

# Patientinnen- / Patienten – Vereinbarung zur Opioidagonistentherapie<sup>1</sup>

zwischen

Name / Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

und

Dr. med.: .....(Mail/Fax: ..... )

## in Zusammenarbeit mit (bitte zutreffendes ankreuzen)

- der Suchtberatungsstelle: .....  
(Mail/Fax: ..... )
- der Apotheke: .....  
(Mail/Fax: ..... )
- andere Fachperson / Institution: .....  
(Mail/Fax: ..... )

## Vorrangiges Ziel der Behandlung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Aus der Sicht des / der	Patientin Patient	Ärztin Arzt	Suchtbera- terin Suchtbera- ter	Apothe- kerin Apothe- ker	Andere Fachperson
Abbau / Verminderung des Konsums ille- galer Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion Morbidität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entkriminalisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Die ambulante Behandlung mit (Zutreffendes ankreuzen)

- Methadon     Levomethadon     Buprenorphin     Sevre-Long     .....

wird ab ...../...../..... durchgeführt.

## Begleitmedikation bei Therapiestart (Medikament; Dosis/Tag):

1. ....; 2. ....  
2. ....; 4. ....

<sup>1</sup> Fachliche Informationen: [www.praxis-suchtmedizin.ch](http://www.praxis-suchtmedizin.ch) -> Heroin -> SBG Start in 1 Konsultation

## Bedingungen:

1. Der Agonist muss **anfänglich täglich unter Sicht** in der Abgabestelle (Arztpraxis, Apotheke oder andere damit beauftragte Institution) eingenommen werden. Methadon wird flüssig oder in Form von Tabletten abgegeben. Levomethadon gibt es nur in flüssiger Form. Buprenorphin muss 5 Minuten im Mund aufgelöst werden, darf nicht geschluckt werden. Für Tage an denen die Abgabestelle geschlossen ist (Wochenende, Feiertage), erhält der Patient / die Patientin den Agonisten mit nach Hause. Eine Mitgabe des Agonisten über mehrere Tage ist bei einem günstigen Verlauf der OAT und gutem Vertrauensverhältnis zur Patientin / zum Patienten möglich.
2. Erscheint die Patientin / der Patient **intoxikiert** zur Abgabe, dann spricht die verantwortliche Person der Abgabestelle die Patientin / den Patienten darauf an. Sie hat die Pflicht die aktuelle Dosis zu überprüfen, notfalls gar keinen Agonisten abzugeben, sei es mit oder ohne Absprache mit der Ärztin / dem Arzt.
3. **Verlorene, verschüttete, gestohlene oder erbrochene Dosen werden grundsätzlich nicht ersetzt.**
4. Urinproben werden auf Wunsch der Patientin / des Patienten oder durch Vorgaben Dritter durchgeführt.
5. Die Einnahme zusätzlicher Medikamente darf nur in Absprache mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt erfolgen. **Die Patientin / der Patient verpflichtet sich, andernorts keine Medikamente zu beschaffen.** Stimulantien (z.B. Ritalin) und Benzodiazepine sind bewilligungspflichtig. Kurzwirksame Benzodiazepine (z.B. Dormicum, Rohypnol, Stilnox) werden nicht bewilligt.
6. Ferientaufenthalte in der Schweiz sind möglich, sofern am Aufenthaltsort eine kontrollierte Abgabe organisiert werden kann oder eine Mitgabe des Agonisten vertretbar ist. Frühzeitig vor Ferienbeginn ist eine Kontaktaufnahme der Patientin / des Patienten mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt zur Abgabe am Ferienort erforderlich.  
Bei Ferien im Ausland ist die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt mindestens 4 Wochen im Voraus hinsichtlich des weiteren Vorgehens zu kontaktieren. Das Merkblatt „Reisende und betäubungsmittelhaltige Arzneimittel“ auf der Homepage des Gesundheitsdepartementes informiert über die dabei zu berücksichtigenden Details. Grundsätzlich liegt die Verantwortung bei Reisen im Ausland bei der Patientin / beim Patienten.
7. Bei einer Abhängigkeitsproblematik geht der Gesetzgeber davon aus, dass **keine Fahrtauglichkeit** besteht und verbietet somit das Führen von Motofahrzeugen. Beim Beginn einer OAT ist deshalb der Führerausweis beim Strassenverkehrsamt zu deponieren.  
Nach frühestens 6 Monaten und einem günstigen Verlauf der OAT (erwiesenermassen kein Beikonsum von anderen psychotropen Substanzen, auch nicht von Cannabis und Alkohol) kann das Strassenverkehrsamt unter Auflagen das Führen eines Motorfahrzeuges wieder erlauben. Es ist Sache der Patientin / des Patienten, sich um das Wiedererlangen bzw. um den Erhalt des Führerausweises zu bemühen.
8. Die Patientin / der Patient akzeptiert und unterstützt seinerseits die intensive Zusammenarbeit aller Vertragspartner unter anderem durch Einhaltung der Termine. **Apotheke und Suchtberatung teilen der Ärztin / dem Arzt einen ungünstigen Verlauf mit, wenn Termine nicht eingehalten werden oder andere Auffälligkeiten beobachtet wurden.**
9. Bei Nichteinhalten der Ziff. 1 bis 8 dieser Vereinbarung ist die Weiterführung der OAT zusammen mit der Patientin / dem Patienten zu überprüfen.
10. **Die Patientin / der Patient entbindet Ärztin / Arzt, Suchtberaterin / Suchtberater und Apothekerin / Apotheker oder andere auf Seite 1 aufgeführte Fachleute vor der Schweigepflicht.**
11. Die Vereinbarung kann jederzeit von den Vertragsparteien aufgehoben werden.
12. Mit der Patientin / dem Patienten ist die **Checkliste** (Information für die Patientin / den Patienten (informed consent) Methadon / Levomethadon/ Buprenorphin / Sevre Long besprochen worden (siehe [www.praxis-suchtmedizin.ch](http://www.praxis-suchtmedizin.ch)).

13. **Besondere Abmachungen zwischen Ärztin / Arzt und Apothekerin / Apotheker werden in einem Beiblatt festgehalten.** Die Apotheken informieren Arzt/Ärztin per Fax über Beobachtungen und Therapieänderungen.
14. Ein **Standortgespräch** mit allen aktiv involvierten Beteiligten soll regelmässig durchgeführt werden. Dabei sollen die anfänglich formulierten Ziele und der bisherige Behandlungsverlauf überprüft und allenfalls angepasst werden.
15. Anmerkungen:

Die unterzeichnende Patientin / der unterzeichnende Patient hat die Punkte 1 bis 15 der Vereinbarung gelesen und verstanden. Sie / er erklärt sich mit dem Inhalt der Vereinbarung einverstanden.

.....  
Ort und Datum

.....  
Patientin / Patient

.....  
Ärztin / Arzt

.....  
Suchtberaterin / Suchtberater

.....  
Apothekerin / Apotheker

.....  
Andere Fachperson

**Spezielle Vereinbarung zwischen Ärztin / Arzt und Apothekerin / Apotheker Datum: .....**

Die Ärztin / der Arzt erteilt der Apotheke ..... im Rahmen der OAT von ..... auf Wunsch der Patientin

/ des Patienten ohne Rücksprache mit der Ärztin / dem Arzt:

- die Dosis von Methadon einmalig um .....mg zu erhöhen / zu reduzieren\*
- die Dosis von Levomethadon einmalig um .....mg zu erhöhen / zu reduzieren\*
- die Dosis von Subutex einmalig um ..... mg zu erhöhen / zu reduzieren\*
- die Dosis von Sevre-Long einmalig um ..... mg zu erhöhen / zu reduzieren\*
- das Medikament ..... einmalig um ..... mg zu erhöhen / zu reduzieren\*
- den Agonisten maximal ..... Tage vor dem vereinbarten Termin zu beziehen
- .....

Datum: Stempel / Unterschrift Ärztin / Arzt:

\* die neue Dosis wird dem Arzt telefonisch oder per Mail/Fax mitgeteilt