

Arbeitsmaterialien für die pharmazeutischen Dienstleistungen

**Pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumortherapie**

**Teilleistung (1) – Erweiterte Medikationsberatung unter Berücksichtigung der Besonderheiten der oralen Antitumortherapie**

* Checkliste
* Gesprächsleitfaden für die Datenerfassung
* Datenerfassung
* Gesprächsleitfaden für das Beratungsgespräch zur   
  oralen Antitumortherapie

Stand: 26.01.2023

* **Checkliste**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Patientendaten** | | | |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | | |
|  | | | |
| **Schritt** | | **Erledigt** | **Datum,**  **Verantwortliche Person** |
| Patient\*in anspruchsberechtigt | | 🞏 |  |
| Patient\*in angesprochen/informiert | | 🞏 |  |
| Vereinbarung unterzeichnet (ggf. zusätzlich Schweigepflichtsentbindung zur Rücksprache mit Arzt/Ärztin und/oder Einwilligungserklärung über Abrechnung bei PKV-Versicherten) | | 🞏 |  |
| Termin für **Patientengespräch** festgelegt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | 🞏 |  |
| Patientengespräch vorbereitet (ggf. Kundendatei gesichtet und/oder neu angelegt) | | 🞏 |  |
| Daten im Patientengespräch erfasst (inkl. Erfassung der Medikation und sonstiger Daten sowie möglicher Handhabungs- und Anwendungsprobleme) | | 🞏 |  |
| Ggf. Daten mit weiteren Quellen abgeglichen | | 🞏 |  |
| Termin für **Abschlussgespräch** festgelegt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | 🞏 |  |
| AMTS Prüfung durchgeführt und Lösungsvorschläge erarbeitet | | 🞏 |  |
| Ggf. Rücksprache mit behandelndem/r Arzt/Ärztin erfolgt | | 🞏 |  |
| Abschlussgespräch vorbereitet | | 🞏 |  |
| Abschlussgespräch durchgeführt (inkl. Beratungsgespräch zur oralen Antitumortherapie und Aushändigung/Erläuterung des Medikationsplans und ggf. weiterer Materialien) | | 🞏 |  |
| Erhalt der Teilleistung 1 quittiert | | 🞏 |  |
| Ggf. Termin für **Folgegespräch** in 2–6 Monaten festgelegt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | 🞏 |  |
| Medikationsanalyse dokumentiert | | 🞏 |  |
| Medikationsanalyse abgerechnet | | 🞏 |  |

* Gesprächsleitfaden für die Datenerfassung

Alle benötigten Informationen, die sich nicht allein aus der Durchsicht der Medikamente ergeben, müssen im Gespräch mit dem/der Patient\*in ermittelt werden. Der/die Patient\*in ist für Sie die wichtigste Informationsquelle, da er/sie allein entscheidet, ob, wie und wann er/sie ein Arzneimittel anwendet. Mit den folgenden beispielhaften Fragen erfassen Sie die wichtigsten Informationen zur Bearbeitung des Falls. ­

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Welche Arzneimittel wenden Sie aktuell an?** |
| (Ermöglicht die Zuordnung der Arzneimittel zu Dauer-, Akut- bzw. Bedarfsmedikation) | |
|  |  |
|  | **Welche Arzneimittel wurden verordnet und welche im Rahmen der Selbstmedikation erworben? Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?** |
| (Zur Differenzierung von Selbstmedikation und ärztlicher Empfehlung) | |
|  |  |
|  | **Wofür oder wogegen wenden Sie die Arzneimittel an?** |
| (Zur Erfassung des Anwendungsgrunds, soweit dem/der Patient\*in bekannt) | |
|  |  |
|  | **Wie wenden Sie die Arzneimittel an?** |
| (Ermöglicht die Erfassung von Dosierung, Einnahmeregime (morgens/mittags/abends; vor dem Essen/nach dem Essen und ggf. der Anwendungsart) | |
|  |  |
|  | **Haben Sie Beschwerden/Probleme, die Sie mit der Anwendung Ihrer Arzneimittel in Zusammenhang bringen?** |
| (Zur Identifizierung von Hinweisen auf Nebenwirkungen) | |
|  |  |
|  | **Wo lagern Sie die Arzneimittel?** |
| (Zur Identifizierung von Lagerfehlern) | |
|  |  |
|  | **Jeder vergisst einmal etwas. Wie häufig ist es Ihnen im letzten Monat passiert, dass Sie vergessen haben, Ihre Medikamente einzunehmen?** |
| (Zur Abschätzung der Therapietreue) | |
|  |  |
|  | **Welche Erwartungen haben Sie an die Medikationsberatung? Welche Probleme stehen für Sie gesundheitlich oder mit Ihren Arzneimitteln im Vordergrund?** |
| (Zur Abschätzung, welche gesundheitlichen Beschwerden oder Probleme mit der Therapie im Vordergrund stehen) | |

***Relevante Fragen zur oralen Antitumortherapie:***

|  |
| --- |
| * **Haben Sie in der Vergangenheit bereits andere Medikamente zur Krebsbehandlung eingenommen oder als Infusion/Injektion erhalten?** * **Haben Sie bereits mit der aktuell verordneten Krebstherapie begonnen? Wenn ja, wie lange nehmen Sie diese Medikamente bereits ein? Bestehen bereits Nebenwirkungen durch die Medikamente?** * **Was wurde Ihnen bereits zu den Medikamenten, die Sie aufgrund der Krebserkrankung einnehmen sollen, erklärt?**   (Zur Erfassung von für die orale Antitumortherapie relevanten Daten, sofern vorhanden, aktuell und relevant) |
|  |
| * **Bestehen Beschwerden, die die Einnahme beeinträchtigen könnten (z. B. Schluckbeschwerden oder Übelkeit und Erbrechen)?** * **Nehmen Sie Ihre Medikamente selbstständig ein? Können Sie die Medikamenten- packungen öffnen/die Tabletten/Kapseln entnehmen?**   (Zur Ermittlung bestehender Anwendungsprobleme) |

* Datenerfassung

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Patientendaten** | | | |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | Geschlecht: | Gesprächsdatum: |
| Aus Sicht des/der Patient\*in: Erwartungen an die Medikationsberatung und im Vordergrund stehende Probleme: | | | |
| ***Ggf. beobachtete Auffälligkeiten (allg.)*** | | | |
| Beschwerden im Zusammenhang mit der Medikation (ggf. bestehende Nebenwirkungen): | | | |
| Mangelnde Therapietreue/bestehende Anwendungsprobleme: | | | |
| Laborwerte (sofern bekannt, aktuell und für die Prüfung relevant): | | | |
| ***Relevante Daten für die orale Antitumortherapie:***  Behandelnde/r Onkolog\*in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Onkologische Erkrankung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Orale Antitumortherapie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Neubeginn, geplantes Startdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Einnahme seit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Ggf. weitere aktuelle, relevante Informationen, sofern vorhanden (z. B. Erkrankungs-/Therapiedaten, Vorerfahrung mit anderen Medikamenten zur Krebsbehandlung, bekannte Arzneimittelallergien): | | | |
| Notizen: | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname Patient\*in: | Geburtsdatum: | Datum: | Seite von |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Handelsname  bzw. Wirkstoff, Stärke, Form | Dosierung **① laut Medikationsplan② falls abweichend laut Pat.** | | | | Grund | Hinweise | **Eigene Anmerkungen**  (Abweichungen vom Medi­kationsplan,  Facharzt/Fachärztin, Akut-/Bedarfsmedikation,  Diagnosen, ABP => ***ABP-Bogen***) |
| morgens | mittags | abends |  |
|  | ***①***  ***②*** |  |  |  | zur Nacht |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Dieser Erfassungsbogen ist an das Format des bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP) angelehnt. Bei elektronischer Datenerfassung werden die hier nicht gesondert aufgeführten Felder (Wirkstoff, Stärke, Form und Einheit) automatisch von der Software befüllt.

* Gesprächsleitfaden für das Beratungsgespräch zur oralen Antitumortherapie

Um eine qualitätsgesicherte und strukturierte Beratung zu gewährleisten, empfehlen wir die Nutzung entsprechender Materialien (vgl. SOP Punkt 4.1)

# Medikamentenspezifische Beratungsinhalte

Die Informationen sind dem jeweiligen **Arzneimittelmerkblatt** zu entnehmen.

* Allgemeine Angaben zum Präparat
  + Wirkstoffbezeichnung, ggf. Handelsname und Aussehen
  + Wirkungsweise und Einnahmegrund
* Dosis und Behandlungsschema
  + Anzahl und Einnahmehäufigkeit
  + ggf. Zyklus und Einnahmedauer
  + ggf. supportive Begleit- oder Bedarfsmedikation
* Einnahmehinweise
  + Abstand zur Nahrung
  + Vorgehen bei vergessener/erbrochener Dosis/Überdosierung
* Nebenwirkungen (inkl. Prophylaxe/Therapie)
  + (sehr) häufige – Fokus auf Nebenwirkungen, die selbst bemerkt oder durch prophylaktische Maßnahmen abgemildert werden können
  + kritische – Fokus auf mögliche Symptome und Anzeichen, die selbst bemerkt werden können
* Vorsichtsmaßnahmen (u. a. Alkoholgenuss, Fahrtüchtigkeit, Schwangerschaftsverhütung)
* Wechselwirkungen (Arzneimittel, Nahrungs- und Genussmittel)
* Umgang/Lagerung (u. a. spezielle Lagertemperatur)

# Allgemeine Beratungsinhalte

* Generelle Sicherheitshinweise im Umgang von Wirkstoffen mit CMR-Eigenschaften
  + Nicht zerdrücken, zerkauen, lutschen, zerschneiden oder zerbrechen
  + Nach der Einnahme die Hände waschen bzw. beim Stellen Handschuhe tragen
  + Schwangere und Stillende sollten nicht in Kontakt kommen
  + In Originalverpackung belassen, um Verwechslungen auszuschließen und getrennt von anderen Medikamenten lagern
  + Vor Hitze/Sonneneinstrahlung/Feuchtigkeit geschützt lagern
  + Für Kinder und Haustiere unzugänglich aufbewahren
  + Hinweise zur Entsorgung (u. a. bei kontaminierten Materialien/Oberflächen)
  + Hinweise zur Handhabung von Körperausscheidungen (u. a. Erbrochenes, Stuhl, Urin, Schweiß)
* Generelle Hinweise
  + Alle behandelnden Ärzte und Betreuungspersonen über Therapie informieren
  + Immer Medikationsliste mit sich führen
  + Reisen und Wochenenden vorausschauend planen
* Kontaktinformationen
  + Bei Fragen
  + Bei Notfällen (sofern bekannt, alternativ Hinweis auf Rettungsleitstelle)

# Allgemeine Maßnahmen zur Förderung der Therapietreue

* Wichtigkeit der Adhärenz und korrekte Einnahme erläutern (u. a. regelmäßige und richtige Einnahme)
* Möglichkeiten zur Adhärenz-Steigerung besprechen und ggf. Erinnerungshilfen vorschlagen/mitgeben (u. a. Wecker, Reminder-App, Tagebuch, Einnahmeplan)

# Einschätzung der übermittelten Information am Gesprächsende

Mögliche Fragen:

* *Sagen Sie bitte mit Ihren eigenen Worten, welches Medikament auf dem Medikationsplan Ihr Krebsmedikament ist und wie, wie oft und wann Sie Ihr Krebsmedikament einnehmen.*
* *Warum ist die regelmäßige Einnahme für Sie wichtig?*
* *Wo und wie werden Sie das Medikament aufbewahren?*
* *Wann sollen Sie Ihre Ansprechpartner kontaktieren?*
* *Haben Sie weitere Fragen?*
* Ggf. Wiederholung der wichtigsten Beratungsinhalte (v.a. allgemeine Informationen, Dosis und Behandlungsschema)

# Aushändigung und Erläuterung von Informationsmaterialien zur oralen Antitumortherapie

Wirkstoff-individuelle Materialien

* Arzneimittelmerkblatt
* Einnahmeplan

Wirkstoff-unabhängige Materialien

* Nebenwirkungsmerkblätter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Umgang mit oralen Zytostatika im häuslichen Bereich
* Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Notizen:*