

Arbeitsmaterialien für die pharmazeutischen Dienstleistungen

Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation

- **Empfehlungen für die Erstellung des Ergebnisberichts an Ärzt*innen**

Stand der Revision: 29.01.2024

Hinweise für die Verwendung der Arbeitshilfe:

- Die vorliegende Arbeitshilfe gibt eine sinnvolle Struktur für den Aufbau und die inhaltliche Ausgestaltung des Ergebnisberichts an Ärzt*innen vor. Absätze mit „Handsymbol“ geben praktische Tipps. Eine Blankovorlage (Word-Format) finden Sie hier [„Ergebnisbericht/Rücksprache mit dem Arzt“](#).
- Kommunizieren Sie ausschließlich Ergebnisse der Medikationsanalyse, die für den/die Ärzt*in und/oder den/die Patient*in von Relevanz sind oder einen Handlungsbedarf durch den/die Ärzt*in erfordern.
- Der Bericht besteht aus einem Anschreiben mit relevanten Informationen für den Arzt, dem aktuellen Medikationsplan und ggf. einer Übersicht von arzneimittelbezogenen Problemen, die bei der pharmazeutischen AMTS-Prüfung identifiziert wurden. Im Rahmen der Erläuterung im Anschreiben können die Ziffern zu den einzelnen ABP aus der Übersicht zitiert werden.
- Das Anschreiben sollte so kurz wie möglich sein und im Idealfall nur eine Seite umfassen. Der aktuelle Medikationsplan als Anhang ist wichtiger Bestandteil des Berichts.
- Das Dokument enthält Formulierungsvorschläge. Sie können zur Unterstützung zudem die Arbeitshilfe zur Medikationsberatung [„Formulierungshilfen für die Kommunikation mit den Ärzt*innen“](#) nutzen. Beachten Sie hierbei, dass höfliche Formulierungen zugleich auch sehr ausführlich sind. Wägen Sie ab, welche Formulierung im konkreten Fall am besten geeignet ist.
- Beim Verfassen eines Anschreibens auf Basis dieser Vorlage sind nur Textpassagen, die bei Ihrem/Ihrer Patient*in relevant sind, zu verwenden. Nichtzutreffende Überschriften, Textpassagen bzw. Formulierungen sind nicht im Anschreiben zu übernehmen.

Eine Kopie des Ergebnisberichts ist in der Apotheke zur Dokumentation aufzubewahren!

Apotheke:

Name

Anschrift

Telefon

Patient*in:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Sehr geehrte/r Frau/Herr Dr. XYZ,

auf Wunsch Ihrer Patientin / Ihres Patienten XX wurde eine Medikationsberatung bei Poly-medikation durchgeführt. Die Prüfung der Medikation erfolgte auf Basis der Angaben im Medikationsgespräch, den mitgebrachten Arzneimitteln, (...).



Ergänzen Sie ggf. weitere verwendete Quellen wie Medikationshistorie der Apotheke, Medikationsplan und Entlassbericht.

Die für Sie relevanten Ergebnisse sind in diesem Bericht dokumentiert.

Hauptbeschwerden / Patientenwünsche

Die Medikationsberatung wurde durchgeführt, weil der Patient / die Patientin...

... mehr Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie wünscht.

... unter (...) leidet. / ... über folgende Symptome / Probleme berichtet:



Führen Sie persönliche Ziele und im Vordergrund stehende Hauptbeschwerden direkt zu Beginn des Berichts auf, damit Sie sich im Folgenden darauf beziehen können.

Diskrepanzen zwischen Medikationsplan und tatsächlicher Anwendung

Anwendung laut Patient*in	Anwendung laut Medikationsplan vom xx.xx.xxxx

Nach Durchführung eines Medikationsabgleichs finden Sie im Anhang einen Medikationsplan, der die aktuelle Anwendung (laut Patient*in) abbildet, mit der Bitte um Prüfung.

Informationsbedarf Patient*in

Wir haben den Patienten / die Patientin über die richtige Anwendung und die Einnahmegründe der Medikation informiert, so dass er / sie sich nach Abschluss des Gespräches sicherer im Umgang hiermit fühlte.

Dem Patienten / der Patientin waren die mit der Einnahme von (...) verbundenen Therapieziele nicht bekannt. Eine Erläuterung durch Sie wäre von Nutzen für die Therapietreue.



An dieser Stelle können Sie zudem auf die pDL „Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik“ verweisen, wenn therapierelevante Fehler detektiert wurden.

Bei der Einweisung in die Anwendung des Inhalationsdevices (...) und anschließender Übung durch den/die Patienten/in fiel auf, dass der/die Patient*in (...). Dieser Anwendungsfehler konnte (nicht) behoben werden (ggf. Vorschlag für ein alternatives Device).

Apotheke:

Name

Anschrift

Telefon

Patient*in:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Probleme / Auffälligkeiten im Kontext der Medikation

*Beschreiben Sie ausschließlich ABP, die für den/die Ärzt*in und/oder den Patienten / die Patientin von Relevanz sind oder einen Handlungsbedarf durch den/die Ärzt*in erfordern. Es folgen Beispiele für einige Probleme / Auffälligkeiten, die genannt werden können.*

Kontraindikation:

(...) birgt ein erhöhtes Risiko für (...). Könnte der Patient / die Patientin vom Absetzen von (...) profitieren? Eine mögliche Alternative könnte (...) darstellen.



Sinnvolle Therapiealternativen können meist nur für bekannte Diagnosen unterbreitet werden. Gegebenenfalls bedarf es einer ärztlichen Abklärung.

Interaktionen:

Die gleichzeitige Anwendung von (...) und (...) hat (ggf. ...) zur Folge / geht mit einem erhöhten Risiko für (...) einher. Könnte der Patient / die Patientin von einem Reduzieren, Wechsel profitieren?



Bedenken Sie, dass das Ansetzen, Reduzieren oder der Wechsel eines Arzneimittels ggf. ein Monitoring erfordert.

Nebenwirkungsverdacht:

Könnte das berichtete Symptom (...) in Zusammenhang stehen mit (...) / eine mögliche Nebenwirkung von (...) darstellen? Wie beurteilen Sie den Zusammenhang?

Weitere pDL (z.B. Blutdruckmessung)

Bei einer standardisierten Blutdruckmessung fiel ein erhöhter / zu niedriger Blutdruck mit einem Mittelwert von mmHg und ein Puls von ... bpm in Ruhe / ein Hinweis auf Arrhythmien auf (siehe Informationsbogen anbei).

Schlussbetrachtung

Handelt es sich um einen ausführlichen Ergebnisbericht, in dem mehrere ABP adressiert werden, kann eine zusammenfassende Beurteilung hilfreich sein. In dieser sollte(n) das/die prioritär zu adressierende(n) ABP aufgeführt werden.

Bei Fragen zum pharmazeutischen Konsil wenden Sie sich gerne an mich.



Falls eine sofortige Rücksprache mit dem Arzt / der Ärztin erforderlich ist, nehmen Sie am besten sofort telefonischen Kontakt auf.

Mit freundlichen Grüßen

Name Apotheker*in

Datum, Unterschrift

Apotheke:

Name
 Anschrift
 Telefon

Patient*in:

Name
 Vorname
 Geburtsdatum

Auf die folgenden Punkte wurde die in der Apotheke vorliegende Medikation systematisch geprüft:

Prüfung nach Leitlinie: Medikationsanalyse		Geprüft	In Apo- theke gelöst	Handlungsbedarf (ggf. Kommentar bzw. siehe Anschreiben)
1. Allgemein	1.1 Abweichungen Medikationsplan/ Gespräch mit Patient*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Informations- bedarf	2.1 Behandlungsgrund unbekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.2 Anwendung, Darreichungsform (z.B. Teilbarkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.3 Ungeeignete(s) Dosierung/ Dosierungsintervall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Auffälligkei- ten der Medi- kation	3.1 (Pseudo-)Doppelmedikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.2 Relevante Interaktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.3 Ungeeigneter Anwendungszeitpunkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.4 Mögliche Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.5 Therapietreue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.6 Probleme Selbstmedikation (Dosierung, Indikation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.7 Mögliche Kontraindikation (Alter, GFR, Geschlecht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.8 Ungeeignete Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sonstiges		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rück- sprache	<input type="checkbox"/> Zur Kenntnis / kein Handlungsbedarf	<input type="checkbox"/> Bitte um Rückruf		
	<input type="checkbox"/> Ich melde mich bei Ihnen			
	<input type="checkbox"/> _____			
	_____	_____		
	Name Apotheker*in	Datum, Unterschrift		