



Unterlagen

pDL-Akademie: Best Practice*

pDL im Heim

Vortrag von Franziska Lemmer

[pDL-Akademie →](#)



*Alle Inhalte dieser Unterlagen insbesondere Texte, Fotografien und Grafiken, sind urheberrechtlich geschützt. Weitergabe, Vervielfältigung nur mit Einwilligung der Verfasser*innen.

PDL

IN ALTEN- UND PFLEGEHEIMEN

Franziska Lemmer

Albert Schweitzer Apotheke

Düsseldorf

PDL IN ALTEN-UND PFLEGEHEIMEN

Welche pDLs
gibt es

Praktische
Vorgehensweise

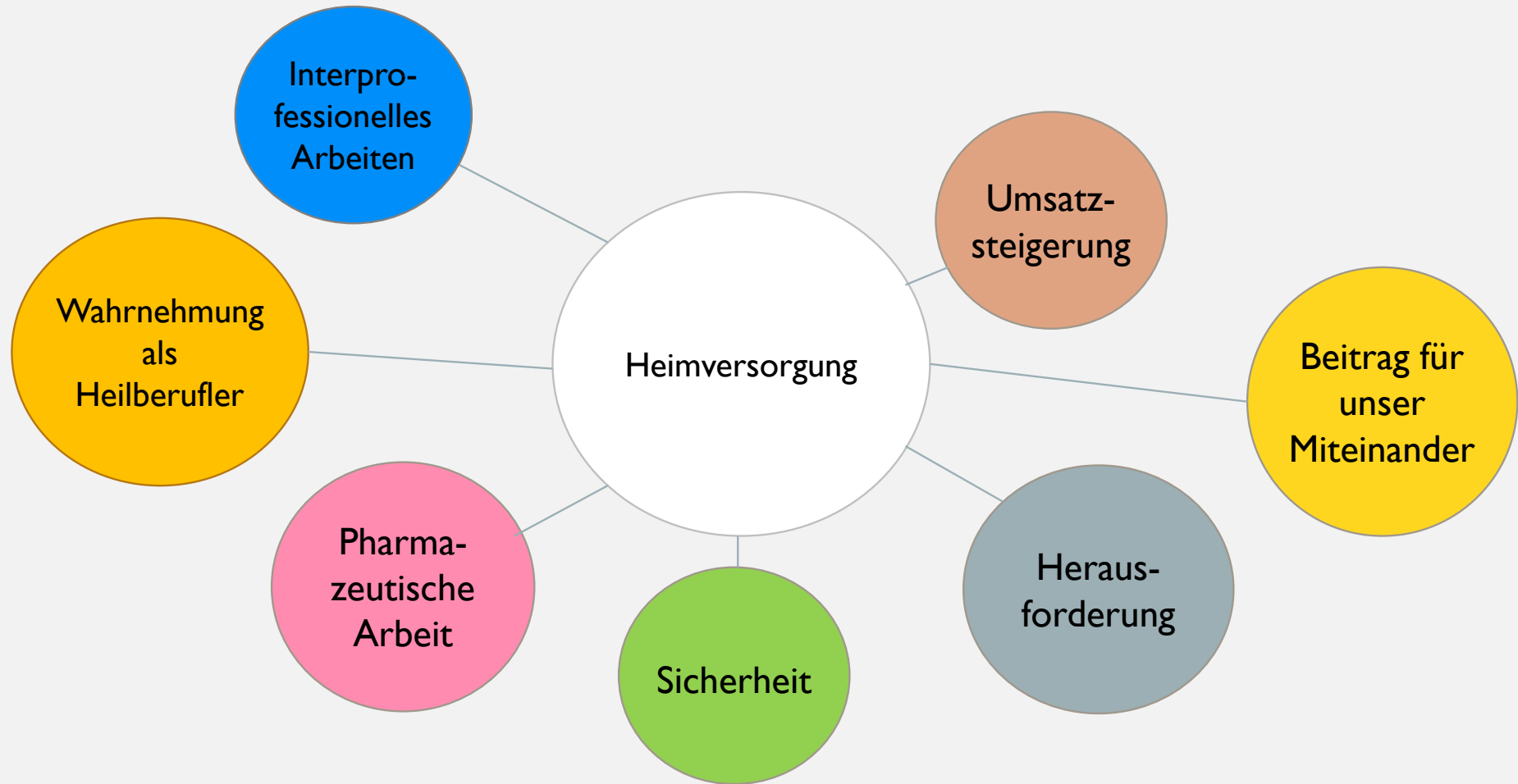
Rechtliche Grundlagen

Wer unterschreibt den Vertrag
Wo findet die Leistung statt
Wen und Wie informiere ich



WARUM EIGENTLICH HEIMVERSORGUNG

PDL



PHARMAZEUTISCHE DIENSTLEISTUNGEN

- 12 / 2020 Gesetzlicher Beschluss im Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetz
 - 10 / 2021 SGBV § 129 Absatz 5e: „*Versicherte haben Anspruch auf pharmazeutische Dienstleistungen*“
 - 05 / 2022 Anlage I I: Regelung der pharmazeutischen Dienstleistungen und des Näheren nach §129 Absatz 5e SGBV
 - 06 / 2022 Einführung pDL in Apotheken
 - 02 / 2023 Dienstleistungen in der Heimversorgung möglich
- Leistungen, die über §20 ApoBetrO „Beratung und Information“ hinausgehen
 - Gilt für GKV- und Privatversicherte
 - dienen v.a. der Prävention sowie Förderung der Adhärenz und Arzneimitteltherapiesicherheit

Erstmalig können Apotheken bezahlte Leistungen bei der KK selbst auslösen

ÜBERSICHT: PHARMAZEUTISCHE DIENSTLEISTUNGEN

Dienstleistung	Anspruch	Wer führt durch	Vergütung	Zeitbedarf	Priorisierung
Erweiterte Medikationsanalyse 2a	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit > 5 AM • 1x jährlich • zusätzlich bei 3 neuen AM 	Apotheker mit zusätzlicher Qualifikation mind. BAK-Curriculum	90€ netto	ca. 80 Min	1
Pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten im ersten halben Jahr nach Organtransplantation • Neues Immunsuppressivum • Follow up 	Apotheker mit zusätzlicher Qualifikation mind. BAK-Curriculum	90€ + 17,55€ netto	ca. 80 Min + 15 min Folgegespräch	1
Pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumorthherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit oraler Antitumorthherapie • 2 Wochen nach Therapiebeginn im ersten halben Jahr • Follow up 	Apotheker mit zusätzlicher Qualifikation mind. BAK-Curriculum	90€ + 17,55€ netto	ca. 80 Min + 15 min Folgegespräch	1
Erläuterung korrekte Inhalationstechnik	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenalter mind. 6 Jahre • Devices verordnet • 1x jährlich oder neues Device • Nicht im DMP Asthma/COPD 	Pharmazeutisches Personal	20€	ca. 25 Min	2
Blutdruckmessung	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose Hypertonie • Mind. 1 Antihypertensivum • 2 Wo nach Therapieänderung 	Pharmazeutisches Personal inkl. PhiP und PTA in Ausbildung	11,20€	ca. 14 Min	3

ÜBERSICHT: PHARMAZEUTISCHE DIENSTLEISTUNGEN

<https://www.abda.de/pharmazeutische-dienstleistungen/>



FAKTEN AUS DER HEIMVERSORGUNG

50 % der über 70-Jährigen erhalten 5 oder mehr Wirkstoffe in der Dauermedikation¹

Je mehr Arzneimittel eingenommen werden, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit von **arzneimittelbezogenen Problemen**

12,9 unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) pro 100 Heimbewohner pro Monat (30-Tages-Prävalenz)²

10-20 % der UAE führen zu **Notarztbesuch oder Krankenhauseinweisung**²

Über die Hälfte der UAE wurden als vermeidbar eingestuft²

1) 14. Fachtagung Sozialpharmazie, Analyse der Wirksamkeit von Pharmazeutischer Betreuung durch Apotheken - Projekt zur Optimierung der Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern, Waltering, Kruse 2011

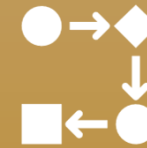
2) Abschlussbericht zum Projekt Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen: Querschnittsanalyse und Machbarkeit eines multidisziplinären Ansatzes, Prof. Dr. med Thürmann, Prof. Dr. Ulrich Jaehde 2012

UAE IN DER HEIMVERSORGUNG



Stürze
Krankenhauses-
einweisungen

Verordnungs-
kaskaden



UAE



verringerte
Lebensqualität

erhöhter Pflege-
und Dokumentations-
aufwand

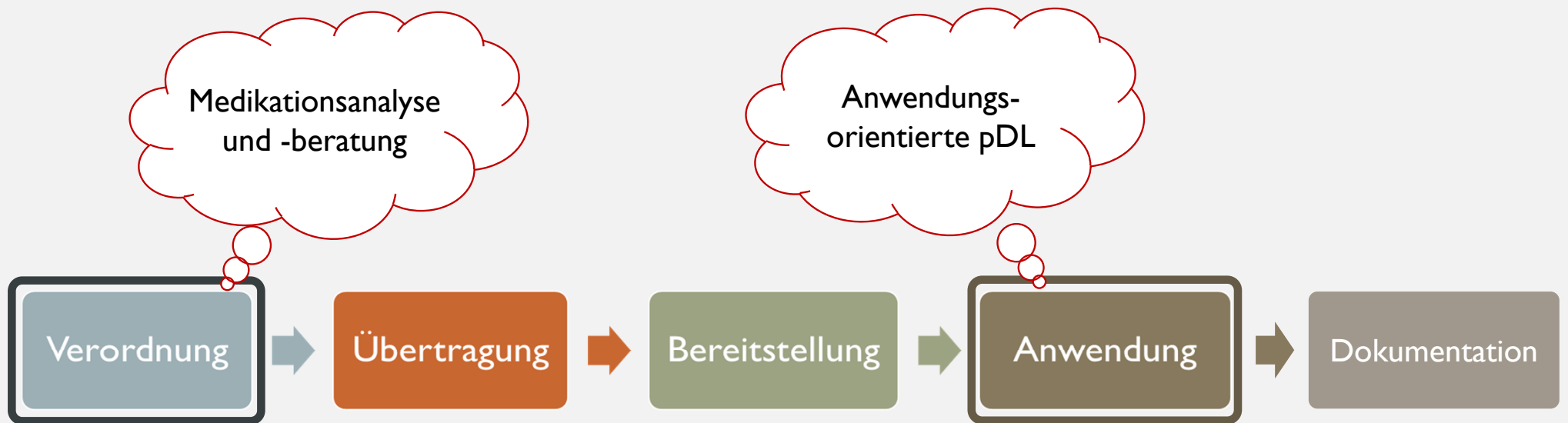


Erhöhte
Sterblichkeit
!

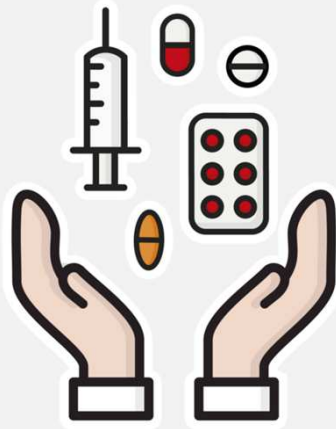
Erhöhte Kosten im
Gesundheitswesen
!

HÄUFIGE GRÜNDE FÜR UAE

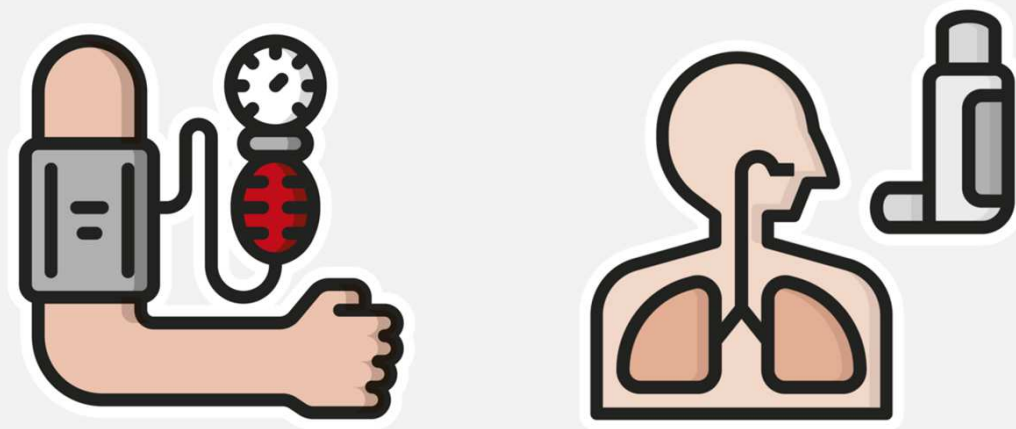
„Fehler“ an verschiedenen Stellen in der Versorgungskette:



PDL IM HEIM – UNSERE ERFAHRUNGEN



- Neuaufnahme
- bei Bedarf, z. B. nach KH-Aufenthalt (mind. 3 neue AM)
- *Wunsch/Ziel: Hinweis durch Pflege*



- Absprache, ob PDL durch Apotheke oder Verantwortung des Pflegepersonals
- Fähigkeiten des Bewohners
- Schulung der Pflege durch Apotheke

BETRACHTUNG DES PATIENTEN DURCH DIE PFLEGEBRILLE



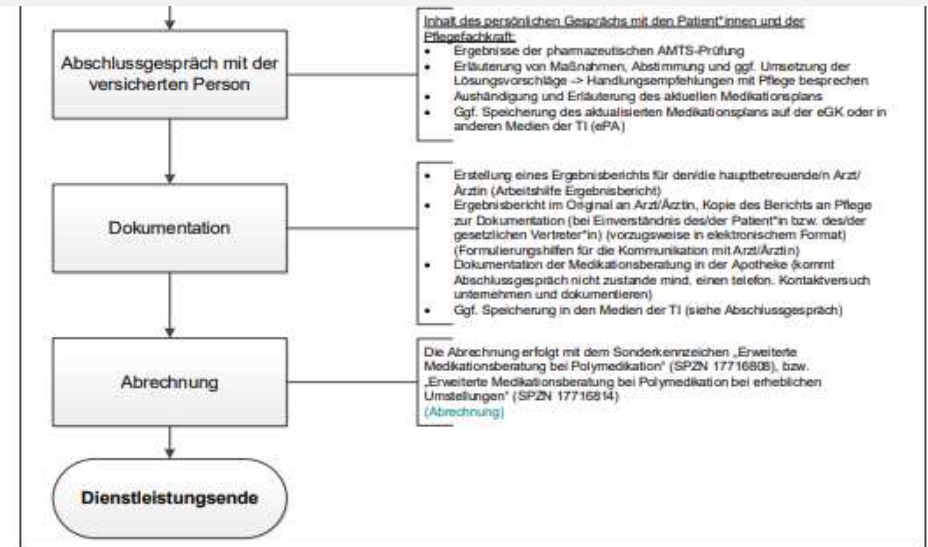
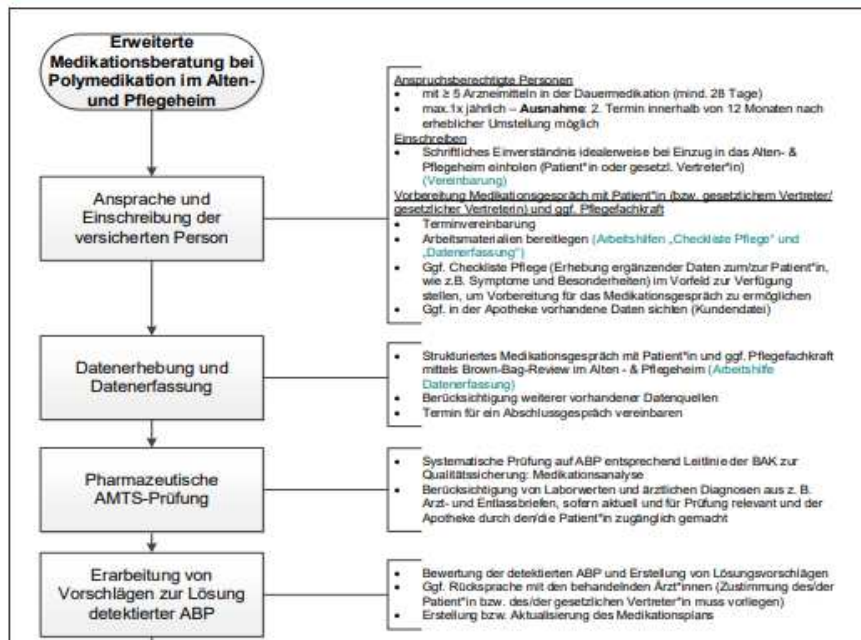
Creative Commons

Medikationsanalysen und AMTS sind keine festen Schablonen!
Sie sind Teamarbeit.

MEDIKATIONSBERATUNG IM HEIM – VORGEHENSWEISE

Arbeitsmaterialien für die pharmazeutischen Dienstleistungen

Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation im Alten- & Pflegeheim



Copyright © Bundesapothekerkammer

Stand: 25.09.2023

Seite 2 von 2

MEDIKATIONSBERATUNG IM HEIM - RAHMENBEDINGUNGEN

Anspruchsberechtigte:

Versicherte in der ambulanten und **häuslichen** Versorgung

Vertragsunterzeichner darf **nur** der Versicherte, sein gesetzlicher Betreuer oder eine bevollmächtigte Person sein

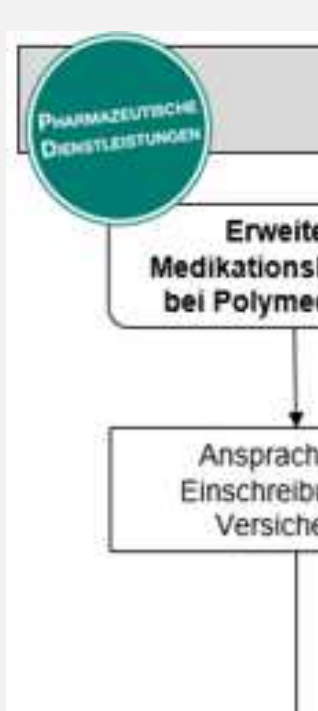
Räumlichkeiten:

in Apotheken bzw. in der **Häuslichkeit** der Patienten, z.B. in Form eines Haus- oder Heimbesuches

Telepharmazie?

Nicht erlaubt

MEDIKATIONSBERATUNG IM HEIM – VORGEHENSWEISE



Ansprache

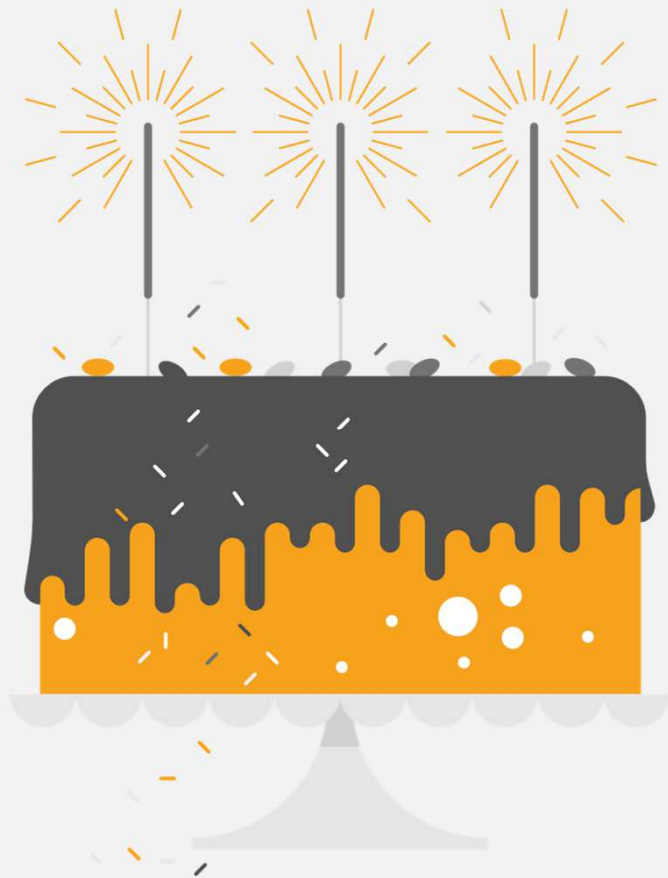
Wer:

- Geschäftsführung,
- insbesondere PDL und Wohnbereichsleitung
- Angehörige/ Betreuer
- sowie heimversorgende Ärzte

Wie:

- Infoabend
- Flyer
- Anschreiben
- E-Mail

MEDIKATIONSBERATUNG IM HEIM – VORGEHENSWEISE



Überlegen Sie sich ein Angebot!

- Bei jeder Neuaufnahme
- Nach Entlassung aus dem Krankenhaus*
- Bei signifikanten Veränderungen des Zustandes*

*Voraussetzung:

Entweder keine Medikationsberatung in den letzten 12 Monaten

oder mind. 3 neue systemisch wirkende AM in 4 Wochen

UAE IN DER HEIMVERSORGUNG



Stürze

Verordnungen



Ziel der Ansprache:

PDL sind ein erlebbarer Mehrwert, der durch die Apotheke geschaffen wird – für die Pflege und die Bewohner.



verringerte
Lebensqualität

erhöhter Pflege-
und Dokumentations-
aufwand

Ern
Sterb

n im
esen

MEDIKATIONSBERATUNG - NEUAUFNAHME TINA HEIM

Einschreibung mit Datenschutzerklärung

Formular

Einwilligungserklärung_
Heimbewohner

Kapitel: 8.2.1
Version: 004
Datum: 17.01.2023



Einwilligungserklärung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung persönlicher, arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Daten des Patienten in der Apotheke

Hauptapotheke
Albert Schweitzer
Apotheke
Uhländstraße 9
40237 Düsseldorf

Filiale 1
Albert Schweitzer
Apotheke an der
Grafenberger Allee
Grafenberger Allee 134
40237 Düsseldorf

Filiale 2
Düsseldorfer Apotheke
Bilker Allee 57
40237 Düsseldorf

Inhaber
Acnos Düsseldorf OHG
Goethestraße 1
40237 Düsseldorf
Datenschutz@asa-d.de

Versorgung der Bewohner von Heimen

Die o.g. Apotheke versorgt mich mit Arzneimitteln. In diesem Zusammenhang wird meine Medikation hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, wie z. B. Wechselwirkungen und Problemen bei der Anwendung, geprüft. Für diese Prüfung sowie für die zukünftige Versorgung mit Arzneimitteln durch die Apotheke werden die unten genannten Daten und ggf. weitere, notwendige Daten zu meiner Person sowie Daten zu meinen Erkrankungen und meiner Arzneimitteltherapie erfasst. Diese Daten können sich beispielsweise aus den Gesprächen mit mir im Heim und dem, im Heim angestellten Pflegepersonal sowie der u.g. Kontaktperson und aus Verordnungen oder vorhandenen Arzneimittelrezepten ergeben. Ziel ist es, die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und Arzneimittelrisiken zu verringern.

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten vom pharmazeutischen Personal der Apotheke, welches der Schweigepflicht unterliegt, ausschließlich zu oben beschriebenen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Eine Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte findet ausschließlich an das Pflegeheim sowie ggf. an die u.g. Kontaktperson statt.

Sofern sich mögliche arzneimittelbezogene Probleme ergeben, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker mit meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt zur Lösung dieser Probleme Kontakt aufnimmt und ihn über diese anderweitige Medikation unterrichtet. Ich erkläre für diesen Fall sowohl das pharmazeutische Personal der Apotheke als auch meinen Arzt von der Schweigepflicht.

Ich bin mit der Zusendung von Informationen oder Einladungen per Post, Email oder Fax einverstanden:

JA NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten (Kontaktdaten) auf den Bon gedruckt werden:

JA NEIN

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit Rechtsvorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten drei Jahre nach der letzten Eintragung gelöscht. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ihre persönlichen Daten:	
Name	Anschrift
Geburtsdatum	Telefon / E-Mail
Ansprechpartner zu Hause / Betreuer:	
Name	Anschrift
Telefon / E-Mail	
Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)	
Freigabevermerk	Seite 1
Datenname	APC-FI-075_Einwilligungserklärung_Heimbewohner



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:

- Apotheken**
- Albert Schweitzer Apotheke Uhländstr. 9 40237 Düsseldorf Inhaber: Acnos Düsseldorf OHG
- Albert Schweitzer Apotheke an der Grafenberger Allee Grafenberger Allee 134 40237 Düsseldorf
- Düsseldorf Apotheke Bilker Allee 57 40219 Düsseldorf

Versicherte(r)

Vorname & Name _____
Straße & Nr. _____
PLZ & Ort _____
Krankenkasse & Versicherten-Nr. _____
Geb. Datum _____

Die Dienstleistung beinhaltet insbesondere die umfassende Erhebung der Gesamtmedikation sowie darauf aufbauend die pharmazeutische Risikoprüfung. 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 risikoprüften Medikationsplan.

Der/die Versicherte befindet sich in ambulanter, stationärer, 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 antilich der Quittierung erfolgt, sind Grundlage der Erbringung der pDL durch die Apotheke.

Für Rücksprachen mit einem Arzt/seiner Ärztin ebenso wie für die Übersendung des Ergebnisberichts an den hauptbehandelnden Arzt/die hauptbehandelnde Ärztin muss der Patient/die Patientin die Heilberufert/innen von der Schweigepflicht entbinden. Hierzu ist die anliegende 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 grundsätzlich erst nach Ablauf von 12 Monaten nach Abbruch der Leistung bzw. bei erheblichen Umständen (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 entrichteten pDL.

Düsseldorf _____
X Unterschrift des/der Versicherten/ des/der gesetzlichen Vertreters _____
Unterschrift des Mitarbeitenden der Apotheke Vertreters _____

¹Die Langfassung der Vereinbarung ist zu finden unter <https://www.albert-schweitzer-apotheke-duesseldorf.de/ipo/Service/Unter-Service/Pharmazeutische-Dienstleistungen-73311050>



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

Bei erster Leistungserbringung: Quittierung des Erhalts

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pDL „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“:

X Düsseldorf _____
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 Polymedikation“ 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 pharmazeutischen Dienstleistung (pDL) „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“.

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten _____

Mit Daten-
schutzerklärung
bei Einzug
kombinieren



MEDIKATIONSBERATUNG - NEUAUFNAHME TINA HEIM

↓
Datenerhebung und
Datenerfassung

Datenerfassung:

**Persönliches Erstgespräch mit
Bewohner/Bevollmächtigtem oder, wenn
nicht anders möglich, mit Pflege**

Medikationsplan

alle AM erfasst? **reicht alleine für Analyse nicht aus!**

Stammdatenblatt

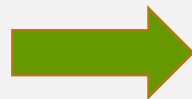
Diagnosen, Schluckbeschwerden, Sturzneigung, Raucher,
allgemeine Besonderheiten...

Pflegedokumentation

neue Symptome, Gewicht, RR + Puls, Sturz, Tabletteneinnahme...

Krankenhausberichte

Quelle: ABDA



Checkliste !!!!

MEDIKATIONSBERATUNG - NEUAUFNAHME TINA HEIM

Checkliste

zur ergänzenden Datenerfassung bei einer Medikationsberatung für Bewohner im Alten- und Pflegeheim sowie bei Patienten in der ambulanten Pflege

Name des/der Patient*in: _____

Geburtsdatum: _____

Behandelnder Arzt: _____

Zuständige Pflegefachkraft: _____

Optional: Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg, BMI: _____ kg/m²

Optional: Blutdruckwerte: s _____ mm Hg, Puls: e _____ /min

Diagnosen:

Bekannte Arzneimittelallergien: _____

Folgende Symptome sind in den letzten vier Wochen verstärkt aufgetreten (ankreuzen, wenn dieses Symptom vorliegt):

Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>
Sturz	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>
Übelkeit und/oder Erbrechen	<input type="checkbox"/>
Magenbeschwerden	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>
Atemprobleme	<input type="checkbox"/>
Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>
Geschwollene Beine	<input type="checkbox"/>

Nasen- und/oder Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>
Blaue Flecken	<input type="checkbox"/>
Juckreiz und/oder Hautausschlag	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (hier Symptom eintragen):	<input type="checkbox"/>

Der Patient/die Patientin benutzt bzw. ist:

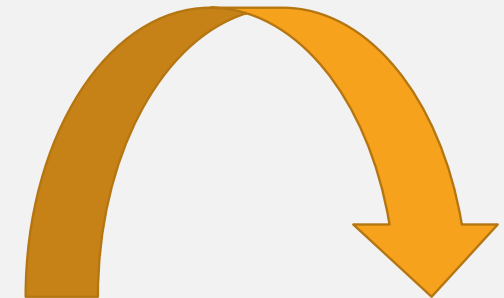
Stock, Gehilfe	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>
Bettlägerig	<input type="checkbox"/>

Besondere Angaben zum/zur Patient*in:

Patient*in zerbeißt alle Arzneimittel	<input type="checkbox"/>
Patient*in hat eine Sonde	<input type="checkbox"/>
Patient*in verweigert die Einnahme der Arzneimittel	<input type="checkbox"/>
Patient*in hat Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>

Bitte folgende Daten mitliefern, falls noch nicht geschehen:

- Aktueller Medikationsplan
 - o Dauermedikation
 - o Akutmedikation
 - o Bedarfsmedikation
- Übersicht über Arzneimittel in Eigenverantwortung
- Ggf. Arztbrief/ Krankenhausbericht
- Ggf. Pflegebericht



- Persönliches Gespräch
- Bewohner /gesetzlicher Betreuer
 - Bezugspflege

IDEEN ZUM PERSÖNLICHEN GESPRÄCH MIT DER PFLEGE

- (mindestens) halbjährliche Begehung bzw. jährliche Schulung
- gemeinsame Visite Arzt – Pflege – Apotheke
- gemeinsamer Termin Pflege – Apotheke
- Botengang übernehmen

→ Ergebnisse sammeln und in Kürze vorstellen

MEDIKATIONSBERATUNG - NEUAUFNAHME TINA HEIM

Medikationsplan Seite 1 von 1	für: Tina Heim	geb. am: 06.06.1943	
	ausgedruckt von: Dr. med. Dienstleistung Ärzteweg 8 12456 Krankenhaus	Gew.: 75 kg Größe: 164 cm ausgedruckt: 14.06.2023 12:23	

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	mor- gens	mit- tags	ab- ends	zur Nacht	Einheit	Hinweise	Grund
Dauermedikation										
Apixaban	ELIQUIS 5MG	5 mg		1	0	1	0	Stück		
Ramipril	RAMIPRIL ABZ 5MG	5 mg		1	0	0	0	Stück		
Metoprolol succinat	METOPROLOLSUCCINAT AAA 95MG	95 mg	RetTabl	1	0	1	0	Stück		
Amlodipin	AMLODIPIN (BESILAT) ABZ 10MG	10 mg		1	0	1	0	Stück		
Torasemid	TORASEMID AAA-PHARMA 10MG	10 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		
Metformin hydrochlorid	METFORMIN 850 AAA- PHARMA	850 mg		1	0	1	0	Stück		
Pantoprazol	PANTOPRAZOL AAA 40MG	40 mg		1	0	0	0	Stück		
Mirtazapin	MIRTAZAPIN AAA-PHARMA 30MG	30 mg	Tabl	0	0	½	0	Stück		
Bedarfsmedikation										
Metamizol natrium-1- Wasser	NOVAMINSULFON 500-1A PHARMA	500 mg		1	0	1	0	Stück		
Simeticon	LEFAX EXTRA	105 mg		1	1	1	0	Stück		

CAVE: seit wann werden die Arzneimittel eingenommen?

Messwerte:

- RR: 108/79 mm Hg , HbA1c-Wert: 6,4 %

Diagnosen:

- Hypertonie
- Knöchelödeme
- Vorhofflimmern
- Diabetes Typ 2
- Niereninsuffizienz GFR 30-59 ml/min
- Schlafstörungen

Symptome der letzten 4 Wochen:

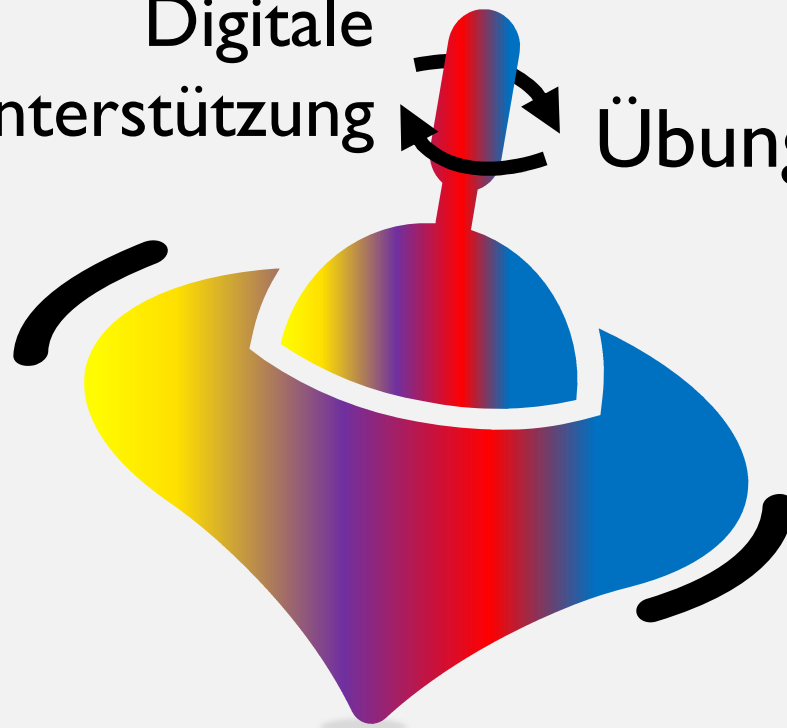
- Schwindel
- Blähungen

MEDIKATIONSBERATUNG - NEUAUFNAHME TINA HEIM



Systematische Prüfung auf ABP →
Medikationsanalyse 2a

Digitale
Unterstützung ↔ Übung



KOMMUNIKATION ARZT / PFLEGE

Abschlussgespräch
der versicherten

darf auch:

- mit der Bezugspflege durchgeführt werden
- telefonisch erfolgen

A/S ALBERT SCHWEITZER APOTHEKE **D/A** DÜSSELDORF APOTHEKE **A/B** ALBERT SCHWEITZER APOBIZ

Kommunikationsbogen Arzt-Albert Schweitzer Apotheke

Datum:

Behandelnder Arzt:

Ihr Patient: Tina Heim

Sehr geehrte/r Frau/Herr Dr.,

wir haben auf Wunsch Ihrer/s Patientin/en Frau Tina Heim, im Rahmen des VOSG die pharmazeutische Dienstleistung der „erweiterten Medikationsberatung bei Polypharmazie“ durchgeführt.

Über die Ergebnisse möchten wir Sie gerne als behandelnder Arzt vorab informieren, mit der Bitte um Kenntnisnahme und Rückmeldung.

Wir kommen damit gleichzeitig unseren Verpflichtungen gem. §20 ApoBetrO zu Information und Beratung für Sie und Ihrem Patienten nach.

Bei der Durchsicht von Medikation und Pflegebericht des Heims ist uns folgendes aufgefallen:

1. Patient laut Diagnose Niereninsuffizienz Grad 3 und Dosierung Metformin 1700 mg/d → ggf. besteht ein mögliches Risiko für eine Lactatazidose
2. Patient mit Symptom Schwindel innerhalb der letzten 4 Wochen → Durchschnitt RR der letzten 4 Wochen = 109/79
→ 4fach Hypertonie Therapie (Amlodipin + Ramipril + Metoprololsucc. + Torasemid)

A/S ALBERT SCHWEITZER APOTHEKE **D/A** DÜSSELDORF APOTHEKE **A/B** ALBERT SCHWEITZER APOBIZ

zu3.: ggf. Kontrolle Dosis Amlodipin, möglicherweise Versuch eines Austausch gegen Alternative z.B. Lercanidipin

zu4.: ggf. Dosisanpassung von Eliquis laut Fachinfo

zu5.: evtl. Dosisreduktion auf 20 mg → bei nächster möglicher Blutuntersuchung evtl. Überprüfung des Vitamin B12 Wertes

zu6.: wenn möglich Umstellung auf Mirtazapin 15mg 0-0-1

Hinweise für die Pflege:

- Pantoprazol nüchtern einnehmen
- Metformin zum oder nach dem Essen
- Sturzprophylaxe
- regelmäßige Blutdruckmessung wenn vom Arzt angeordnet

Unterschrift Apotheker _____ (Name: Franziska Lemmer)

Telefon: 0211-17990020 Fax: 0211-17990052 email: homecare@asa-d.de

Ihre Entscheidung als behandelnder Arzt:

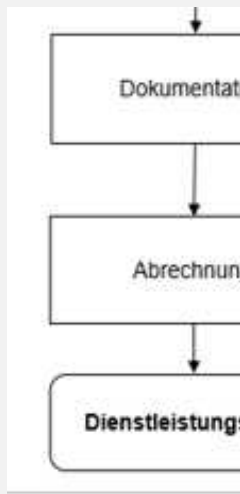
KOMMUNIKATION ARZT/PFLEGE

Medikationsplan Seite 1 von 1	für: Tina Heim Neu	geb. am: 06.06.1943	
	ausgedruckt von: Albert-Schweitzer-Apotheke Uhlandstrasse 9, 40237 Düsseldorf Tel: 0211-1799000 E-Mail: f.lemmer@asa-d.de	ausgedruckt: 10.08.2023 11:38	

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einheit	Hinweise	Grund
Dauermedikation										
Apixaban	ELIQUIS 2,5MG	2,5 mg	Tabl	1	0	1	0	Stück		
Ramipril	RAMIPRIL ABZ 5MG	5 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		
Amlodipin	AMLODIPIN (BESILAT) DEXCEL 10MG	10 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		
Metoprolol	METOPROLOL SUCCINAT TAD 95MG	95 mg	RetTabl	1	0	0	0	Stück		
Metformin	METFORMIN 500-1A PHARMA	500 mg	Tabl	1	0	1	0	Stück	Einnahme zu oder nach den Mahlzeiten	
Pantoprazol	PANTOPRAZOL AAA 20MG	20 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück	Einnahme vor den Mahlzeiten	
Mirtazapin	MIRTAZAPIN AAA-PHARMA 15MG	15 mg	Tabl	0	0	1	0	Stück		
Bedarfsmedikation										
Metamizol	NOVAMINSULFON TROPFEN-1A PHARMA	500 mg/ml	Tropfen	k. A.				Tropfen	in 24 Stunden max. 20 Tropfen im Abstand von min. 4-6 Std.	

Medikationsplan muss immer vom Arzt abgezeichnet sein!

QUITTUNG/ABRECHNUNG



- Quittung darf auch durch Bezugspflege unterschrieben werden
- Abrechnung nach Sonderbelegverfahren

A S ALBERT SCHWEITZER APOTHEKE
 D A DÜSSELDORF APOTHEKE
 A B ALBERT SCHWEITZER APOBIZ

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

Bei erster Leistungserbringung: Quittierung des Erhalts

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

X Düsseldorf
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 neu/andere systemisch wirkende Arzneimittel / Inhalativa innerhalb von 4 Wochen als Dauermedikation). Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pharmazeutischen Dienstleistung (pDL) „Erweiterte Medikationsberatung bei Polypharmazie“:

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Apotheken-Nummer / IK	
Name der Musterkrankenkasse		+1234567+	
Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung	Gesamt-Brutto
Maxi Musterfrau		0	0,00
Musterstraße 12		Kennziffer	Faktor Taxe
Musterhausen		Sonder-PZN 1 0	
geb. am		1. Position	
15.09.1969		2. Position	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	3. Position
123456789	A987654321		
661100401	661100401	Datum	
		03.06.2022	

0 3 0 6 2 2

Leistungs-/Abgriff in der Apotheke

Musterapotheke 12345 Musterhausen

der Apothekerin/des Apothekers

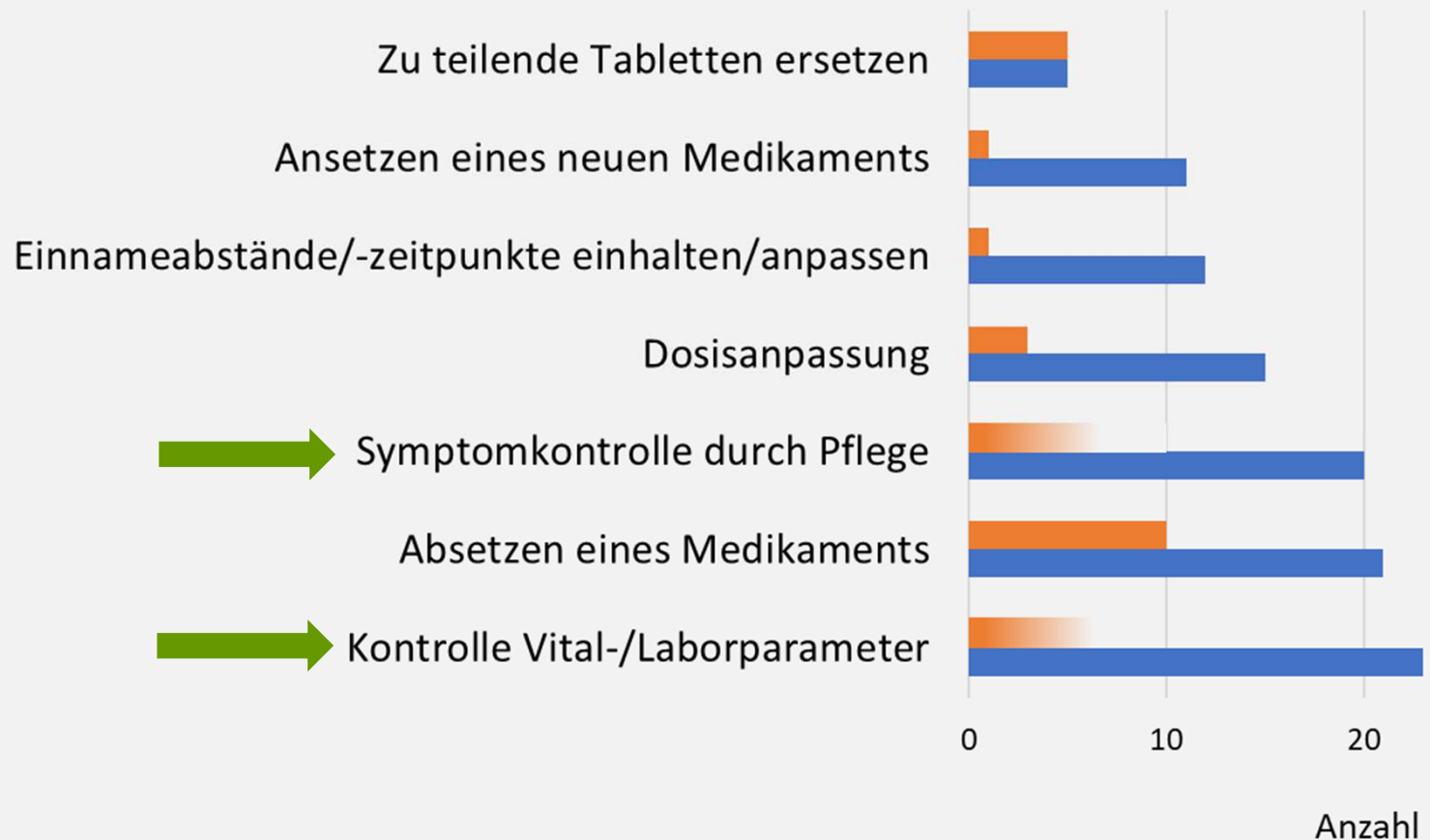
APOTHEKENBELEG

DAV

Bildquelle: DAV Notdienstfonds www.dav-notdienstfonds.de/pharmazeutische-dienstleistungen/meldungswege/ Zugriff am 10.08.2023 10.20 Uhr

ERGEBNISSE AUS 26 MEDIKATIONSBERATUNGEN IM HEIM

Lösungsvorschläge - Umsetzung



VIELEN DANK

Zum Mitnehmen:

PDL in der Heimversorgung sind möglich und machbar durch Zusammenarbeit und
Absprache mit der Pflege

DA SEIN - MITEINANDER SPRECHEN - WISSEN VERMITTELN