

# Die Substitutionstherapie in der öffentlichen Apotheke



Priv.-Doz. DDr. Philipp Saiko, Präsident

Mag. pharm. Susanne Ergott-Badawi, Vizepräsidentin

## Vorteile

- Wohnortnahe Versorgung:  
332 Apotheken in Wien
- Keine Ablehnung von Patient:innen ohne Grund
- Tägliche, kontrollierte Abgabe trägt wesentlich zur Compliance bei
- Neue Patient:innen:  
Grundvereinbarung (nur falls notwendig)
- Bekannte Patient:innen:  
Laufende Betreuung führt oft zu jahrelangen Beziehungen
- Bei Bedarf:  
Kontakt mit behandelnden Ärzt:innen und Amtsärzt:innen

# Ablauf in der Apotheke

## 1. Prüfung der Dauerverschreibung auf Gültigkeit


- Patient:in
- Arzneimittel
- Signatur
- Stempel & Unterschrift
- Vidierung
- Gültigkeitsdauer

## 2. Suchtgiftaufzeichnungen und Dokumentation der Abgabe

Eventuell Betreuungsvereinbarung zwischen Patient:in und Apotheke

### Grundsätzlich zwei Varianten:

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



**III VPNR IIII**

**SUBSTITUTIONS-Verschreibung**  
Gültig nach Vidierung durch den Arzt für einen Monat  
(siehe Richtlinien, Hinweis Punkt A.2)

Substitutionsverschreibung ausstellen

Dem: JH (A) (B) VAB (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L) (M) (N) (O) (P) (Q) (R) (S) (T) (U) (V) (W) (X) (Y) (Z)

Einweisung Selbstmedikation (Mittelwert)

Familienname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer

Patient Tag Monat Jahr

Arzt

Bestand für die nächsten drei Patient:in-Angebote ist Tag Monat Jahr

Anstellungsdatum

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

Tabelle

Pharmazie

Arzt:in Dr. G.H.

Hinweise siehe Rückseite

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

# Abgabemodus

Bitte klare und deutliche Angaben!

*Dr. Tschann K. 1001/200*

OGK **OGK**

**Substitutionsverschreibung**

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

19.01.2022 bis 17.02.2022 *30 4* OP Monat

Vidierung durch den Amtsarzt

Patent: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Verstärker (für Substituten, wenn Patienten-Angabe vorliegt): \_\_\_\_\_

Anstellungsdatum: 10.01.2022

COMPENSAN RET FTBL  
200 (zweiundert) mg  
OP 4 (vier) à 30 (dreißig) ST  
Stg: 300 (achthundert) mg täglich  
der Apotheke, Sa. für Sa. mitgeben.  
DG: Substitution

*Mitbringen und  
Rezeptieren  
lassen*

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

Datum und Unterschrift		Anzahl der abzugebenen Packungen	
Tag	Monat	Tag	Monat
14.	1	2	1x4
15.	1	2	1x4
16.	1	2	1x4
17.	1	2	1x4
Datum der Apotheke		Anzahl der abzugebenen Packungen	
Tag	Monat	Tag	Monat
18.	1	19.	1
20.	1	20.	1
21.	1	21.	1
22.	1	22.	1
23.	1	23.	1
24.	1	24.	1
25.	1	25.	1
26.	1	26.	1
27.	1	27.	1
28.	1	28.	1
29.	1	29.	1
30.	1	30.	1
31.	1	31.	1

# Abgabemodus

Bitte klare und deutliche Angaben!

ÖGK-W  
ÖGK

Zuständiger Fachapotheker  
Berechnung  
EINZEL-  
verschreibung  
Substitutions-  
verschreibung  
Austausch-  
verschreibung

Direktiv-  
verschreibung  
Paracetamol  
Konglutin-  
Medizin

Ausgabe – Bitte vollständiges Folio ankreuzen

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

Arzt: \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr \_\_\_\_\_

Verordnungsdatum (bei Auslieferung, wenn Patient im Auftrag ist)  
Tag Monat Jahr \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum  
19.01.2022

Substitut rot. 200 (zweihundert)mg  
OP V(Fünf) 30(dreissig) stk  
Tg 1000mg  
B. 1x Täglich 1000mg  
Falls Substitut nicht Lieferbar alternativ  
Compensan abgeben

Tägliche Dosierung und Abgabemodus  
Vidierung nicht erforderlich  
Wochentliche mitgabe \_\_\_\_\_

Zeichnung  
Rezept Nr.  
Arzt Nr. (Bz-Gez.  
Bewertung als Rezept

**SUBSTITUTIONS-  
VERSCHREIBUNG**

Gültig nach Vidierung  
durch den Amtsarzt für einen Monat  
(Bitte Rückseite Visum von Punkt A.2)

von 29.01.2022 bis 27.02.2022 30  
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Vidierung durch den Amtsarzt  
Dr. [Signature]  
Stempel und Unterschrift  
Arztamt für Rechtsgültigkeit  
Tag Monat Jahr

Tag	Monat	Jahr	Regelverschreibung (Stigma)
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		1
12	2		1
13	2		1

Handwritten notes on the table:  
 - Next to day 1: 5x5 = 25  
 - Next to day 2: 2  
 - Next to day 6: 7x5 = 35  
 - Next to day 7: 4x5 = 20  
 - Next to day 11: 7x5 = 35  
 - Next to day 12: 2  
 - Next to day 13: 2  
 - A bracket groups days 1-10 with the note 7x5 = 35.  
 - A bracket groups days 11-13 with the note 7x5 = 35.

# Abgabemodus

Bitte klare und deutliche Angaben!

ÖGK

Einzelverschreibung  Substitutionsverschreibung

Einzelverschreibung  Substitutionsverschreibung

Einseitig Substituiert  Personalisierte  Integrierte (Stempel)

Aussteller - Bitte zureichendes Feld ausfüllen!

Familienname(n) \_\_\_\_\_ Vorname(n) \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Patient \_\_\_\_\_ Tag \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Versicherer (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!

Arzt d. Apo-Ordn. \_\_\_\_\_  
Kommunikation Rückverf. \_\_\_\_\_

**SUBSTITUTIONS-  
VERSCHREIBUNG**

Gültig nach Vidierung  
durch den Arzt für einen Monat

(Date Rückgabe, Hinweis Punkt A.3.)

von 26.01.2022 bis 22.02.2022 28. 1. 2022

Vidierung durch den Arzt

Stempel

Angemessene wöchentliche Vidierung und Stempel des verschreibenden Arztes

Datum und Uhrzeit		Anzahl bei Rezeptgültigkeit	
Tag	Monat	Tag	Monat
14.	2		
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.	2		
30.	2		
31.	2		

Stempel der Apotheke

Tag	Monat	Abgabekategorie (Signum)	Anzahl bei Rezeptgültigkeit
1.	2		
2.	2		
3.	2		
4.	2		
5.	2		
6.	2		
7.	2		
8.	2		
9.	2		
10.	2		
11.	2		
12.	2		
13.	2		



# Abgabemodus

Bitte klare und deutliche Angaben!

W. OGK. Zutreffendes Feld markieren:  
Substitutions-**EINZEL-**verschreibung    Substitutions-**DAUER-**verschreibung (wenn mehrere verschreibung)

BWS-EB     Einzelverschreibung     Dauerverschreibung  
 BWS-DB     Einzelverschreibung     Dauerverschreibung  
 BWS-LW     Einzelverschreibung     Dauerverschreibung

Erreichung Substanz (Arztbesitz)    Personell (Arztbesitz)    Kliniken (Arztbesitz)

Aussteller – Bitte vollständige Postadresse angeben:  
 Vorkname(n)    Versicherungsnummer    Tag    Monat    Jahr

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Versicherter (für ambulante, wenn Patient im Angehörigen ist)    Tag    Monat    Jahr

Ausstellungsdatum: 14.02.2022

Substitutor ret MPS 200 zweihundert mg  
 3 drei OP a dreißig 30 Stück  
 600mg /Tag  
 zur oralen Substitution    *DN, A*

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

Tägliche Dosierung und Abgabemodus

Unverträglichkeit anderer Substitutionsmittel  
 Reinfertigkeit, Schichtdienst

Rezept Nr.: \_\_\_\_\_

Arztbesitz (BWS-Geb): *3 2/4*

## SUBSTITUTIONS- VERSCHREIBUNG

Gültig nach Vidierung durch den Arztarzt für einen Monat  
 (Siehe Rückseite, Hinweis Punkt 4.3.)

Von 14.02.2022 bis 15.03.2022 300 mg 3 OP a dreißig 30 Stück

Vidierung durch den Arztarzt: *[Signature]*

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_    Amtsstempel bei Personengehäufen: \_\_\_\_\_

Tag	Monat	Abgabemenge (Stück)	Abgabemenge (Stück)
14	2	30	2
15	2	30	2
16	2	30	2
17	2	30	2
18	2	30	2
19	2	30	2
20	2	30	2
21	2	30	2
22	2	30	2
23	2	30	2
24	2	30	2
25	2	30	2
26	2	30	2
27	2	30	2
28	2	30	2
29	2	30	2
30	2	30	2
31	2	30	2

*Handwritten notes: 14x3 ✓, 2, 1x5 ✓*

# Abgabemodus

Bitte klare und deutliche Angaben!

**SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG**  
Gültig nach Vidierung durch den Arzt für einen Monat  
Gültig bis: 09.01.2022 05.02.2022 28

**OGK ÖGK**

Zustehendes Recht (auswählen):  
 Substitutionsverschreibung  
 Substitutionsverschreibung durch den Arzt

Erwerb(s) (auswählen):  
 Substanz  
 Person(s)  
 Richtigkeitsbescheid

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!  
 Arzt  
 Apotheker

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

Abschrift \_\_\_\_\_  
 Tag Monat Jahr \_\_\_\_\_

Verstärker (nur ausfüllen, wenn Patient ein Angestellter 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 Dosisierung und Abgabemodus

**Stempel der Apotheke**

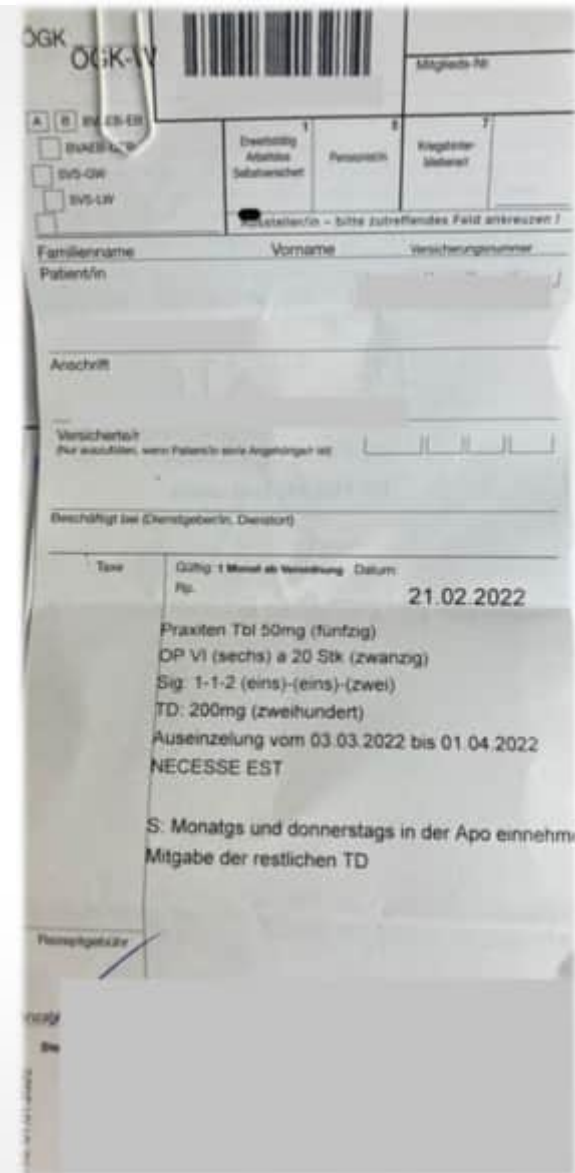
Tag	Monat	Abgabemodus (Signum)	Tag	Monat	Abgabemodus (Signum)
1.	1		14.	1	
2.	1		15.	1	
3.	1		16.	1	
4.	1		17.	1	
5.	1	7x	18.	1	7x
6.	1		19.	1	
7.	1		20.	1	
8.	1		21.	1	
9.	1		22.	1	
10.	1		23.	1	
11.	1		24.	1	
			25.	1	7x
			26.	1	
			27.	1	
			28.	1	
			29.	1	
			30.	1	

Handwritten notes: "4 Geb 6x", "7x", "7x", "6x"



## 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)



OGK  
OGK-V

Mitglied Nr.

BWS-EL  
 BWS-OW  
 BWS-UV

Zweijährig  
Arbeits-  
Substituent

Personen

Kategorie  
Medikation

Kategorie/In - bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname  
Patient/in

Vorname

Versicherungsnummer

Anschrift

Versichert?  
Nur ausfüllen, wenn Patient/in sich Angehöriger ist

Beschäftigt bei (Chemikalien, Dienstort)

Titel	Gültig: 1 Monat ab Verschreibung	Datum
	Nr.	21.02.2022

Praxiten Tbl 50mg (fünzig)  
 DP VI (sechs) a 20 Stk (zwanzig)  
 Sig: 1-1-2 (eins)-(eins)-(zwei)  
 TD: 200mg (zweihundert)  
 Auseinzelung vom 03.03.2022 bis 01.04.2022  
 NECESSE EST

S: Monats und donnerstags in der Apo einnehmen  
 Mitgabe der restlichen TD

Paraphierung

Handwritten signature and date: 21.02.2022

## Meldung bei Missbrauch

- „Schluckt nicht“  
„Beim Verkauf beobachtet“  
„Dosen nicht bezogen“  
„Zusätzlicher Spritzenkauf“ usw.
- Kontakt mit behandelnden Ärzt:innen und Amtsärzt:innen  
Konsequenzen: z.B. „Kapseln geöffnet einnehmen“
- Rezeptfälschungen:  
Meldeformular – Kontakt mit MA 15 / Polizei / betroffenen Ärzt:innen
- Übliche Ausreden und „Tricks“ → keine Chance
- Manipulationen auf Rezept
- Fälschung von Ausnahmegenehmigungen (urlaubsbedingte Mitgabe)

## 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.

## Einzelverschreibung

- maximal 3 Tage
- bitte genau angeben, was gewünscht wird  
(tägliche Abholung, Mitgabe für 3 Tage usw.)

## Wichtig: Einheitliche Vorgangsweise

- **keine** Vorausgabe
- **keine** Abgabe verfallener Dosen
- **keine** Abgabe im Nachtdienst

## Verhaltensregeln

Das Apothekenteam ist stets bemüht, seinen Klient:innen wertschätzend und höflich zu begegnen. Genau die gleiche Wertschätzung und Höflichkeit wird daher auch von mir erwartet.

- Den Anordnungen des Apothekenteams ist Folge zu leisten.
- Außerhalb der Öffnungszeiten erfolgt keine Abgabe von Substitutionsmitteln.
- Der Besitz, der Konsum und die Weitergabe von Alkohol, Drogen oder nicht verordneten Medikamenten in oder vor der Apotheke ist verboten. Es können jederzeit Kontrollen durchgeführt werden.
- Verlorene Rationen werden nicht ersetzt.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass ohne gültiges und vidiertes Rezept keine Abgabe des Substitutionsmittels möglich ist und ich mich daher immer rechtzeitig um die erforderlichen Rezepte bemühen werde.
- Zum Abbruch der Betreuung kann führen:
  - Schmuggelversuche bei der Medikamentenabgabe, die Weitergabe oder die intravenöse Anwendung des Substitutionsmittels
  - missbräuchliche Verwendung von Rezepten
  - Gewaltausübung oder -androhung
  - das Mitbringen oder Vorzeigen von Waffen jeder Art
  - widerrechtlicher Handel mit Suchtgiften oder suchtmittelhaltigen Arzneimitteln
  - Belästigung oder Bedrohung von anderen in der Apotheke anwesenden Personen



## Kontakt:

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

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

