

# **Die Bedeutung der öffentlichen APOTHEKE im Behandlungsnetzwerk der Substitutionstherapie**



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





- Substitutionspatient:innen der Apotheke: chronisch kranke Patient:innen
- Regelmäßiger, mitunter täglicher Kontakt der Apotheker:innen mit Substitutionspatient:innen





## Vorteile der Betreuung von Substitutionspatient:innen (SP) 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
- Aufnahme von neuen SP: „Hausordnung“/Grundvereinbarung (falls notwendig)
- Bekannte SP: Laufende Betreuung führt oft zu jahrelangen Beziehungen
- Bei Bedarf: Kontakt mit behandelnden Ärzt:innen

# Ablauf in der Apotheke: das Rezept

## 1. Prüfung der Dauerverschreibung auf Gültigkeit

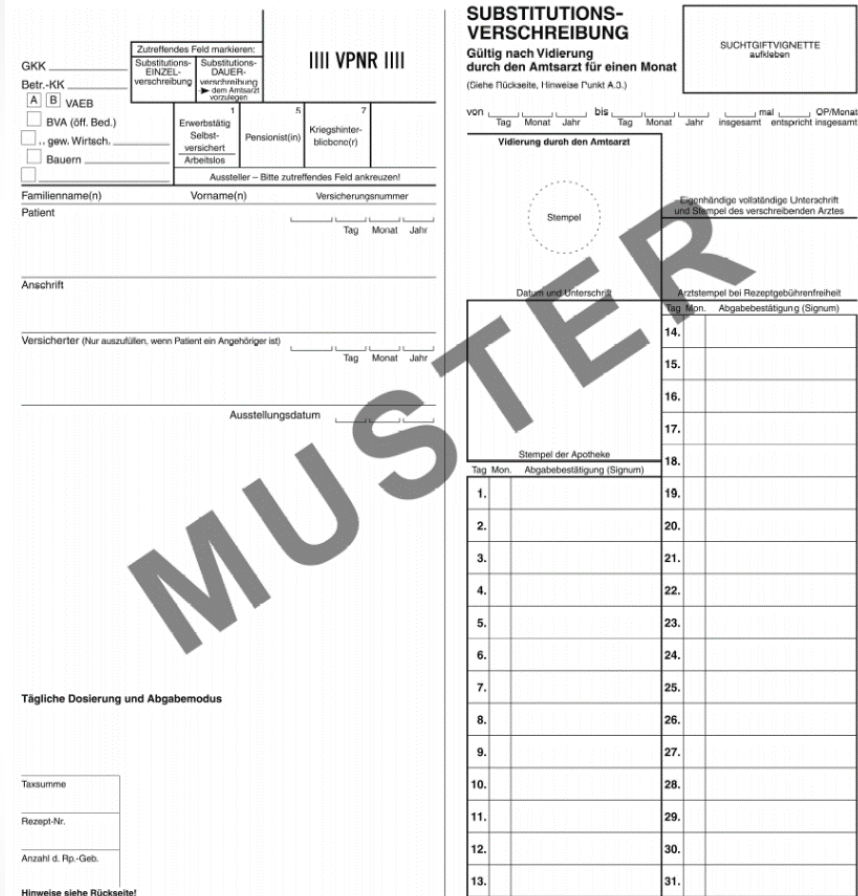
- Name
- Arzneimittel
- Signatur
- Stempel & Unterschrift
- (Vidierung)
- Gültigkeitsdauer

## 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, Hinweis Punkt A.3.)

**SUCHTGIFTVIGNETTE aufkleben**

von ... Tag ... Monat ... Jahr bis ... Tag ... Monat ... Jahr ... mal ... OP/Monat insgesamt entspricht insgesamt

Vidierung durch den Amtsarzt

Stempel

Eigenhändige vollständige Unterschrift und Stempel des verschreibenden Arztes

Datum und Unterschrift

Arztstempel bei Rezeptgebührenfreiheit

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

Stempel der Apotheke

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

Textsumme

Rezept-Nr.

Anzahl d. Rp.-Geb.

Hinweise siehe Rückseite!

# Tägliche Abgabe

*Dr. T. Müller*

OGK **OGK**

Zustellendes Feld markieren:  
 Substitutions-EINZEL-Verschreibung  
 Substitutions-DÄUER-Verschreibung  
 \* dem Arzt vorzuschicken

A  B  EVAEB-EB  
 BVAEB-OEB  
 SVS-OW  
 SVS-LW

Erweitert  Selbst-versichert  
 Arzttätig

1 5 7  
 Penionat(n) Kriegalinter-bibione(r)

Aussteller - Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienna(m) \_\_\_\_\_ Vorname(n) \_\_\_\_\_  
 Patient \_\_\_\_\_ Tag Monat Jahr \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

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

*Handwritten note:* **Widerrufen wird der Bescheid**

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

Tabumme \_\_\_\_\_  
 Rezept-Nr. \_\_\_\_\_  
 Anzahl d. Pfg.-Gest. \_\_\_\_\_ DVR: \_\_\_\_\_  
 Hinweise siehe Rückseite

### SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG

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

von **19.01.2022** bis **17.02.2022** **30** mal **4** DPMonat

Vidierung durch den Amtsarzt

Stempel

Eigenhändige vollständige Unterschrift und Stempel des verordnenden Arztes

Datum und Unterschrift

Arztstempel bei Präsenzgebührenfreiheit

Tag	Mon	Abgabebestätigung (Signum)
14.	2	ML
15.	2	1x48
16.	2	1x4
17.	2	1x4
18.		
19.	1	1x48
20.	1	1x4
21.	1	1x4
22.	1	2x48
23.	1	
24.	1	480
25.	1	480
26.	1	1x4
27.	1	1x4
28.	1	1x4
29.	1	2x48
30.	1	
31.	1	480



# Abgabe zweimal pro Monat

W. ÖGK

Zutreffendes Feld markieren:  
 Substitutions-EINZELverschreibung  
 Substitutions-DAUERverschreibung

BVAEB-OEB  
 SVS-QW  
 SVS-LW

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

Arbeitlos

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen

Familienname(n) \_\_\_\_\_ Vorname(n) \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_  
 Patient \_\_\_\_\_ Tag Monat Jahr \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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 dreißig 30 Stück  
 600mg /Tag  
 zur oralen Substitution *OP a 1*

Bei Nichtverfügbarkeit kann  
 Gültig ohne Vidierung  
 immer für 2 Wochen mitgegeben  
 Stabilitätskriterien erfüllt *✓*

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

Unverträglichkeit anderer Substitutionsmittel  
 Berufstätigkeit, Schichtdienst

Rezept-Nr. \_\_\_\_\_

Anzahl d. Rp.-Geb. *3 Rp. Geb.*

STAMPEN SIE DIESE VERSCHEIBUNG  
**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 (Tag/Monat entspricht insgesamt)

Vidierung durch den Amtsarzt

Stempel \_\_\_\_\_  
 und Stempel bei verschreibenden Arzt \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_  
 Arztstempel bei Freizeptgebührenfreiheit

Tag	Mon.	Abgabebestätigung (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.	Abgabebestätigung (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 \_\_\_\_\_

Zutreffendes Feld markieren:  
 Substitutions-EINZELverschreibung  
 Substitutions-QUALIFERSverschreibung  
 Substitutions-QUALIFERSverschreibung durch Vertragsarzt ausstellen

BVAEB-EB  
 BVAEB-OB  
 SVS-GW  
 SVS-LW

1  Erwerbstätig  
 5  Pensionist(in)  
 7  Kriegshinterbliebener(in)

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen

Familiennamen(n) \_\_\_\_\_  
 Patient \_\_\_\_\_  
 Tag \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Versicherer (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 \_\_\_\_\_

Taschsumme \_\_\_\_\_  
 Rezept-Nr. \_\_\_\_\_  
 Anzahl d. Rp.-Stk. \_\_\_\_\_  
 Hinweise siehe Rückseite

**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 Inzident entsprechend insgesamt

Vidierung durch den Amtsarzt

Stempel

Arztstempel bei Rezeptabgabefähigkeit und Stempel des verschreibenden Arztes

Arztstempel bei Rezeptabgabefähigkeit und Stempel des verschreibenden Arztes

Stempel der Apotheke		Arztstempel bei Rezeptabgabefähigkeit	
Tag	Mon.	Tag	Mon.
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.	2		
29.	1		
30.	1		
31.	1		

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

# Wöchentliche Abgabe Magistrale Zubereitung einer Morphiumlösung

ÖGK Zutreffendes Feld markieren:  
Substitutions-EINZEL-  
verschreibung → dem Arzt  
vorzulegen

A  B BVAEB-EB  
 BVAEB-OEB  
 SVS-GW  
 ÖGK-W

1 Erwerbstätig  
5 Pensionist(in)  
7 Kriegshinter-  
bliebene(n)

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familiename(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!

Taxsumme \_\_\_\_\_  
Rezept-Nr. \_\_\_\_\_  
Anzahl d. Rp.-Geb. 4 Rp.-Geb.  
Hinweise siehe Rückseite!

**SUBSTITUTIONS-  
VERSCHREIBUNG**

Gültig nach Vidierung  
durch den Amtsarzt für einen Monat  
(Siehe Rückseite, Hinweise 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

eigenhändige vorläufige Unterschrift  
und Stempel des verschreibenden Arztes

Datum und Unterschrift

Arztstempel bei Freizeigebührenfreiheit

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

# Wöchentliche Abgabe Magistrale Zubereitung einer Methadonlösung

OGK ÖGK

Zulassendes Feld markieren:  
Substitutions-EINZEL-  
verschreibung Substitutions-DAUER-  
verschreibung (je nach Arznei-  
stoff)

A  B BVAER-EB  
 BVAER-OEE  
 SVS-GW  
 SVS-LW

Erwerbstätig  
Selbst-  
versichert  
arbeitslos

Paracostian) 5  
Kriegsteil-  
nahme(n)

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familiennamen(n) \_\_\_\_\_  
Patient

Vorname(n) \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Anschrift \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Versicherter (Nur auszufüllen, 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

Tagesdosierung und Abgabemodus

**SUBSTITUTIONS-  
VERSCHREIBUNG**

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

von Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

Vidierung durch den Amtsarzt

Stempel

Eigenhändige vollständige Unterschrift  
und Stempel des verschreibenden Arztes

4 Geb bez!

Arztsiegel bei Rezeptgebührenfreiheit

Stempel der Apotheke

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

5. 1x 7

6. 1x 7

11. 1x 6x7

## 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
- Beikonsum wird idR per e-Rezept verschrieben (seit 1.7.2023)
- **Arbeitsgruppe im BMSGPK** 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*

Antang 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  
renew est!*

[Redacted] **Apotheke**  
- 4. Feb. 2023

Dr. [Redacted]  
1090 V  
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](http://www.chipkarte.at/e-rezept)

## Substitutions-Einzelschreibung – Überbrückungsrezept

- gilt maximal drei Tage
- muss von der Apotheke an den Amtsarzt nach der Abgabe des Medikaments übermittelt werden (per Fax oder E-Mail)
- bitte gewünschte Expedierung genau vermerken  
(tägliche Abholung, Mitgabe für alle drei Tage, ab wann? usw.)

## 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 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](mailto:wien@apothekerkammer.at)**

