Arbeitsmaterialien für die pharmazeutischen Dienstleistungen

**Pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten**

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

Stand der Revision: 31.01.2024

**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 die Erklärung der Entbindung von der Schweigepflicht im letzten Abschnitt dieses Dokuments 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)Ein Bild, das Text, Logo, Schrift, Grafiken enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

**Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung (pDL)**

**„Pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten“**

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 wiedergegeben[[1]](#footnote-1).

Vertragsparteien sind:

**Apotheke Versicherte(r)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name und Anschrift |  | Name, Vorname  Anschrift |  |
| Apothekeninhaber/in |  | Telefonnummer  (optional) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Abrechnungsdaten** **Versicherte(r)** (optional, sofern noch nicht vorhanden) | | | |
| Geburtsdatum Versicherte(r) |  | Kostenträgerkennung (IK) |  |
| Kranken-  kasse |  | Versichertennummer |  |

Die Dienstleistung beinhaltet insbesondere die umfassende Erhebung der Gesamtmedikation unter Berücksichtigung der Besonderheiten der immunsuppressiven Therapie nach Organtransplantationen 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. Das Folgegespräch dient dazu, weitere Fragen und mögliche Probleme mit der neuen immunsuppressiven Therapie gemeinsam mit der/dem Apotheker\*in zu besprechen.

Der/die Versicherte befindet sich in ambulanter Versorgung und hat erstmalig innerhalb der letzten sechs Monate mit einer immunsuppressiven Therapie nach Organtransplantation ambulant begonnen oder die Therapie hat sich aufgrund einer Neuverordnung eines Immunsuppressivums nach Organtransplantation geändert. 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.

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 erst wieder bei einer Änderung der Therapie aufgrund der Neuverordnung eines Immunsuppressivums 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.

|  |
| --- |
| Ich bin einverstanden, dass die Apotheke meine Kontaktdaten dazu verwendet, mich über weitere Möglichkeiten der Inanspruchnahme pharmazeutischer Dienstleistungen zu informieren (z.B. über die erneute Erbringung der pDL). Ich kann diese Einwilligung gegenüber der Apotheke jederzeit widerrufen. |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Ort, Datum |  |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Unterschrift des/der Versicherten | Unterschrift des Mitarbeitenden der Apotheke |

Ein Bild, das Text, Logo, Schrift, Grafiken enthält.

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

**Quittierung des Erhalts**

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der „Erweiterten Medikationsberatung“ bei immunsuppressiver Therapie:

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt des semistrukturierten Folgegesprächs im Rahmen der pDL „Pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten“:

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten

**Bei erneuter Leistungserbringung: Bestätigung der Anspruchsberechtigung und**

**Quittierung des Erhalts**

Ich befinde mich in ambulanter Versorgung und meine Therapie hat sich aufgrund einer Neuverordnung eines Immunsuppressivums nach Organtransplantation geändert.

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der „Erweiterten Medikationsberatung“ bei immunsuppressiver Therapie:

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt des semistrukturierten Folgegesprächs im Rahmen der pDL „Pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten“:

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten

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

Ein Bild, das Text, Logo, Schrift, Grafiken enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

**Erklärung der Entbindung von der Schweigepflicht**

bei Inanspruchnahme der pharmazeutischen Dienstleistung (pDL)   
„Pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten“

Der/die Versicherte ist damit einverstanden, dass die nachfolgend genannte Apotheke,

\_\_\_\_\_

Daten der Apotheke und des Inhabers/der Inhaberin

zur Erfassung, Bewertung und Lösung arzneimittelbezogener Probleme (ABP) Rücksprache mit den behandelnden Ärzt\*innen hält, in diesem Zusammenhang auch erforderlichenfalls gesundheitsbezogene Angaben des/der Versicherten offenbart und den aktualisierten Medikationsplan bzw. die Medikationsübersicht und ggf. weitere relevante Informationen (z. B. mögliche Interventionen/Vorschläge) an die die behandelnden Ärzt\*innen schriftlich übermittelt.

In vorgenanntem Umfang werden die aufgeführte Apotheke, die behandelnden Ärzt\*innen von ihrer Schweigepflicht gemäß § 203 Absatz 1 Ziffer 1 StGB entbunden.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten

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.)*** [↑](#footnote-ref-1)