

dialog:

---

**Fortbildungsveranstaltung  
„Opioidsubstitutionstherapie – leicht gemacht“**

**Umgang mit schwierigen Situationen in der  
Apotheke und Ordination  
Mit Fallbeispielen aus der Praxis**

Wien, 10.03.2023 - Online Fortbildung

Gerhard Rechberger  
Verein Dialog, IS-Gudrunstraße

## Weshalb kommt es zu schwierigen Situationen ?

- **Psychischen Störungen** vieler Suchtkranker - z.B.  
Persönlichkeitsstörungen, Psychosen - Impulskontrollstörungen,  
geringe Frustrationstoleranz
- **Abhängigkeitserkrankung** - Substanzcraving, verminderte Kontrolle  
des Umgangs mit verschriebenen suchtmittelhaltigen Medikamenten,  
Beeinträchtigung, Entzugssymptome
- **Umfangreichen Regelungen** der OAT - Suchtgiftverordnung:  
Mitgaberegeln, Einnahmekontrolle, (amtsärztliche Vidierung)
  - Regelungen können Unterstützung der Betreuung Suchtkranker darstellen, weil sie Struktur und Verlässlichkeit geben
  - Regelungen können aber auch die Selbstbestimmung und Flexibilität der Patient\_innen behindern
  - Regeln sollten zu Beginn einer Betreuung kommuniziert und erklärt werden

## Fallbeispiel 1 – Apotheke

- Patient 48a, seit 3 Jahren in OAT in derselben Apotheke, immer freundlich und korrekt, bislang keine Vorfälle.
- Berufstätigkeit als Kellner
- Medikation: Levomethadon 6ml = 30mg, Trittico 150mg, wöchentliche Mitgabe Mo für Di – Mo im Voraus
- Kommt Freitag Nachmittag, ist ungewöhnlich aufgeregt: er habe **2 Rationen des Substitutionsmedikamentes verloren**, es fehlen also die Rationen für So und Mo. Die Ordination seines Arztes habe bereits geschlossen.
- Er betont, dass er sich immer an die Regeln gehalten habe und ersucht dringend ihm in dieser Notsituation zu helfen und ihm **zumindest eine Ration der Folgewoche bereits heute mitzugeben**. Er würde am Montag gleich zu seinem Arzt gehen um ein Einzelrezept nachzubringen
- **Anliegen nachvollziehbar?**

## Fallbeispiel 1 – „Unbürokratische“ Hilfe?



### ➤ SGVO § 23 e (7)

- Die **Änderung** des auf einer bereits vidierten Suchtgift-Dauerverschreibung **verordneten Abgabemodus** ist nur dann zulässig, wenn dies kurzfristig aus unvorhersehbaren Gründen (zB Erkrankung des Patienten, unvorhergesehener Reisebedarf) unerlässlich ist
- sie bedarf der **schriftlichen Begründung und Fertigung des behandelnden Arztes**
- *(sowie der Vidierung durch den zuständigen Amtsarzt)*

➤ Grenzen? – Neuerlicher Notfall, Stabilität?



➤ **SHW, KH Ambulanz** wenn Entzugssymptome



## Fallbeispiel 2 – Apotheke, Ordination

- Patientin 35a, seit mehreren Jahren in OAT, Morphin retard 800mg mit tgl. Einnahme i.d. Apo, Clonazepam 2mg tgl. 6 Tbl. ausgeeinzelt
- In den letzten Monaten zunehmend verwahrlost, gelegentlich beeinträchtigt
- Seit einigen Wochen besteht der Eindruck dass sie das Substitutionsmedikament nicht immer in der Apo schluckt
- Hat einige Male Einwegspritzen und Kanülen gekauft
- Es besteht der **Verdacht**, dass die **Substitutionsmedikamente** außerhalb der Apotheke **ausgespuckt und intravenös konsumiert** werden
- Darauf hingewiesen, dass das Substitutionsmedikament wie vom Arzt angeordnet in der Apotheke einzunehmen ist, reagiert die Patientin abwehrend: ihr Arzt wisse davon und das gehe die Apotheke nichts an

## Fallbeispiel 2

### Was kann, muss, soll die Apotheke tun?

- Betreuung abbrechen?
- Vorschläge an Arzt z.B:
  - geöffnete Kapseln?
  - Wechsel des Substitutionsmedikamentes?
  - Änderung des Abgabemodus?
- Nichts tun? (Vorschlag der Patientin)



## Mitteilungen von Wahrnehmungen im Rahmen der OST - § 8a (4) SMG

**Apotheker** haben die **verschreibenden ÄrztInnen** und die **Bezirksverwaltungs/Gesundheitsbehörde** zu **verständigen** wenn

➤ die Vorlage von Suchtmittelverschreibungen verschiedener ÄrztInnen durch eine PatientIn wahrgenommen wird (Substitutionsmedikamente und Benzodiazepine)

➤ die ärztlich angeordnete **kontrollierte Einnahme** von Substitutionsmedikamenten **nicht gewährleistet** werden kann

➤ sonstige **außergewöhnliche Umstände** wahrgenommen werden

und dadurch

➤ eine **erhebliche Gefährdung der PatientIn** naheliegt

oder

➤ bei einer Weitergabe eine **Gefährdung Dritter**

## Fallbeispiel 2

### Was kann, soll, muss der verschreibende Arzt tun?

- Keine Schnellschüsse wie Wechsel des Substitutionsmedikamentes, geöffnete Kapseln, Änderung des Abgabemodus
- Um welches Problem handelt es sich? – intravenöser Beikonsum, nicht bestimmungsgemäßer Gebrauch?
- Grundsätzlich ist der Spritzenkauf/tausch bei bestehender intravenöser Opioid- oder Kokainabhängigkeit zu fördern und besser im therapeutischen System als außerhalb (andere Apotheke)
- Ist das Problem bekannt, Teil des therapeutischen Prozesses?  
Wenn nicht: weshalb nicht? neue Entwicklung?
- Mit Patient\_in thematisieren
- Änderungen von Konsummustern brauchen Zeit!
- Stabilitätskriterien – Stabilität ev. neu zu bewerten
- **Kommunikation mit der Apotheke!**



## Fallbeispiel 3 – Apotheke, Ordination

- Patient 30 Jahre alt, Sozialhilfeempfänger
- In der Apotheke immer unauffällig, freundlich
- OAT im Dialog mit:
  - Levomethadon 45 mg, 2 mal wöchentliche Mitgabe
  - Oxazepam 50mg 1-1-1 ausgeeinzelt
  - Bupropion 300mg 1-0-0
  - Quetiapin XR 50mg 0-0-1
- Löst Rezept eines Kassenarztes ein mit:
  - Wellbutrin XR 300mg 1-0-0
  - Sirdalud 4mg 2-2-2
  - Alprazolam 1mg 2-2-2
- Besteht ein Handlungsbedarf?

## Mitteilungen von Wahrnehmungen im Rahmen der OST - § 8a (4) SMG

**Apotheker** haben die **verschreibenden ÄrztInnen** und die **Bezirksverwaltungs/Gesundheitsbehörde** zu **verständigen** wenn

- die Vorlage von Suchtmittelverschreibungen verschiedener ÄrztInnen durch eine PatientIn wahrgenommen wird (Substitutionsmedikamente und Benzodiazepine)
- die ärztlich angeordnete **kontrollierte Einnahme** von Substitutionsmedikamenten **nicht gewährleistet** werden kann
- sonstige **außergewöhnliche Umstände** wahrgenommen werden  
und dadurch
- eine **erhebliche Gefährdung der PatientIn** naheliegt  
oder
- bei einer Weitergabe eine **Gefährdung Dritter**

## Fallbeispiel 3 – Apotheke, Ordination

- Patient 30 Jahre alt, Sozialhilfeempfänger
- In der Apotheke immer unauffällig, freundlich
- OAT im Dialog mit:
  - Levomethadon 45 mg, tägliche Einnahme,
  - Oxazepam 50mg 2-2-2 ausgeeinzelt,
  - Bupropion 300mg 1-0-0
  - Quetiapin XR 50mg 0-0-1
- Löst Rezept eines weiteren niedergelassenen Arztes ein mit:
  - Wellbutrin XR 300mg 1-0-0
  - Sirdalud 4mg 2-2-2
  - Alprazolam 1mg 2-2-2

## Fallbeispiel 3

### Vorgehen Ärzt\_innen

#### Leitlinie des Bundesministers für Gesundheit

**zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von  
Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit  
Opioiden**

gemäß § 23a Abs. 3 Suchtgiftverordnung<sup>1</sup>

basierend auf einer fachlichen Expertise des im Bundesministerium für Gesundheit  
gemäß § 23k Suchtgiftverordnung eingerichteten Ausschusses für Qualität und  
Sicherheit in der Substitutionsbehandlung

[http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/4/2/CH1040/CMS1346927354953/leitlinie\\_b.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/4/2/CH1040/CMS1346927354953/leitlinie_b.pdf)

# Leitlinie des Bundesministers für Gesundheit

zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden

- Die **Verschreibung von Benzodiazepinen** soll in einer Hand liegen, vorzugsweise **durch den substituierenden Arzt** erfolgen
- Wenn Substitutionsmittel und Benzodiazepin von unterschiedlichen Ärzten verschrieben werden soll ein **Informationsaustausch über die Verschreibungen** gegeben sein
- Möglichst nur **eine Substanz** verschreiben
- Bewilligung einer **Auseinzelung** der Benzodiazepine über das ABS möglich und empfohlen

## Fallbeispiel 3 - Vorgehen verschreibende Ärzt\_innen

➤ Kontaktaufnahme der verschreibenden Ärzt\_innen

➤ Klärung: wer verschreibt die Benzodiazepine

Empfohlen: Verschreibung eines Benzodiazepinpräparates durch die substitutionsverschreibende Ärzt\_in

➤ Information des Patienten

➤ Entscheidung für eine Substanz

➤ Einschätzung der erforderlichen Dosierung

➤ Bupropion Indikation klären, potentiell Missbrauchsrisiko einschätzen, Maximaldosierung

➤ Indikation Sirdalud?

## Fallbeispiel 4 - Ordination

- Patientin in OST bei einem niedergelassenen Kollegen mit Methadon 70mg Einnahme in der Apotheke und Oxazepam 50mg 5 Tbl. tgl.
- Das **Benzodiazepinrezept habe mit dem Vortag geendet**, die **Ordination** ihres Arztes sei **wegen Krankenstandes geschlossen**, sie benötige dringend eine „Benzoverschreibung“, eine Packung würde genügen.
- Pat. legt die entsprechenden Rezeptkopien vor, Oxazepamrezept wurde vor 12 Tagen ausgestellt OP II a 30 Stck., tgl. 5 Tbl zu 50mg, keine Auseinzelung vorgesehen

## Fallbeispiel 4 - Ordination

- Angaben über Ordinationsschließung überprüfen (telefonisch oder ÄK Home-Page), wenn korrekt ein Überbrückungs-Rezept ausstellen?
- Ist eine Ordination in Wien für Notfälle in der OST zuständig?
  - Zu wie vielen Ärzten kann die Pat. gehen?
  - Ist ein Tag ohne Benzodiazepine ein Notfall?
  - Wohin könnte man die Patientin schicken?

**Empfehlung:** *stellen sie nie ein Benzodiazepinrezept an eine opioidabhängige Patient\_in aus, die sie nicht selber substituieren*



## Fallbeispiel 5 - Apotheke

- Pat. 45 Jahre, berufstätig, arbeitet im Bühnenaufbau bei Veranstaltungen, verlässlich, kommt immer rechtzeitig mit neuem Rezept sowie zur Abholung der Substitutionsmedikation in die Apotheke – kommt immer an einem Mittwoch, geleg. einen Tag früher oder später
- Abgabemodus: *einmal wöchentliche Mitgabe im Voraus, Abgabetag darf wechseln*, Begründung: Berufstätigkeit
- Kommt an einem Montag, er brauche bereits heute die Wochenration da er berufsbedingt nach OÖ fahren muss und erst am WE zurückkommt, erhält Rationen bis incl. Mittwoch der Folgeweche = **9 Tage im Voraus**
- Kommt am Samstag derselben Woche wieder, benötigt nochmals eine Mitgabe bereits für die Folgeweche, weil der Arbeitseinsatz in OÖ verlängert wurde

## Fallbeispiel 5 – Apotheke -Ordnation

- Soll die Apotheke der Forderung nachgehen?
- Der Abgabemodus ist nicht eindeutig: „*einmal wöchentliche Mitgabe im Voraus, Abgabetag darf wechseln*“
- Wieviele Tage im Voraus kann abgegeben werden?
- Apo hält Rücksprache mit dem verschreibenden Arzt
- Verschreibender Arzt muss einschätzen
  - Ist die berufliche Begründung glaubhaft?
  - Hinweise auf Vorkonsum? Stabilität?
- Welche Lösungsmöglichkeiten bieten sich an?
- Eindeutiger Abgabemodus: „*einmal wöchentliche Mitgabe **bis zu 7 Tage** im Voraus, Abgabetag darf wechseln*“
- Stabilitätskriterien erfüllt, berufliche Erfordernis, Mitgabe der gesamten Rationen einer Verschreibung möglich

---

---

**Danke für Ihre Aufmerksamkeit!**

**[www.dialog-on.at](http://www.dialog-on.at)**  
**[gerhard.rechberger@dialog-on.at](mailto:gerhard.rechberger@dialog-on.at)**