

# Aufgaben des Amtsarztes und der Gesundheitsbehörde

ÖÄK-Diplom **Substitutionsbehandlung**

Elisabeth Hipfl

Amtsärztin BH Wolfsberg

Oktober 2023

## § 23g Suchtgiftverordnung - SV

...Die Behandlung unterliegt der Kontrolle durch den zuständigen Amtsarzt. Dieser hat die Qualifikation des Arztes (Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution ) zu prüfen und bei Bedenken hinsichtlich der Verordnungskonformität, der Indikationsstellung oder Behandlung Rücksprache mit dem behandelnden Arzt zu halten. Die Rücksprache ist zu dokumentieren. Der behandelnde Arzt hat dem Amtsarzt die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und in den von diesem als erforderlich erachteten Fällen den Behandlungsvertrag (§ 23b Abs. 1 Z 4) vorzulegen. Führt die Rücksprache zu keinem Einvernehmen, so hat der Amtsarzt die Fertigung der Dauerverschreibung (§ 21 Abs. 2) zu verweigern. Der Amtsarzt hat die Verweigerung der Vidierung zu dokumentieren und dem behandelnden Arzt gegenüber zu begründen. Er hat erforderlichenfalls den Patienten bei der Auffindung einer geeigneten Behandlungsalternative zu unterstützen.

[www.ris.bka.gv.at](http://www.ris.bka.gv.at)

# Aufgaben des Amtsarztes

- Zuständigkeit: richtet sich nach Wohnsitz des Patienten (Ausnahme: Haft, Amtshilfe)
- Prüfung der Qualifikation des Behandlers gemäß „Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution“
- Verwaltung der Suchtgiftvignetten /Abgabe (Digitaler Verschreibungsprozess geplant)
- Meldung an das bundesweite Substitutionsregister
- Substitutionsnachweis
- Prüfung der Verschreibung auf Verordnungskonformität
- Änderung des Abgabemodus einer geltenden Dauerverschreibung (Mitgabe)
- Mitführen von Suchtgiften ins Ausland
- Stornierungen - Stilllegung
- Dokumentationspflichten
  
- Begutachtungen nach
  - § 12 SMG
  - Führerscheingesetz

# Weiterbildungsverordnung

Wer eine Substitutionsbehandlung und unter welchen Voraussetzungen durchführen darf, ist in der

**SV bzw. „Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution“** geregelt.

# Weiterbildungsverordnung

- Vereinheitlichung der Qualifizierung/Weiterbildung der substituierenden Ärzte
- bundesweit standardisierte Curricula/Ausbildungsmodule
- entsprechende Ausbildung der Amtsärzte, die in Substitutionsbehandlung eingebunden sind
- Listenführung der substituierenden Ärzte durch zuständige BVB ( richtet sich nach Berufssitz/Dienstort!!)

# Weiterbildungsverordnung

## §3 Weiterbildung

- Basismodul: 40 Einheiten
- regelmäßige vertiefende Weiterbildung:
  - 6 Einheiten/Jahr bzw.
  - 18 Einheiten/3 Jahren
- Weiterbehandlung: 6 Einheiten und regelmäßige vertiefende Weiterbildung, wie oben

# Weiterbildungsverordnung

## §5 Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärzte

- Meldung an die zuständige BVB (Berufssitz, Dienstort)
- Nachweis der entsprechenden Qualifikation ist vorzulegen
- Qualifikationsnachweise: \* Approbation Arzt für Allgemeinmedizin bzw. entsprechendes Sonderfach
  - \* umfassende Qualifikation zur Substitutionsbehandlung
  - \* eingeschränkte Qualifikation zur Weiterbeh.
- Beginn der ärztlichen Qualifikation zur Substitutionsbehandlung  
= Datum der Eintragung in die Liste

# Weiterbildungsverordnung

## §6 befristete Eintragung

- für die Dauer von 3 Jahren
- 3 Monate vor Ablauf der Eintragungsdauer ist Verlängerung schriftlich bei BVB zu beantragen
- mit Nachweis der Absolvierung der vertiefenden Weiterbildung (bestätigt durch Ärztekammer)



# Weiterbildungsverordnung

## §7 Streichung aus Ärzteliste

BVB auch zuständig für Streichung aus Liste bei:

- Verstoß gegen Berufspflichten
- Nichterbringung des Nachweises der Weiterbildung

## §8 Aktualität der Liste

Änderungen sind der BVB mitzuteilen

# Substitutionsregister

- Nationales Monitoring der Substitutionsbehandlung durch BMG
- behandelnder Arzt muss Beginn und Ende melden (gem. §8a SMG)
- Meldung der Gesundheitsbehörde (gem. § 24b SMG) an das Gesundheitsministerium
- bundesweit
- Verhinderung von Mehrfachbehandlungen / Statistik

# Substitutionsnachweis

- Ausstellung durch behandelnden Arzt (Ausweis)
- Vorlage bei BVB

## §23d SV

Der Amtsarzt hat die Anschrift und Telefonnummer der für die Kontrolle der Behandlung zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde auf dem Substitutionsnachweis zu vermerken und den Eintrag mit seiner Unterschrift zu fertigen.

# Vidierung

- Vorlage des Rezeptes vor Übergabe an Apotheke beim zuständigen Amtsarzt  
zuständige BVB: abh. vom Wohnsitz des Patienten!!!
- Überprüfung der Verschreibung auf Verordnungskonformität  
inhaltlich und formal
- Vidierung ( Amtssiegel, Datum, Unterschrift)
- Seit Corona Pandemie Vermerk „Vidierung nicht erforderlich“, Rezept im Nachhinein!  
(SMG §8a)
- Behandlung unterliegt der Kontrolle des Amtsarztes

# Vidierung

Stellt der Amtsarzt auf der Verschreibung offensichtliche Formalfehler (z.B.: Schreibfehler, Datierungsmängel) oder sonstige offenbare Irrtümer, Mängel oder Ungereimtheiten fest, so hat er diese zu beheben oder fehlende Angaben zu ergänzen, die vorgenommenen Änderungen zu dokumentieren sowie diese dem behandelnden Arzt zur Kenntnis zu bringen.

# Vidierung

Die Vidierung durch den Amtsarzt  
ersetzt  
die gegebenenfalls notwendige  
chef (kontroll) ärztliche Bewilligung!!!

# Suchtgiftverordnung (SV)

regelt:

- Mitgabe
- Grenzüberschreitungen mit Suchtgift (Schengen)
- Stornierungen/Stilllegungen bei bereits vidiertem Rezept
- Vorgehensweise und Abgabe der Apotheke

Apotheke informiert Behandler und Amtsarzt bei Unzulänglichkeiten

- .....

# Suchtgiftverordnung (SV)

Einzelverschreibungen benötigen  
keine vorherige Vidierung durch den Amtsarzt.

Die Kopie der Einzelverschreibung muss am darauffolgenden Tag  
durch die Apotheke dem Amtsarzt geschickt werden.



???

**KGK**

Zutreffendes Feld markieren:  
 Substitutions-EINZEL-verschreibung  Substitutions-DIAGN.-verschreibung  vom Arzt ausgestellt

GKK \_\_\_\_\_  
 Betr.-KK \_\_\_\_\_  
 A  B VAES  
 BVA (öfl. Bed.)  
 .. gew. Wirtsch.  
 Bauern

1 Erwerbstätig  5 Pensionist(in)  7 Gelegenheits-  8/9/10/11/12/13/14/15/16/17/18/19/20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37/38/39/40/41/42/43/44/45/46/47/48/49/50/51/52/53/54/55/56/57/58/59/60/61/62/63/64/65/66/67/68/69/70/71/72/73/74/75/76/77/78/79/80/81/82/83/84/85/86/87/88/89/90/91/92/93/94/95/96/97/98/99/100  
 Substituiert Arbeitslos

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen

Familienname(n) \_\_\_\_\_ Vorname(n) \_\_\_\_\_  
 Patient \_\_\_\_\_ 0000 01 01 01  
 Tag Monat Jahr  
**Max Mustermann**

Anschrift  
**9500 Villach Musterstraße**

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist) \_\_\_\_\_  
 Tag Monat Jahr

Pensionist \_\_\_\_\_  
 Ausstellungsdatum **31.08.2015**

Zu Substitutionsbehandlung:  
 Substitol ret. 200mg (zweihundert Milligramm) Kps  
 OP IV (vier) a 30 (dreißig) Stück

TD 800 mg

Tägliche Dosierung und Abgabemodus  
 Tägliche Einnahme von 800mg Substitol unter Sicht in der Apotheke  
 Kapseln geöffnet!

Textsumme \_\_\_\_\_  
 Rezept \_\_\_\_\_  
 Anzahl d. Rp.-Geb. \_\_\_\_\_

Hinweise siehe Rückseite!

Mitgabe für Samstag, Sonntag und Feiertagen  
 Begründung: Hüftbeschwerden!  
 Staging B

**SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG**

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

SG 1500827424

vor **08.09.2015** bis **08.10.2015** **30** mal  OP/Monat  
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Insgesamt anlässlich insgesamt

Vidierung durch den Amtsarzt  **Roots**

Stempel

Stempel

Datum 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.		

???

**KGK**

Zutreffendes Feld markieren:  
 Substitutions-EINZEL-verschreibung  
 Substitutions-DAUER-verschreibung je nach Ansatz vorzuziehen

GKK \_\_\_\_\_  
 Betr.-KK  A  B VAEB  
 BVA (Stf. Bed.)  
 .. gew. Wirtschaft.  
 Bauern

Erwerbstätig  
 Selbstversichert  
 Arbeitslos

Pensionist(in)  
 5

Kriegshinterbriehene(r)  
 7

485839 980965

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familiennamen(n) \_\_\_\_\_  
 Vorname(n) \_\_\_\_\_  
 Patient \_\_\_\_\_  
 Max Mustermann  
 0000, 01, 01, 01  
 Tag Monat Jahr

Anschrift:  
 9500 Villach Musterstraße

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

AMS 9500 Villach Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_  
 13.09.2016

zur Substitution:  
 L-Polamidon 5 mg/ml  
 OP I (eins) a 100 ml (hundert Milliliter)

Rp: I-Polamidon 7ml  
 Sirup Simplex 2 g  
 Aqua pur 6g  
 TD 7ml  
 Rivotril 2mg OPI mit 100 Stück)  
 TD 5mg

Tägliche Dosierung und Abgabemodus  
 Tägliche Einnahme der TD L-Polamidon unter Sicht in der Apotheke und Mitgabe für Sonn- und Feiertage erbeten!

Tagesumme Einnahme von 2mg Rivotril unter Sicht Mitgabe der Restdosis  
 Restdosis Rivotril wurde erhöht, Storno altes Rp  
 Anzahl d. Rp.-Geb. Staging BC

Hinweise siehe Rückseite!

**SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG**

Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat  
 (Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.5.)

15.09.2016 bis 10.10.2016  
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Vidierung durch den Amtsarzt: **Roots**

Stampel

Jakob-Ghor-Allee 4, 9500 Villach  
 Tel: 04242/27830 Fax: 04242/2783

Eigenhändige, vollständige Unterschrift und Stampel des verschreibenden Arztes

Unterschrift

Datum und Unterschrift

Arztstempel bei Freizeigebührenfreiheit

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.		

???

**KGK**

Zutreffendes Feld markieren:  
 Substitutions-EINZEL-verschreibung  
 Substitutions-DAUER-verschreibung  
 je nach Anmerkungen vorzusehen

GKK \_\_\_\_\_  
 Betr.-KK \_\_\_\_\_  
 VAEB  
 BVA (Stf. Bed.)  
 .. gew. Wirtschaft  
 Bauern

Erwerbstätig  
 Selbstversichert  
 Arbeitslos

Pensionist(in)  
 5

Kriegshinterbriehene(r)  
 7

485839 980965

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familiennamen(n) \_\_\_\_\_  
 Vorname(n) \_\_\_\_\_  
 Patient \_\_\_\_\_  
 Max Mustermann  
 0000, 01, 01, 01  
 Tag Monat Jahr

Anschrift:  
 9500 Villach Musterstraße

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

AMS 9500 Villach Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_  
 13.09.2016

zur Substitution:  
 L-Polamidon 5 mg/ml  
 OP I (eins) a 100 ml (hundert Milliliter)

Rp: I-Polamidon 7ml  
 Sirup Simplex 2 g  
 Aqua pur 6g  
 TD 7ml  
 Rivotril 2mg OPI mit 100 Stück)  
 TD 5mg

Tägliche Dosierung und Abgabemodus  
 Tägliche Einnahme der TD L-Polamidon unter Sicht  
 in der Apotheke und Mitgabe  
 für Sonn- und Feiertage erbeten!

Tagesumme Einnahme von 2mg Rivotril unter Sicht Mitgabe der  
 Restdosis  
 Rest: Rivotril wurde erhöht, Storno altes Rp  
 Staging BC

Anzahl d. Rp.-Geb. \_\_\_\_\_  
 Hinweis siehe Rückseite!

**SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG**

Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat  
 (Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.5.)

15.09.2016 bis 10.10.2016  
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Vidierung durch den Amtsarzt: **Roots**

Stampel

Eigenhändige, vollständige Unterschrift und Stampel des verordnenden Arztes

Arbeitsvereinigung Villach  
 7  
 DIERSON  
 GEM. PRÄSIDENT  
 ALFRED KRAH  
 04242/27830 Fax 04242/2783

Jakob-Ghur-Allee 4, 9500 Villach  
 Tel: 04242/27830 Fax: 04242/2783

Unterschrift

Datum und Unterschrift

Arztstempel bei Freizeigebührenfreiheit

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.		

???

**KGK**

Zutreffendes Feld markieren:  
 Substitutions-EINZEL-verschreibung  
 Substitutions-DUPLI-verschreibung (für Amtsarzt ausstellen)

GKK: \_\_\_\_\_  
 Betr.-KK:  A  B VAEB  
 BVA (Stf. Bed.)  
 ... gew. Wirtschaft.  
 Bauern

Erwerbstätig  Selbstversichert  Arbeitslos   
 Pensionist(in)  5  
 Kriegshinterbriehene(r)  7

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familiennam(e)n: \_\_\_\_\_  
 Patient: Max Mustermann  
 Vorname(n): \_\_\_\_\_  
 0000, 01, 01, 01  
 Tag Monat Jahr

Anschrift:  
 9500 Villach Musterstraße

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

AMS 9500 Villach Ausstellungsdatum: 13.09.2016

zur Substitution:  
 L-Polamidon 5 mg/ml  
 OP I (eins) a 100 ml (hundert Milliliter)

Rp: I-Polamidon 7ml  
 Sirup Simplex 2 g  
 Aqua pur 6g  
 TD 7ml  
 Rivotril 2mg OPI mit 100 Stück)  
 TD 5mg

Tägliche Dosierung und Abgabemodus:  
 Tägliche Einnahme der TD L-Polamidon unter Sicht in der Apotheke und Mitgabe für Sonn- und Feiertage erbeten!

Tagesumme: Einnahme von 2mg Rivotril unter Sicht Mitgabe der Restdosis  
 Rest: Rivotril wurde erhöht, Storno altes Rp  
 Anzahl d. Rp.-Geb.: Staging BC

Hinweise siehe Rückseite!

**SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG**  
 Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat  
 (Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.5.)

SG 1800584459

15.09.2016 bis 28.10.2016  
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Vidierung durch den Amtsarzt: Roots  
 Egenhändige vollstänige Unterschrift und Stempel des verordnenden Arztes:  
 Jakob-Ghur-Allee 4, 9500 Villach  
 Tel: 04242/27830 Fax: 04242/2783

Arbeitsvereinigung DERSCHNITZMÖBELWIRTSCHAFT VILLACH

Stempel

Datum und Unterschrift

Stempel der Apotheke		Arztstempel bei Freizeigebrührenfreiheit	
Tag	Mon.	Tag	Mon.
		14.	
		15.	
		16.	
		17.	
		18.	
Tag	Mon.	Tag	Mon.
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.	



???

**KGK**

Zutreffendes Feld markieren:  
 Substitutions-EINZEL-verschreibung  
 Substitutions-DAUER-verschreibung  
 Verschreibung durch Amtsarzt

GKK: \_\_\_\_\_  
 Betr.-KK:  A  B VAEB  
 BVA (Stf. Bed.)  
 ... gew. Wirtschaft.  
 Bauern

Erwerbstätig:  Selbstversichert:  Arbeitslos:   
 Pensionist(in):  Kriegshinterbliebener(in):

485839 980965

Familienname(n): \_\_\_\_\_ Vorname(n): \_\_\_\_\_  
 Patient: \_\_\_\_\_ 0000, 01, 01, 01  
 Tag Monat Jahr  
 Max Mustermann

Anschrift:  
 9500 Villach Musterstraße

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

AMS 9500 Villach Ausstellungsdatum: 13.09.2016

zur Substitution:  
 L-Polamidion 5 mg/ml  
 OP I (eins) a 100 ml (hundert Milliliter)

Rp: I-Polamidion 7ml  
 Sirup Simplex 2 g  
 Aqua pur 6g  
 TD 7ml  
 Rivotril 2mg OPI mit 100 Stück)  
 TD 5mg

Tägliche Dosierung und Abgabemodus:  
 Tägliche Einnahme der TD L-Polamidion unter Sicht in der Apotheke und Mitgabe für Sonn- und Feiertage erbeten!

Tagesumme: Einnahme von 2mg Rivotril unter Sicht Mitgabe der Restdosis  
 Rest: Rivotril wurde erhöht, Storno altes Rp  
 Anzahl d. Rp.-Geb.: Staging BC

Hinweise siehe Rückseite!

**SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG**

Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat  
 (Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.5.)

15.09.2016 bis 28.10.2016  
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Vidierung durch den Amtsarzt: **Roots**

Stampel: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
 Eigenhändige vollständige Unterschrift und Stampel des verordnenden Arztes

Arztstempel bei Freizeigebührenfreiheit:  
 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.		

Jakob-Ghur-Allee 4, 9500 Villach  
 Tel: 04242/27830 Fax: 04242/2783

???

**KGK**

Zutreffendes Feld markieren:  
 Substitutions-EINZEL-verschreibung  
 Substitutions-DAUER-verschreibung  
 Verschreibung durch Amtsarzt

GKK: \_\_\_\_\_  
 Betr.-KK:  VAEB  BVA (Stf. Bed.)  
 ... gew. Wirtschaft  Bauern

Erwerbstätig:  Selbstversichert:  Arbeitslos:

Pensionist(in):  Kriegshinterbliebener(in):

Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familiennam(e)n: \_\_\_\_\_  
 Vorname(n): \_\_\_\_\_  
 Patient: \_\_\_\_\_ 0000, 01, 01, 01  
 Tag Monat Jahr

**Max Mustermann**

Anschrift:  
 9500 Villach Musterstraße

Versichertennummer ausfüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist: \_\_\_\_\_  
 Tag Monat Jahr

AMS 9500 Villach      Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_  
 13.09.2016

zur Substitution:  
 L-Polamidion 5 mg/ml  
 OP I (eins) a 100 ml (hundert Milliliter)

Rp: I-Polamidion 7ml  
 Sirup Simplex 2 g  
 Aqua pur 6g  
 TD 7ml  
 Rivotril 2mg OPI mit 100 Stück)  
 TD 5mg

Tägliche Dosierung und Abgabemodus:  
 Tägliche Einnahme der TD L-Polamidion unter Sicht in der Apotheke und Mitgabe für Sonn- und Feiertage erbeten!

Tagesumme: \_\_\_\_\_ Einnahme von 2mg Rivotril unter Sicht Mitgabe der Restdosis  
 Rest: \_\_\_\_\_ Rivotril wurde erhöht, Storno altes Rp  
 Anzahl d. Rp.-Geb. \_\_\_\_\_ Staging BC

Hinweise siehe Rückseite!

**SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG**

Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat  
 (Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.5.)

15.09.2016 bis 28.10.2016  
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Vidierung durch den Amtsarzt: \_\_\_\_\_  
 Unterschrift: \_\_\_\_\_  
 Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

Arztstempel bei Freizeigebührenfreiheit:  
 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.		

Arbeitsvereinigung Villach  
 7  
 Egenhändige vollstänige Unterschrift und Stempel des verordnenden Arztes

Jakob-Ghur-Allee 4, 9500 Villach  
 Tel: 04242/27830 Fax: 04242/2783

???

**KGK**

Zutreffendes Feld markieren:  
 Substitutions-EINZEL-Verschreibung  
 Substitutions-DAUER-Verschreibung

GKK: \_\_\_\_\_  
 Betr.-KK:  VAEB  BVA (Stf. Bed.)  ... gew. Wirtschaft  Bauern

Erwerbstätig:  Selbstversichert:  Arbeitslos:

Pensionist(in):  Kriegshinterbliebene(r):

485839 980965

Familiennamen(n): \_\_\_\_\_  
 Vorname(n): \_\_\_\_\_  
 Patient: \_\_\_\_\_ 0000, 01, 01, 01  
 Tag Monat Jahr

**Max Mustermann**

Anschrift: \_\_\_\_\_  
 9500 Villach Musterstraße

Versicherter (wenn ausfüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist): \_\_\_\_\_  
 Tag Monat Jahr

**AMS 9500 Villach** Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_  
 13.09.2016

zur Substitution:  
 L-Polamidion 5 mg/ml  
 OP I (eins) a 100 ml (hundert Milliliter)

Rp: I-Polamidion 7ml  
 Sirup Simplex 2 g  
 Aqua pur 6g  
 TD 7ml  
 Rivotril 2mg OPI mit 100 Stück)  
 TD 5mg

Tägliche Dosierung und Abgabemodus  
 Tägliche Einnahme der TD L-Polamidion unter Sicht in der Apotheke und Mitgabe für Sonn- und Feiertage erbeten!

Tagesumme: \_\_\_\_\_ Einnahme von 2mg Rivotril unter Sicht Mitgabe der Restdosis  
 Rest: \_\_\_\_\_ Rivotril wurde erhöht, Storno altes Rp  
 Anzahl d. Rp.-Geb.: \_\_\_\_\_ Staging BC

Hinweise siehe Rückseite!

**SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG**

Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat  
 (Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.5.)

15.09.2016 bis 28.10.2016  
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Vidierung durch den Amtsarzt: \_\_\_\_\_  
 Unterschrift: \_\_\_\_\_  
 Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

Arztstempel bei Freizeigebührenfreiheit  
 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.		

Arbeitsvereinigung  
 10000  
 Villach  
 Tel: 04242/27830 Fax: 04242/2783



???

**KGK**

Zutreffendes Feld markieren:  
Substitutions-EINZEL-verschreibung  
Substitutions-DAUER-verschreibung  
Substitutions-verschreibung durch Amtsarzt ersetzen

GKK: \_\_\_\_\_  
Betr.-KK:  A  B VAEB  
 BVA (Stf. Bed.)  
 ... gew. Wirtschaft.  
 Bauern

Erwerbstätig:  Selbstversichert:  Arbeitslos:   
Pensionist(in):  Kriegshinterbliebener(in):

5 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_  
Aussteller – Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familiennam(e)n: \_\_\_\_\_  
Vorname(n): \_\_\_\_\_  
Patient: \_\_\_\_\_  
0000, 01, 01, 01  
Tag Monat Jahr

**Max Mustermann**

Anschrift: \_\_\_\_\_  
9500 Villach Musterstraße

Versicherter (oder Ausführender, wenn Patient ein Angehöriger ist): \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

**AMS 9500 Villach** Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_  
13.09.2016

zur Substitution:  
L-Polamidion 5 mg/ml  
OP I (eins) a 100 ml (hundert Milliliter)

Rp: I-Polamidion 7ml  
Sirup Simplex 2 g  
Aqua pur 6g  
TD 7ml  
Rivotril 2mg OPI mit 100 Stück)  
TD 5mg

Tägliche Dosierung und Abgabemodus:  
Tägliche Einnahme der TD L-Polamidion unter Sicht in der Apotheke und Mitgabe für Sonn- und Feiertage erbeten!

Tagesumme: \_\_\_\_\_ Einnahme von 2mg Rivotril unter Sicht Mitgabe der Restdosis  
Riv. Nr.: \_\_\_\_\_ Rivotril wurde erhöht, Storno altes Rp  
Anzahl d. Rp.-Geb.: \_\_\_\_\_ Staging BC

Hinweise siehe Rückseite!

**SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG**

Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat  
(Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.5.)

15.09.2016 bis 28.10.2016  
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Vidierung durch den Amtsarzt: \_\_\_\_\_  
Stempel

Arbeitsvereinigung  
DIERSON  
VILLACH  
7  
Eigentliche volljährige Unterschrift und Stempel des verordnenden Arztes

**Unterschrift**

Datum und Unterschrift

Arztstempel bei Freizeigebührenfreiheit

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.		



???

**KGK**

Zutreffendes Feld markieren:  
 Substitutions-EINZEL-verschreibung  
 Substitutions-DAUER-verschreibung  
 Verschreibung durch Amtsarzt

GKK: \_\_\_\_\_  
 Betr.-KK:  VAEB  BVA (Stf. Bed.)  
 ... gew. Wirtschaft  Bauern

Erwerbstätig:  Selbstversichert:  Arbeitslos:

Pensionist(n):  Kriegshinterbriehene(r):

485839 980965

Familiennam(e)n: **Max Mustermann**  
 Vorname(n): \_\_\_\_\_  
 Patient: 0000, 01, 01, 01  
 Tag Monat Jahr

Anschrift: **9500 Villach Musterstraße**

Versicherter (falls ausfüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist): \_\_\_\_\_  
 Tag Monat Jahr

**AMS 9500 Villach** Ausstellungsdatum: **13.09.2016**

zur Substitution:  
 L-Polamidion 5 mg/ml  
 OP I (eins) a 100 ml (hundert Milliliter)

Rp: I-Polamidion 7ml  
 Sirup Simplex 2 g  
 Aqua pur 6g  
 TD 7ml  
 Rivotril 2mg OPI mit 100 Stück  
 TD 5mg

Tägliche Dosierung und Abgabemodus:  
 Tägliche Einnahme der TD L-Polamidion unter Sicht in der Apotheke und Mitgabe für Sonn- und Feiertage erbeten!

Tagesumme: Einnahme von 2mg Rivotril unter Sicht Mitgabe der Restdosis  
 Rest: Rivotril wurde erhöht, Storno altes Rp  
 Anzahl d. Rp.-Geh.: Staging BC

Hinweise siehe Rückseite!

**SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG**

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

15.09.2016 bis 28.10.2016  
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Vidierung durch den Amtsarzt: **Roots**

Stempel: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
 Eigenhändige vollständige Unterschrift und Stempel des verordnenden Arztes

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

Arztstempel bei Freizeigebührenfreiheit

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.		

???

**KGK**

Zutreffendes Feld markieren:  
Substitutions-EINZEL-verschreibung  
Substitutions-DAUER-verschreibung durch Amtsarzt ankreuzen

GKK: \_\_\_\_\_  
Betr.-KK:  A  B VAEB  
 BVA (Stf. Bed.)  
 ... gew. Wirtschaft.  
 Bauern

Erwerbstätig:  Selbstversichert:  Arbeitslos:   
Pensionist(n):  Kriegshinterbriehene(r):

485839 980965

Familiennam(e)n: \_\_\_\_\_  
Vorname(n): \_\_\_\_\_  
Patient: \_\_\_\_\_  
0000, 01, 01, 01  
Tag Monat Jahr  
**Max Mustermann**

Anschrift: \_\_\_\_\_  
9500 Villach Musterstraße

Versicherter (oder Ausführender, wenn Patient ein Angehöriger ist): \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

AMS 9500 Villach Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_  
13.09.2016

zur Substitution:  
L-Polamidion 5 mg/ml  
OP I (eins) a 100 ml (hundert Milliliter)

Rp: I-Polamidion 7ml  
Sirup Simplex 2 g  
Aqua pur 6g  
TD 7ml  
Rivotril 2mg OPI mit 100 Stück)  
TD 5mg

Tägliche Dosierung und Abgabemodus:  
Tägliche Einnahme der TD L-Polamidion unter Sicht in der Apotheke und Mitgabe für Sonn- und Feiertage erbeten!  
Einnahme von 2mg Rivotril unter Sicht Mitgabe der Restdosis  
Rivotril wurde erhöht, Storno altes Rp  
Staging BC

Tagesumme: \_\_\_\_\_  
Riv. Nr.: \_\_\_\_\_  
Anzahl d. Rp.-Geb.: \_\_\_\_\_  
Hinweise siehe Rückseite

**SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG**

Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat  
(Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.5.)

15.09.2016 28.10.2016  
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Vidierung durch den Amtsarzt: \_\_\_\_\_  
Stempel

Arbeitsvereinigung Villach  
7  
Jakob-Ghury-Allee 4, 9500 Villach  
Tel: 04242/27830 Fax: 04242/2783

Eigenhändige, valide, richtige Unterschrift und Stempel des verordnenden Arztes

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

Arztstempel bei Freizeigebührenfreiheit

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.		

???

**KGK**

Zutreffendes Feld markieren:  
Substitutions-EINZEL-Verschreibung  
Substitutions-DAUER-Verschreibung durch Anmerkungen

GKK: \_\_\_\_\_  
Betr.-KK:  A  B VAEB  
 BVA (Stf. Bed.)  
 ... gew. Wirtschaft.  
 Bauern

Erwerbstätig:  Selbstversichert:  Arbeitslos:   
Pensionist(n):  Kriegshinterbriehene(r):

485839 980965

Familiennam(e)n: \_\_\_\_\_  
Vorname(n): \_\_\_\_\_  
Patient: \_\_\_\_\_  
0000, 01, 01, 01  
Tag Monat Jahr

Max Mustermann

Anschrift: \_\_\_\_\_  
9500 Villach Musterstraße

Versicherter (oder Ausführender, wenn Patient ein Angehöriger ist): \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

AMS 9500 Villach Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_  
13.09.2016

zur Substitution:  
L-Polamidon 5 mg/ml  
OP I (eins) a 100 ml (hundert Milliliter)

Rp: I-Polamidon 7ml  
Sirup Simplex 2 g  
Aqua pur 6g  
TD 7ml  
Rivotril 2mg OPI mit 100 Stück)  
TD 5mg

Tägliche Dosierung und Abgabemodus:  
Tägliche Einnahme der TD L-Polamidon unter Sicht in der Apotheke und Mitgabe für Sonn- und Feiertage erbeten!

Tagesumme: Einnahme von 2mg Rivotril unter Sicht Mitgabe der Restdosis  
Riv. Nr.: Rivotril wurde erhöht, Storno altes Rp  
Anzahl d. Rp.-Geb.: Staging BC

Hinweise siehe Rückseite

**SUBSTITUTIONS-VERSCHREIBUNG**  
Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat  
(Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.5.)

15.09.2016 28.10.2016  
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Vidierung durch den Amtsarzt: \_\_\_\_\_  
Stempel

Arbeitsvereinigung Villach  
Jakob-Ghury-Allee 4, 9500 Villach  
Tel: 04242/27830 Fax: 04242/2783

Eigehändige valide Unterschrift und Stempel des verschreibenden Arztes

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Arztstempel bei Freizeigebührenfreiheit

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.		



???

**KGK**

Zutreffendes Feld markieren:  
Substitutions-EINZEL-Veranschreibung  
Substitutions-DAUER-Veranschreibung durch Anmerkungen

GKK: \_\_\_\_\_  
Betr.-KK:  A  B VAEB  
 BVA (Stf. Bed.)  
 ... gew. Wirtschaft.  
 Bauern

Erwerbstätig:  Selbstversichert:  Arbeitslos:   
Pensionist(n):  Kriegshinterbriehene(r):

485839 980965

15.09.2016 bis 28.10.2016  
tag Monat Jahr tag Monat Jahr

Widerrichtung durch des Amtsarzt:  Richtig  Falsch

Stempel: **ARBEITSVEREIN VILLACH**  
Insgesamt 7 Mitglieder  
JAKOB-GHON-ALLEE 4, 9500 VILLACH  
Tel: 04242/27830 Fax: 04242/2783

Eigehändige valide Unterschrift und Stempel des verordnenden Arztes

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

Arztstempel bei Freizeigeblühnfreiheit

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.		

Familiennam(e): **Max Mustermann**  
Vorname(n): \_\_\_\_\_  
Patient: 0000 01 01 01  
Tag Monat Jahr

Anschrift: **9500 Villach Musterstraße**

Versicherter (oder Ausführender, wenn Patient ein Angehöriger ist): \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

**AMS 9500 Villach** Ausstellungsdatum: **13.09.2016**

zur Substitution:  
L-Polamidion 5 mg/ml  
OP I (eins) a 100 ml (hundert Milliliter)

Rp: I-Polamidion 7ml  
Sirup Simplex 2 g  
Aqua pur 6g  
TD 7ml  
Rivotril 2mg OPI mit 100 Stück)  
TD 5mg

Tägliche Dosierung und Abgabemodus:  
Tägliche Einnahme der TD L-Polamidion unter Sicht in der Apotheke und Mitgabe für Sonn- und Feiertage erbeten!

Tagesumme: Einnahme von 2mg Rivotril unter Sicht Mitgabe der Restdosis  
Riv. Nr.: Rivotril wurde erhöht, Storno altes Rp  
Anzahl d. Rp.-Geb.: Staging BC

Hinweise siehe Rückseite



!!!

28 x 7ml =  
196 ml

**KGK**

Zutreffendes Feld markieren:  
Substitutions-EINZEL-Verschreibung  
Substitutions-DAUER-Verschreibung

GKK: \_\_\_\_\_  
Betr.-KK:  VAEB  BVA (Stf. Bed.)  ...gew. Wirtschaft  Bauern

Erwerbstätig:  Selbstversichert:  Arbeitslos:

Pensionist(n):  Kriegshinterbriehene(n):

485839 980965

15.09.2016 bis 28.10.2016  
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Vidierung durch des Amtsarzt: \_\_\_\_\_

Stempel: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

AMS 9500 Villach  
Ausstellungsdatum: 13.09.2016

zur Substitution:  
L-Polamidion 5 mg/ml  
OP I (eins) a 100 ml (hundert Milliliter)

Rp: I-Polamidion 7ml  
Sirup Simplex 2 g  
Aqua pur 6g  
TD 7ml  
Rivotril 2mg OPI mit 100 Stück)  
TD 5mg

Tägliche Dosierung und Abgabemodus:  
Tägliche Einnahme der TD L-Polamidion unter Sicht in der Apotheke und Mitgabe für Sonn- und Feiertage erbeten!

Tagesumme: Einnahme von 2mg Rivotril unter Sicht Mitgabe der Restdosis  
Riv. Nr.: Rivotril wurde erhöht, Storno altes Rp  
Anzahl d. Rp.-Geb.: Staging BC

Hinweise siehe Rückseite

**STABILISATIONS-VERSCHREIBUNG**  
Gültig nach Vidierung durch den Amtsarzt für einen Monat  
(Siehe Rückseite, Hinweise Punkt A.5.)

15.09.2016 bis 28.10.2016  
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Vidierung durch des Amtsarzt: \_\_\_\_\_

Stempel: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift		Arztstempel bei Freizeigebührenfreiheit	
Tag	Monat	Tag	Monat
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
Stempel der Apotheke		Arztstempel bei Freizeigebührenfreiheit	
Tag	Monat	Tag	Monat
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			

# AÄ - Aufgaben

u.a

- formale und inhaltliche Kontrolle der Substitutionsbehandlung
- aber: keine Einschränkung des substituierenden Arztes hinsichtlich medizin. Belange
- behandlungsbegleitende Überwachung
- motivierende Hinwirkungspflicht (evtl. gbM)
- Abklärungspflicht im Falle von Unklarheiten, Bedenken, Fragen
- verpflichtende Rücksprache AA - substituierender Arzt

# Therapie statt Strafe

- verankert seit 1971
- unterscheidet Drogenabhängigkeit—Drogenhandel
- Suchtgiftmissbrauch wird als Krankheit verstanden
- strafrechtliche Konsequenzen treten in den Hintergrund
- therapeutische Maßnahmen stehen im Vordergrund  
(medizinisch, psychologisch, psychotherapeutisch,  
sozialarbeiterisch)



# Therapie statt Strafe

Meldung :    Polizei  
              Schule  
              Militär  
              Führerscheinbehörde

mit Hinweis auf Suchtgiftmissbrauch

# Therapie statt Strafe

Ca. 300-350 Anzeigen nach SMG.

AA entscheidet über Vorladung zur US

Ca 150 US nach §12 SMG

dieser verpflichtet BVB zur Begutachtung

# Fakten

Insgesamt 29.674 Anzeigen bezogen sich  
im Jahr 2014 in Ö auf  
Suchtgifte, der weitaus größte Teil davon betraf  
Cannabis (25.309)

# Therapie statt Strafe

## Begutachtung nach SMG:

- Klinische Untersuchung/Anamnese
- Drogenharnschnelltest in Zusammenschau mit ausführlichem Explorationsgespräch
- psychosozialer Hintergrund
- körperliche Untersuchung, Comorbiditäten (v. a. auch psychiatrisch)
- Erstellung eines Gutachtens bzgl. gbM
- Hinwirken auf gbM
- Überprüfung der Einhaltung der gbM

# Therapie statt Strafe

in den **§§ 11 und 12 SMG** abgebildet:

- diese Paragraphen definieren die (amts)ärztliche Begutachtung sowie die möglichen Maßnahmen
- Durchführung gbM durch §15 Einrichtungen

# Was bedeutet §15 Einrichtung?

= Einrichtungen und Vereinigungen mit Betreuungsangebot für  
Personen im Hinblick auf Suchtgiftmissbrauch

= zur Durchführung gbM berechtigt

# Therapie statt Strafe

## **§11 Abs.2: Gesundheitsbezogenen Maßnahmen sind:**

1. die ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes,
2. die ärztliche Behandlung einschließlich der Entzugs- und Substitutionsbehandlung,
3. die klinisch-psychologische Beratung und Betreuung,
4. die Psychotherapie sowie
5. die psychosoziale Beratung und Betreuung

durch qualifizierte und mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertraute Personen

# Therapie statt Strafe

Gesundheitsbezogene Maßnahmen müssen:

- zweckmäßig,
- möglich,
- nicht unzumutbar,
- nicht aussichtslos sein





Arbeitsvereinigung der  
Sozialhilfe Kärntens

„ROOTS“ – Ambulatorium für Drogenkranke  
Leitung: Dr. Kattnig Gerald

Jakob-Ghon-Allee 4, 9500 Villach  
• Telefon: 04242/27 830 • Fax: 04242/27 830-5020  
• Email: roots@avs-sozial.at

Villach, am 05.08.2016

Magistrat Villach  
z.Hnd. Fr. Eder Gabriele  
9500 VILLACH

**Bestätigung gem. § 15 (5) SMG über den Beginn gesundheitsbezogener  
Maßnahmen:**

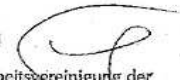
Klient/Klientin: Herr \_\_\_\_\_  
geboren am: geb.

Die Durchführung folgender gesundheitsbezogener Maßnahme(n) wurde vereinbart:

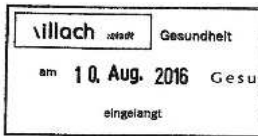
die ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes  
die Psychotherapie

Vorerst geplanter Zeitrahmen: bis Ende der Massnahme

**Es sind weitere Kontakte geplant.**

ld   
Arbeitsvereinigung der  
Sozialhilfe Kärntens  
ROOTS (Z)  
Jakob-Ghon-Allee 4, 9500 Villach, Tel. 04242/27830

A-9024 Klagenfurt • Fischlstrasse 40 • Postfach: 82 • Telefon: +43(0)463 512055 • Fax: +43(0)463 512055-117  
Vorsitzender: Bgm. Valentin Blaschitz  
Geschäftsführung: Dir. Klaus Harter  
UID-Nr.: ATU 45575300 ZVR 310450148  
www.avs-sozial.at



Gesundheit. **Klagenfurt am Wörthersee**  
Die Landeshauptstadt

Postanschrift: Neuer Platz 1, A-9010 Klagenfurt am Wörthersee

**Ambulatorium für Drogenkranke**  
Amtsgebäude Rudolfsbahngürtel 30

Zur Vorlage bei

**Bezirksgericht/Landesgericht**  
**Magistrat/Gesundheitsamt**

Auskunft erteilt  
T 0463-537 5620  
F 0463-537 6311  
drogenambulanz@klagenfurt.at

**Bestätigung über den Verlauf ambulanter gesundheitsbezogener Maßnahmen:  
gem. § 15 Abs. 5 SMG**

Der Klient / die Klientin geboren am

wird seit **Juni 2014** betreut.

Im Zeitraum von **27.6.2016** bis **1.8.2016** haben Kontakte regelmäßig stattgefunden.

Anzahl der Kontakte:

**Folgende gesundheitsbezogene Maßnahme wird durchgeführt:**

die ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes

Die Maßnahme wird fortgesetzt.

Anmerkungen:  
Psychotherapie bei Dr. Pe

Klagenfurt, am 01. August 2016

Unterschrift / Stempel

Ambulatorium f. Drogenkranke  
des Landes Kärnten und der  
Landeshauptstadt Klagenfurt a.W.  
Rudolfsbahngürtel 30  
9020 Klagenfurt a.W.

DSA We

# Suchtgiftmissbrauchsverdacht in Schule (§13)

- Verständigung des Schülers, der Erziehungsberechtigten
- Untersuchung durch Schularzt
- Beiziehung des schulpsychologischen Dienstes
- Feststellung der Notwendigkeit gbM nach §11 SMG
- Bei Einhaltung keine gesetzlichen Maßnahmen
- Ansonsten: Verständigung der BVB als Gesundheitsbehörde (keine Strafanzeige) → Begutachtung

# Suchtgiftmissbrauchsverdacht beim Bundesheer (§13)

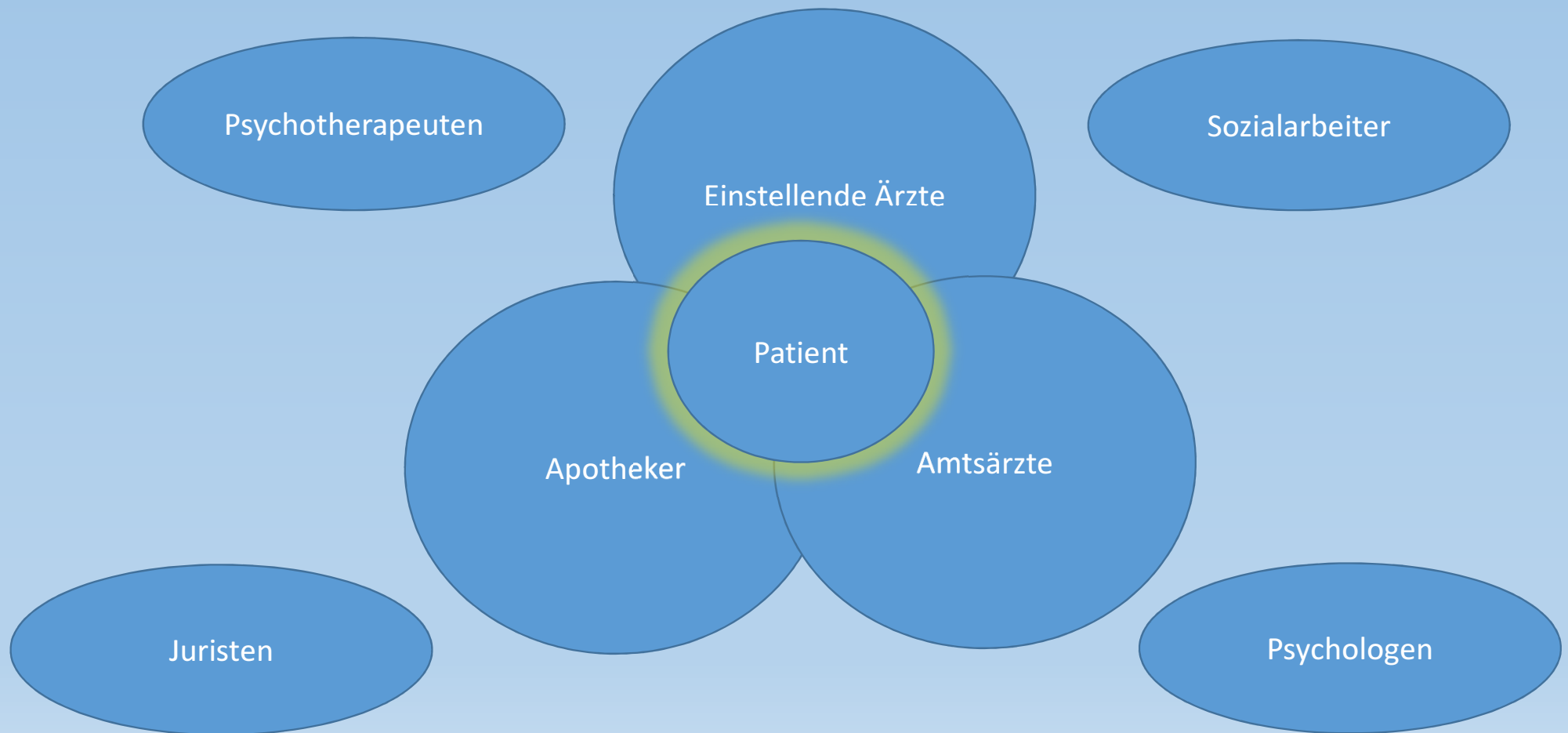
- Annahme des Suchtgiftmissbrauchs
- Harnproben werden untersucht
- Keine Strafanzeige sondern:
- Meldung an BVB als Gesundheitsbehörde
- Begutachtung durch AA
- gbM: Überweisung an § 15 Einrichtung
- Überprüfung der Einhaltung durch BVB

# Führerscheinggesetz

Erstellen eines medizinischen Gutachtens über körperliche und geistige Eignung, wenn Zweifel an Verkehrstauglichkeit aufgetreten sind

**Amtsarzt: neutrale Stellung !!!**

# Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit



**Danke  
für Ihre  
Aufmerksamkeit!!!**