

dialog:

**Fortbildungsveranstaltung
„Opioidsubstitutionstherapie – leicht gemacht“**

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

Wien, 12.03.2021 - Online Fortbildung

Gerhard Rechberger
Verein Dialog, IS-Gudrunstraße

Weshalb kommt es zu schwierigen Situationen ?

- **Psychischen Störungen** vieler Suchtkranker (z.B. Impulskontrollstörungen, Psychosen)
- **Abhängigkeitserkrankung** (Substanzcraving, verminderte bis fehlende Kontrolle des Umgangs mit verschriebenen suchtmittelhaltigen Medikamenten, Beeinträchtigung, Gefahr der Überdosierung, Gefährdung Dritter)
- **Umfangreichen Regelungen** der Substitutionsbehandlungen (Suchtgiftverordnung: Mitgaberegeln, Einnahmekontrolle, amtsärztliche Vidierung)
 - Regelungen sind in vielen Fällen eine wesentliche Unterstützung in der Betreuung Suchtkranker, weil sie Struktur und Verlässlichkeit geben
 - Regelungen können aber auch die Selbstbestimmung und Flexibilität der Patient_innen behindern

Fallbeispiel 1 – Apotheke

- Patient in OST, seit 3 Jahren in derselben Apotheke, war immer freundlich und korrekt, es gab bislang keine Vorfälle.
- Berufstätig (Kellner)
- Medikation: Levomethadon 30mg, Trittico 150mg, wöchentliche Mitgabe Mo für Di – Mo im Voraus
- Kommt Freitag Nachmittag, ist ungewöhnlich aufgereggt: 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 Folgeweche bereits heute mitzugeben**. Er würde am Montag gleich zu seinem Arzt gehen um ein Einzelrezept nachzubringen

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**

Fallbeispiel 2 – Apotheke

- 40 jähriger Patient in OST mit 45mg Levomethadon, langjährig in der Apotheke bekannt, bislang gab es keine Vorfälle
- Einnahme des Substitutionsmedikamentes am Samstag, Mitgabe für die Folgetage Sonntag bis Freitag wegen Berufstätigkeit (Baufirma)
- Kommt am Freitag Nachmittag, er **müsse überraschend am Samstag arbeiten**. Er sei noch im **Probemonat**, wenn er morgen nicht zur Arbeit gehen würde, verlöre er seinen Job. Er ersucht dringend, dass er das **Substitutionsmedikament ausnahmsweise heute bereits erhält**, zumindest bis Montag
- Sein Arzt sei damit einverstanden, die Apotheke könne das telefonisch überprüfen

Fallbeispiel 3 – Apotheke, Ordination i.v. Konsum, Umgehung der Einnahmekontrolle

- Patientin seit mehreren Jahren in Substitution, etwas verwahrlost, in den letzten Monaten gelegentlich beeinträchtigt
- Morphin retard 600mg mit tgl. Einnahme in der Apotheke, Clonazepam 2mg tgl. 6 Tbl. ausgeeinzelt
- 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
- **Was kann, muss, soll die Apotheke tun?**
- **Was kann, muss, soll der verschreibende Arzt tun?**

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 I.v. Konsum, Umgehung Einnahmekontrolle

- Patientin seit mehreren Jahren in Substitution, etwas verwahrlost, in den letzten Monaten gelegentlich beeinträchtigt
- Morphin retard 600mg mit tgl. Einnahme in der Apotheke, Clonazepam 2mg tgl. 6 Tbl. ausgeeinzelt
- 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
- Was kann, muss, soll die Apotheke tun?
- Was kann, muss, soll der verschreibende Arzt tun?

Fallbeispiel 4 – Apotheke, Ordination

- Patient 18 Jahre alt, Sozialhilfeempfänger
- In der Apotheke immer unauffällig, freundlich.
- OST bei einem niedergelassenen Allgemeinmediziner mit Levomethadon 45 mg, tägliche Einnahme in der Apotheke
- Löst Rezept eines weiteren niedergelassenen Arztes ein mit

1 Packung Rivotril 2mg 100 Tbl. und

Anxiolit 50mg 3 Packungen zu 30 Tbl.

- Was tun? – Apotheke
- Was tun? - verschreibender Arzt

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 Suchtgiftverordnung¹

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

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 5 – Ordination

- 35 jähriger Pat. mit 800mg Morphin retard, tgl. Einnahme in der Apotheke, 200mg Oxazepam ausgeeinzelt, Medikation seit 2 Jahren unverändert, schildert gelegentlichen BK von Heroin iv und Benzodiazepinen. Nicht berufstätig, Partnerin ebenfalls in OST
- Kommt plötzlich 2 Wochen vor Ablauf des Rezeptes mit **dringendem Wunsch nach Dosiserhöhung**, er konsumiere täglich Heroin, manchmal stattdessen 400mg Morphin von seiner Partnerin, das reiche gerade um die E-Sy zu verhindern, eigentlich brauche er 600mg mehr.
- Pat. wirkt gespannt, angetrieben, keine Entzugssymptome feststellbar, sehr rigide auf seinen Forderungen beharrend, kaum Bereitschaft zu erklären wie es dazu kam, weshalb er bisher nichts von seinem BK erzählt habe
- Während des mühsamen Gesprächs kommt der Pat. noch mit der Forderung: er brauche **heute** noch für nächste Woche **eine Mitgabe des Substitutionsmittels**, seine Tante in NÖ habe ihn zu sich eingeladen, er müsse ihr außerdem beim Arbeiten am Haus helfen.
- Letzte Harntests: vor 12 Monaten Opt, Benz pos, Amp, Kok neg, vor 2 Monaten Opt, Ben, Kok pos, Amp neg

Fallbeispiel 6 – Ordination „Benzodiazepin-Notfall“

- Patientin in OST bei einem niedergelassenen Kollegen mit Methadon 70mg Einnahme in der Apotheke und Oxazepam 300mg 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 11 Tagen ausgestellt OP II a 30 Stck. 6 Tbl zu 50mg tgl. , keine Auseinzelung vorgesehen
- ÄK HomePage bestätigt die Ordinationsschließung
 1. Zu wievielen Ärzten kann die Pat. gehen?
 2. Ist eine Ordination in Wien für Notfälle in der OST zuständig?
 3. Wohin könnte man den Pat schicken?
 4. Ist ein Tag ohne Benzodiazepin ein Notfall?

Fallbeispiel 7 - Ordination - Urlaubsmitgabe

- **35 jähriger Patient, Mindestsicherung, lebt bei Eltern, kranker Bruder und Vater mit Pflegebedarf, fam. Sit. belastend, depressiv, Morphin ret. 720mg seit Jahren, Oxazepam 150mg, Sertralin 100mg, anamnest. Kokain i.v. BK 1-2 mal / Monat, 2 Harntests im letzten Jahr, beide Kok pos**
- **Möchte mit Familie (bestätigt) 10 Tage an die Ostsee fahren**
- Plausibilität des konkreten Grundes (Arbeit, Reisen, Wohnort, Lebenssituation)
- aktuelle objektivierte Vorfälle im Zusammenhang mit Weitergabe der Medikation (polizeiliche Meldungen)
- Qualität der therapeutischen Beziehung (Offenheit, Krisenfestigkeit, Vertrauensverhältnis, Arbeitsbündnis)
- psychische Stabilität (psychiatrische Komorbidität, Ressourcen der Impulskontrolle, Emotionsregulation, Realitätsanpassung, ausreichende Selbstfürsorge)
- somatische Stabilität
- Grad der sozialen Integration (Wohnen, Finanzen, Beschäftigung, Tagesstruktur, soziales Umfeld)
- Konsumverhalten (Dosisstabilität, Beikonsum, intravenöser Konsum, Begleitbehandlung mit psychotropen Substanzen)

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!



www.dialog-on.at

Tel: 01 / 205552 600

gerhard.rechberger@dialog-on.at

“How much longer do I have before I have to change to a healthy lifestyle?”