

Die Bedeutung der öffentlichen APOTHEKE im Behandlungsnetzwerk der Opioid-Agonisten- Therapie (OAT)



**Mag. pharm. Susanne Ergott-Badawi
Vizepräsidentin der Apothekerkammer Wien**





- Menschen mit OAT in der Apotheke: chronisch kranke Patient:innen
- Regelmäßiger, mitunter täglicher Kontakt in der Apotheke





Vorteile der Betreuung von Menschen mit OAT in der Apotheke

- Wohnortnahe Versorgung: 340 Apotheken in Wien
- Versorgungsauftrag: Keine Ablehnung von SP ohne Grund
- Tägliche, persönliche und kontrollierte Abgabe trägt wesentlich zur Verbesserung der Adhärenz bei
- Bei der Aufnahme : „Hausordnung“/Grundvereinbarung (falls notwendig)
- Laufende Betreuung führt oft zu jahrelangen Beziehungen und Stabilität
- Bei Bedarf: Rücksprache mit behandelnden Ärzt:innen

Ablauf in der Apotheke: das Rezept

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, Hinweise Punkt A.3.)

BUCHTIFTYGNETTE aufkleben

VON Tag Monat Jahr BIS Tag Monat Jahr insgesamt entspricht insgesamt

Vidierung durch den Amtsarzt

Stempel

Eigentliche vollständige Unterschrift und Stempel des verschreibenden Arztes

Ordnung und Unterschrift

Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit

Tag Mon. Abgabebestätigung (Signum)

14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31.

Stempel der Apotheke

Tag Mon. Abgabebestätigung (Signum)

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31.

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

Totalsumme

Rezept-Nr.

Anzahl d. Pkg.-Geh.

Hinweise siehe Rückseite!

Tägliche Abgabe

Dr. T. Müller *X 100*

OGK **OGK**

Zutreffendes Feld markieren:
 Substitutions-
 EINZEL-
 verschreibung
 Substitutions-
 DAUER-
 verschreibung
 vom Arzt selbst
 verschrieben

☐ BVAED-ÖGB
☐ SVS-ÖW
☐ SVS-LW

☒ Erwerbstätig
☒ Substit.
 versichert
☐ Arbeitslos

1 Pensionist(in)
 5 Kriegsheim-
 bewohner(in)
 7

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

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

Anschrift _____
 Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Versicherter (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

*Vollendung durch
 den Arzt*

*Veran-
 wortung*

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

Tag _____
 Rezept-Nr. _____
 Anzahl d. Pkt.-Gep. _____
 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**
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

insgesamt **30** mal **4** OP/Monat
 ersucht insgesamt

Vidierung durch den Amtsarzt

Stempel

Eigenhändige vollständige Unterschrift
 und Stempel des verschreibenden Arztes

Datum und Unterschrift

Antragsempfänger bei Rezeptgebührenfreiheit

| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) |
|-----|------|----------------------------|
| 14. | 2 | 1x4 |
| 15. | 2 | 1x4 |
| 16. | 2 | 1x4 |
| 17. | 2 | 1x4 |
| 18. | | |
| 19. | 2 | 1x4 |
| 20. | 1 | 1x4 |
| 21. | 1 | 1x4 |
| 22. | 1 | 2x4 |
| 23. | 1 | |
| 24. | 1 | 4x4 |
| 25. | 1 | 4x4 |
| 26. | 1 | 1x4 |
| 27. | 1 | 1x4 |
| 28. | 1 | 1x4 |
| 29. | 1 | 2x4 |
| 30. | 1 | |
| 31. | 1 | 4x4 |

Stempel der Apotheke

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

Abgabe zweimal pro Monat

W. ÖGK

Zutreffendes Feld markieren:
Substitutions-
EMZEL-
verschreibung
Substitutions-
DALER-
verschreibung
vom Arzt
verfügen

A B BVAEB-EB
BVAEB-OEB
SVS-GW
SVS-LW

1 5 7
Erwerbstätig
Selbst-
ERW
Arbeitlos
Pensionist(in)
Kriegsinter-
bliebene(n)

Ausschlißer – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familiennamen Patient
Vorname(n)
Versicherungsnr.
Tag Monat Jahr

Anschrift
Tag Monat Jahr

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

Ausstellungsdatum
14.02.2022

Substitol ret KPS 200 zweihundert mg
3 drei OP a dreißig 30 Stück
600mg /Tag
zur oralen Substitution
Bei Nichtverfügbarkeit kann
Gültig ohne Vidierung
immer für 2 Wochen mitgebeht
Stabilitätskriterien erfüllt
Tägliche Dosierung und Abgabemodus

Unverträglichkeit anderer Substitutionsmittel
Berufstätigkeit, Schichtdienst

Rezept-Nr.
Anzahl d. Rp.-Geb.
3 29 14
Wiederholungsabgabe

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

von 14.02.2022 bis 15.03.2022 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 Rezeptgebührenfreiheit
Tag Mon. Abgabebestätigung (Signum)

| | | |
|-----|---|---|
| 14. | 2 | 3 |
| 15. | 2 | 3 |
| 16. | 2 | 3 |
| 17. | 2 | 3 |
| 18. | 2 | 3 |
| 19. | 2 | 3 |
| 20. | 2 | 3 |
| 21. | 2 | 3 |
| 22. | 2 | 3 |
| 23. | 2 | 3 |
| 24. | 2 | 3 |
| 25. | 2 | 3 |
| 26. | 2 | 3 |
| 27. | 2 | 3 |
| 28. | 2 | 3 |
| 29. | 2 | 3 |
| 30. | 2 | 3 |
| 31. | 2 | 3 |

Stempel der Apotheke
Tag Mon. Abgabebestätigung (Signum)

| | | |
|-----|---|------|
| 1. | 3 | 14x3 |
| 2. | 3 | 2 |
| 3. | 3 | 14x3 |
| 4. | 3 | 2 |
| 5. | 3 | 14x3 |
| 6. | 3 | 2 |
| 7. | 3 | 2 |
| 8. | 3 | 2 |
| 9. | 3 | 2 |
| 10. | 3 | 2 |
| 11. | 3 | 2 |
| 12. | 3 | 2 |
| 13. | 3 | 2 |

Wöchentliche Abgabe

ÖGK-W

ÖGK _____

Zutreffendes Feld markieren:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Substitutions- EINZEL- verschreibung | <input checked="" type="checkbox"/> Substitutions- GAMMA- verschreibung |
|---|---|

1. Erwerbstätig
2. Substitutions-
verschreibung
Arbeitlos

5. Penionist(in)

7. Kriegshinter-
blieben(e)

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen

Familiennamen(n) _____ Vorname(n) _____

Patient _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Anschrift _____

Versicherer (Nur auszufüllen, 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.-Gtes. _____

Hinweis alpha Rückzahl

**SUBSTITUTIONS-
VERSCHREIBUNG**

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

Von **29.01.2022** bis **27.02.2022** 30 mal CP/Monat
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr, Jahreszahl entspricht Kalenderjahr

Vidierung durch den Amtsarzt

Stempel _____

Arztstempel bei Rezeptlosbüchchenentlastung

| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) |
|-----|------|----------------------------|
| 1. | 2 | 2 |
| 2. | 2 | 2 |
| 3. | 2 | 2 |
| 4. | 2 | 2 |
| 5. | 2 | 2 |
| 6. | 2 | 2 |
| 7. | 2 | 2 |
| 8. | 2 | 2 |
| 9. | 2 | 2 |
| 10. | 2 | 2 |
| 11. | 2 | 2 |
| 12. | 2 | 2 |
| 13. | 2 | 2 |
| 14. | 2 | 2 |
| 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. | 1 | 1 |
| 30. | 1 | 1 |
| 31. | 1 | 1 |

Handwritten notes: $5 \times 5 = 25$, $7 \times 5 = 35$, $4 \times 5 = 20$

Wöchentliche Abgabe

Magistrale Zubereitung einer Morphinumlösung

ÖGK

Zutreffendes Feld markieren:

Substitutions-EINZEL-verschreibung ☐ Substitutions-DAUER-verschreibung ☒ (den Austausch vorzuziehen)

☐ BVAEB-EB ☐ BVAEB-OEB ☐ SVS-OW ☒ ÖGK-W

Erwerbstätig ☐ Pensionist(in) ☐ Kriegshinterbliebene(n) ☐ Selbstversichert ☐ 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 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!

Rezept-Nr. _____

Anzahl d. Rp.-Gass. _____

4 Rp. Gass.

Hinweisliche Rückseite!

SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG

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

von 26.01.2022 bis 22.02.2022 28. mal 1 OP/Monat
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr insgesamt entspricht insgesamt

Vidierung durch den Amtsarzt

Stempel

eingetragene versetzende Unterschrift und Stempel des verschreibenden Arztes

Datum und Unterschrift

Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit

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

Stempel der Apotheke

| Tag | Mon. | Abgabebestätigung (Signum) |
|-----|------|----------------------------|
| 1. | 2 | f |
| 2. | 2 | |
| 3. | 2 | |
| 4. | 2 | |
| 5. | 2 | Jaef-S. |
| 6. | 2 | |
| 7. | 2 | |
| 8. | 2 | |
| 9. | 2 | f |
| 10. | 2 | |
| 11. | 2 | |
| 12. | 2 | |
| 13. | 2 | f |
| 14. | 2 | |
| 15. | 2 | |
| 16. | 2 | |

A APOTHEKERKAMMER
WIEN

Seite 12

Übermittlung von Substitutionsverschreibungen

- Zulässige Übermittlung von Substitutionsverschreibungen **per E-Mail** oder im **Original** jeweils mit Vignette (bis 31.12.2026)
- Noch keine Umsetzung der Substitutionsdauertherapie im e-Rezept
- Vermerk „**Vidierung nicht erforderlich**“, wenn keine Mehrfachbehandlung und Überlastung des amtsärztlichen Dienstes
- Vermerk ist von Ärztin/Arzt gesondert zu unterschreiben
- Beikonsum wird idR per e-Rezept verschrieben (seit 1.7.2023)
- Angabe der exakten Geltungsdauer (keine Überschneidungen)
- **Arbeitsgruppe im BMASGPK** zur Digitalisierung der Substitutionstherapie eingerichtet mit Vertreter:innen der Apothekerkammer, der Ärztekammer, Sozialversicherung, des amtsärztlichen Dienstes in den Ländern

Auseinzeln und Beimedikation

- Massive Verbesserung der Compliance durch engmaschige Betreuung (Minimierung von unkontrolliertem Beikonsum und Überdosierungen)
- 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: 20.02.2023

Kopie

Antfang 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]
1120 [Redacted]

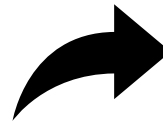
*Auseinzelung bewilligt
neue est!*

[Redacted] **Apotheke**
- 4. Feb. 2023
[Redacted]
1090 V [Redacted]
2 [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

Substitutions-Einzelschreibung – Überbrückungsrezept

- gilt maximal drei Tage
- muss von der Apotheke an das Stadtgesundheitsamt nach der Abgabe des Medikaments **über ein Webformular ([LINK](#)) übermittelt werden**
- bitte gewünschte Expedierung genau vermerken (tägliche Abholung, Mitgabe für alle drei Tage, ab wann? usw.)



Übermittlung von Suchtgiftrezepten



Mit diesem Formular können Sie Suchtgiftrezepte und andere Dokumente im Rahmen der Substitutionstherapie gemäß Suchtgiftgesetz bzw. Suchtgiftverordnung übermitteln.

Zuständige Stelle

Magistrat der Stadt Wien
Gesundheitsdienst
Thomas-Klestil-Platz 8/2/2
1030 Wien

Einmeldende Person

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.

Meldung bei Missbrauch

- „schluckt nicht“
„beim Verkauf beobachtet“
„Dosen nicht bezogen“
- Kontakt mit behandelnden Ärzt:innen
Konsequenzen: z. B. Umstellung der Therapie
- Rezeptfälschungen/manipulierte Rezepte:
Meldeformular – Kontakt mit MA 15 / Polizei / betroffenen Ärzt:innen
- Keine außerordentliche Abgabe von zusätzlichen Dosen → bei abhanden gekommenen Dosen (z. B. verlorene oder gestohlene Dosen)
- Besondere Vorsicht bei Ausnahmegenehmigungen (urlaubsbedingte Mitgabe)

Änderung des Abgabemodus - § 23e Abs. 7 Suchtgiftverordnung

„Die Änderung des auf einer bereits vidierten Suchtgift-Dauerverschreibung verordneten Abgabemodus ist nur dann zulässig, wenn dies **kurzfristig aus unvorhersehbaren Gründen** (z. B. Erkrankung der Patientin/des Patienten, unvorhergesehener Reisebedarf) unerlässlich ist; sie bedarf der **schriftlichen Begründung** und **Fertigung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes** sowie der **Vidierung** durch die zuständige Amtsärztin/den zuständigen Amtsarzt.

Erfolgt eine Verschreibung nach § 8a Abs. 1c des Suchtmittelgesetzes, ist in den Fällen, in denen es kurzfristig aus unvorhersehbaren Gründen zu einer Änderung des verordneten Abgabemodus kommt, eine Vidierung durch die zuständige Amtsärztin/den zuständigen Amtsarzt nicht erforderlich. § 21 Abs. 2a zweiter Satz ist anzuwenden.

In allen anderen Fällen hat die Ärztin/der Arzt die bereits gültige Dauerverschreibung nachweislich zu stornieren und durch eine neue Dauerverschreibung mit dem geänderten Abgabemodus zu ersetzen.“

Einheitliche Vorgangsweise – keine Ausnahmen zulässig

- **keine** Voraus-Mitgabe der Dosis
- **keine** Abgabe verfallener oder nicht bezogener Dosen
- **keine** Abgabe im Nachtdienst (Vereinbarung)

Vergütungen für die Apotheke im Zusammenhang mit SG-/Substitutionsprogrammen (lt. Österreichischer Arzneitaxe)

- lit. g) Zusatzvergütung im Rahmen eines Suchtgiftprogrammes je Dauerverschreibung (ab 3 Tage): € 20,70
- lit. h) Zusatzvergütung für die Abgabe psychotroper Substanzen in Teilmengen für Patient:innen, die an einem Substitutionsprogramm teilnehmen, für die Dauer eines Monats: € 10,35

Bei der Abgabe eines Arzneimittels, das der Suchtgiftverordnung 1997, BGBl. II Nr. 374/1997 in der gültigen Fassung, unterliegt, sind Apotheker:innen oder hausapothekenführende Ärzt:innen befugt, eine Zusatzgebühr von € 0,55 (Suchtgiftgebühr) zu verrechnen (bei Magistrale pro Abgabe).

Kontakt:

**Österreichische Apothekerkammer
Landesgeschäftsstelle Wien
Spitalgasse 31/5. Stock
1090 Wien**

wien@apothekerkammer.at

