

## Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung (pDL) der „Pharmazeutischen Betreuung bei oraler Antitumorthherapie“

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.<sup>1</sup> Vertragsparteien sind:

### Apotheke

Name und Anschrift der Apotheke	
Apothekeninhaber/in	

### Versicherte(r)

Name, Vorname, Anschrift	
--------------------------	--

### Abrechnungsdaten (optional, sofern noch nicht vorhanden)

Geburtsdatum Versicherte(r)	
Krankenkassen	
Kostenträgerkennung (IK)	
Versichertennummer	

Die Dienstleistung beinhaltet insbesondere die umfassende Erhebung der Gesamtmedikation unter Berücksichtigung der Besonderheiten der oralen Antitumorthherapie 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 und mit dem Versicherten besprochen und Lösungen vereinbart. Der Versicherte erhält einen aktuellen und risikogeprüften Medikationsplan. Das Folgegespräch dient dazu, weitere Fragen und mögliche Probleme mit der neuen oralen Antitumorthherapie gemeinsam mit dem Apotheker zu besprechen.

Der Versicherte befindet sich in ambulanter Versorgung und hat erstmalig innerhalb der letzten sechs Monate mit einer ärztlich verordneten oralen Antitumorthherapie begonnen oder hat eine weitere ärztlich verordnete orale Antitumorthherapie innerhalb der letzten sechs Monate als Folgetherapie begonnen. Der Versicherte willigt in die Erbringung der pDL ein und bindet sich zur Inanspruchnahme an die als Vertragspartner gewählte Apotheke. Der 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 Versicherten und seine 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 ebenso wie für die Übersendung des Ergebnisberichts an den hauptbehandelnden Arzt muss der Patient die Heilberufler von der Schweigepflicht entbinden. Hierzu ist die anhängende Erklärung zu unterzeichnen.

Der 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 Aufnahme einer ärztlich verordneten Folgetherapie 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.

<sup>1</sup> 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.)

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Unterschrift des Mitarbeitenden der Apotheke

### Quittierung des Erhalts der pDL

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der „Erweiterten Medikationsberatung bei oraler Antitumorthherapie“:

---

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherten

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt des semistrukturierten Folgegesprächs im Rahmen der pDL „Pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumorthherapie“:

---

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherten

### Bei erneuter Leistungserbringung: Bestätigung der Anspruchsberechtigung und Quittierung des Erhalts

Ich bestätige, dass ich eine weitere ärztlich verordnete orale Antitumorthherapie als Folgetherapie begonnen habe. Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der „Erweiterten Medikationsberatung“ bei oraler Antitumorthherapie:

---

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherten

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt des semistrukturierten Folgegesprächs im Rahmen der pDL „Pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumorthherapie“:

---

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherten

### Erklärung der Entbindung von der Schweigepflicht

bei Inanspruchnahme der pharmazeutischen Dienstleistung (pDL) der „Pharmazeutischen Betreuung bei oraler Antitumorthherapie“

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

---

Daten des Apothekers; ggf. mehrere

---

Daten des Apothekers; ggf. mehrere

---

Daten des Apothekers; 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; ggf. mehrere

---

Daten des hauptbetreuenden Arztes; ggf. mehrere

---

Daten des hauptbetreuenden Arztes; ggf. mehrere

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

---

Daten des hauptbetreuenden Arztes; ggf. mehrere

Den jeweils aktuellen Stand der Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung „Pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumorthherapie“ finden Sie im Mitgliederbereich der ABDA: <https://www.abda.de/pharmazeutische-dienstleistungen/orale-krebstherapie/>