

Arbeitsmaterialien für die pharmazeutischen Dienstleistungen

Erweiterte Medikationsberatung bei Polypharmazie

- **Kurzfassung der Vereinbarung zwischen Apotheke und Versichertem/er über die Inanspruchnahme der Dienstleistung**

Stand: 10.06.2022

(geändert am 11.07.2022: Hinweis zur Abrechnung ohne Abschlussgespräch)

Hinweise zur Nutzung der Vereinbarung

Zur Inanspruchnahme der nachfolgend beschriebenen pharmazeutischen Dienstleistung (pDL) wird zwischen dem/der Versicherten und der Apotheke eine Vereinbarung geschlossen. Hierfür kann diese Kurz- oder die Langfassung verwendet werden. Wird diese Kurzversion verwendet, ist in der Fußzeile ein Hinweis zu ergänzen, wo die Langfassung der Vereinbarung zu finden ist. Diese kann zum Beispiel in der Apotheke ausgelegt oder auf der apothekeneigenen Homepage zur Verfügung gestellt werden. Die hier aufgeführte Kurzfassung gibt die wesentlichen Inhalte der Langfassung wieder.

Neben der Unterzeichnung der Vereinbarung ist der Erhalt der erbrachten Dienstleistung durch den Versicherten/die Versicherte auf dieser Vereinbarung im Anschluss an das Abschlussgespräch zu quittieren. Da sich die/der Versicherte bezüglich dieser pDL an die Vertragsapotheke bindet, reicht bei erneuter Erbringung dieser pDL eine weitere Quittierung des Erhalts und die Bestätigung der Anspruchsvoraussetzungen. Diese ist zusammen mit der Vereinbarung aufzubewahren.

Die Vereinbarung ist mit den Daten der Apotheke zu ergänzen und sollte an die individuellen Gegebenheiten in der Apotheke angepasst werden.

Für Rücksprachen mit dem Arzt/der Ärztin ebenso wie für die Übersendung des Ergebnisberichts an den hauptbehandelnden Arzt/die hauptbehandelnde Ärztin muss der Patient/die Patientin die Heilberufler*innen von der Schweigepflicht entbinden. Hierzu ist e die Erklärung der Entbindung von der Schweigepflicht (S. 6) zu unterzeichnen.

Kommt das Abschlussgespräch, nach mindestens einem weiteren telefonischen Kontaktversuch durch die Apotheke, nicht zustande, bestätigt der/die Apotheker*in die Erbringung der pharmazeutischen Dienstleistung selbst. Zudem sollte kurz schriftlich festgehalten werden, ob der Bericht mit Zustimmung des/der Patient*in durch Entbindung von der Schweigepflicht an den Arzt/die Ärztin versendet wurde, oder ob dies aufgrund der fehlenden Zustimmung des/der Patient*in nicht möglich war. In beiden Fällen ist die Dienstleistung abrechenbar.

zum Verbleib in der Apotheke (Kopie für den Versicherten/die Versicherte)

**Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung (pDL) der
“Erweiterten Medikationsberatung bei Polymedikation“**

Zur Inanspruchnahme der nachfolgend beschriebenen pDL wird zwischen dem/der Versicherten und der Apotheke eine Vereinbarung geschlossen. Der wesentliche Inhalt dieser Vereinbarung wird im Folgenden wiedergegeben¹. Vertragsparteien sind:

Apotheke

Name und Anschrift:	Stadt Apotheke Dissen, Große Straße 53, 49201 Dissen
Apothekeninhaber*in	Andreas Wolff

Bitte ausfüllen

Versicherte*r

Name und Anschrift:	
---------------------	--

Die Dienstleistung beinhaltet insbesondere die umfassende Erhebung der Gesamtmedikation sowie darauf aufbauend die pharmazeutische Risikoüberprüfung. Hierdurch sollen mögliche Probleme wie Doppelmedikationen, Interaktionen und Anwendungsprobleme erkannt werden. Bei Problemen werden zur Optimierung der Arzneimitteltherapie Vorschläge entwickelt. Diese werden ggf. mit dem Arzt/der Ärztin und mit dem/der Versicherten besprochen und Lösungen vereinbart. Der/die Versicherte erhält einen aktuellen und risikogeprüften Medikationsplan.

Der/die Versicherte befindet sich in ambulanter, häuslicher Versorgung und nimmt aktuell und voraussichtlich auch über die nächsten 28 Tage mindestens 5 Arzneimittel (verschiedene, ärztlich verordnete, systemisch wirkende Arzneimittel / Inhalativa) in der Dauermedikation ein bzw. wendet diese an. Der/die Versicherte willigt in die Erbringung der pDL ein und bindet sich zur Inanspruchnahme an die als Vertragspartner gewählte Apotheke. Der/die Versicherte sichert zu, die Erbringung der pDL aktiv zu unterstützen und der Apotheke alle dazu erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere hinsichtlich der Medikation, der Erkrankungen sowie ggf. relevanter Laborwerte zum Beispiel aus aktuellen Arzt- und Entlassbriefen. Die Angaben des/der Versicherten und seine/ihre Bestätigung der Anspruchsvoraussetzungen, welche bei erstmaliger Erbringung durch Unterzeichnung dieser Vereinbarung und bei wiederholter Erbringung anlässlich der Quittierung erfolgt, sind Grundlage der Erbringung der pDL durch die Apotheke.

Für Rücksprachen mit einem Arzt/einer Ärztin ebenso wie für die Übersendung des Ergebnisberichts an den hauptbehandelnden Arzt/die hauptbehandelnde Ärztin muss der Patient/die Patientin die Heilberufler*innen von der Schweigepflicht entbinden. Hierzu ist die anhängende Erklärung zu unterzeichnen.

¹ Die Langfassung der Vereinbarung ist zu finden unter [...]liegt zur Einsicht in der Apotheke aus. (Bitte ggf. durch Link zur Apothekenhomepage vervollständigen und Unzutreffendes streichen.)

■ Arbeitsmaterialien für die pharmazeutischen Dienstleistungen

Erweiterte Medikationsberatung bei Polypharmazie

Der/die Versicherte kann die Inanspruchnahme der pDL ohne Angabe von Gründen mit sofortiger Wirkung schriftlich (per Post, Telefax, E-Mail) kündigen. Bei einer Kündigung während der Erbringung der pDL kann diese grundsätzlich erst nach Ablauf von 12 Monaten nach Abbruch der Leistung bzw. bei erheblichen Umstellungen (definiert als mindestens 3 neue / andere systemisch wirkende Arzneimittel / Inhalativa innerhalb von 4 Wochen als Dauermedikation) erneut in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus besteht für beide Vertragsparteien das Recht zur außerordentlichen Kündigung. Der/die Versicherte bestätigt durch eine weitere Unterschrift den Erhalt der vollständig erbrachten pDL.

Bitte ausfüllen
Bitte ausfüllen

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten

Unterschrift des Mitarbeitenden der Apotheke

zum Verbleib in der Apotheke

Quittierung des Erhalts der pDL

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pDL „Erweiterter Medikationsberatung bei Polypharmazie“:

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten

Bei erneuter Leistungserbringung: Bestätigung der Anspruchsberechtigung und Quittierung des Erhalts

Ich befinde mich in ambulanter, häuslicher Versorgung und nehme aktuell und voraussichtlich auch über die nächsten 28 Tage mindestens 5 Arzneimittel (verschiedene, ärztlich verordnete, systemisch wirkende Arzneimittel / Inhalativa) in der Dauermedikation ein bzw. wende diese an.

Ich bestätige, dass bei mir während der letzten 12 Monate keine „Erweiterte Medikationsberatung bei Polypharmazie“ durchgeführt wurde bzw. dass bei meiner Medikation erhebliche Umstellungen vorgenommen wurden (definiert als mindestens 3 neue / andere systemisch wirkende Arzneimittel / Inhalativa innerhalb von 4 Wochen als Dauermedikation).

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pDL „Erweiterter Medikationsberatung bei Polypharmazie“:

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten

zum Verbleib in der Apotheke

Erklärung der Entbindung von der Schweigepflicht

bei Inanspruchnahme der pharmazeutischen Dienstleistung (pDL) der
„Erweiterten Medikationsberatung bei Polymedikation

Der/die Versicherte ist damit einverstanden, dass die nachfolgend genannte(n) Person(en),

Apotheker Andreas Wolff
Stadt Apotheke Dissen, Große Straße 53, 49201 Dissen

Daten des Apothekers/ der Apothekerin; ggf. mehrere

Daten des Apothekers/ der Apothekerin; ggf. mehrere

Daten des Apothekers/ der Apothekerin; ggf. mehrere

zur Erfassung, Bewertung und Lösung arzneimittelbezogener Probleme (ABP) Rücksprache mit der/den nachfolgend genannten Person(en) hält/halten und den aktualisierten Medikationsplan bzw. die Medikationsübersicht und ggf. weitere relevante Informationen (z. B. mögliche Interventionen/Vorschläge) an folgende Person(en) schriftlich übermittelt/übermitteln:

Daten des hauptbetreuenden Arztes/ der hauptbetreuende Ärztin; ggf. mehrere

Daten des behandelnden Arztes/ der behandelnden Ärztin; ggf. mehrere

Daten des behandelnden Arztes/ der behandelnden Ärztin; ggf. mehrere

In vorgenanntem Umfang werden die aufgeführten Apotheker*innen und Ärzt*innen von ihrer Schweigepflicht gemäß § 203 Absatz 1 Ziffer 1 StGB entbunden.

Ort, Datum, Unterschrift des/der Einwilligenden

Bitte ausfüllen