauf beobachtet“
„Dosen nicht bezogen“
- Kontakt mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten
Konsequenzen: z.B. „Kapseln geöffnet einnehmen“, Umstellung der Therapie
- Rezeptfälschungen/manipulierte Rezepte:
Meldeformular – Kontakt mit MA 15 / Polizei / betroffenen Ärztinnen und Ärzten
- Übliche Ausreden und Tricks → keine Chance (verlorene oder gestohlene Dosen)
- Fälschung von Ausnahmegenehmigungen (urlaubsbedingte Mitgabe)

Einheitliche Vorgangsweise – keine Ausnahmen zulässig

- **keine** Voraussage der Dosis
- **keine** Abgabe verfallener Dosen
- **keine** Abgabe im Nachtdienst

Meldung bei Missbrauch

§ 8a Suchtmittelgesetz

(4) ... haben die in öffentlichen Apotheken beschäftigten **Apothekerinnen/Apotheker**, wenn im Rahmen des Apothekenbetriebes

1. die Vorlage von Suchtmittelverschreibungen verschiedener Ärztinnen/Ärzte durch eine Patientin/einen Patienten wahrgenommen wird,
 2. die ärztlich angeordnete kontrollierte Einnahme von Substitutionsmedikamenten nicht gewährleistet werden kann, oder
 3. sonstige außergewöhnliche Umstände wahrgenommen werden,
- und diese Wahrnehmung oder Wahrnehmungen eine erhebliche Gefährdung der Patientin/des Patienten selbst nahe legen oder, bei einer Weitergabe der Suchtmittel, eine Gefährdung Dritter, unverzüglich **jene Ärztinnen/Ärzte davon in Kenntnis zu setzen, die die suchtmittelhaltigen Arzneimittel für die Patientin/den Patienten verschrieben** haben. Sofern der Apotheke bekannt ist, dass sich die Patientin/der Patient einer Opioid-Substitutionsbehandlung unterzieht, ist auch die/der **substituierende Ärztin/Arzt** sowie die **Bezirksverwaltungsbehörde** als Gesundheitsbehörde unverzüglich in Kenntnis zu setzen. Eine Verständigung in elektronischer Form darf nur unter Wahrung der Vertraulichkeit und Datensicherheit (§§ 6 und 8 Gesundheitstelematikgesetz 2012 in der geltenden Fassung) erfolgen.

Kontakt:

**Österreichische Apothekerkammer
Landesgeschäftsstelle Wien
Spitalgasse 31
1090 Wien**

wien@apothekerkammer.at

