Arbeitshilfe der Bundesapothekerkammer

zur Qualitätssicherung

**FORMBLATT**

* Mustervereinbarung zur Überlassung von   
  Substitutionsmitteln zum unmittelbaren Verbrauch (Sichtbezug) im Rahmen der Opioidsubstitution   
  in der Apotheke

Stand der Revision: 27.06.2023

**Leitlinie:**

Herstellung und Abgabe der Betäubungsmittel zur Opioidsubstitution

Vereinbarung zur Überlassung von Substitutionsmitteln zum unmittelbaren Verbrauch (Sichtbezug) im Rahmen der Substitutionstherapie in der Apotheke   
(§ 5 Abs. 9 Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV))

zwischen beauftragendem Arzt/Ärztin (im Folgenden: Arzt)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | | |
| Praxis-Adresse: |  | | |
| Telefon: |  | Telefax: |  |
| Mobiltelefon: | Notfallnummer: | | |
| E-Mail: |  | | |

und der beauftragten Apotheke (im Folgenden: Apotheke)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | | |
| Apotheken-Adresse: |  | | |
| Verantwortliche Person nach § 5 Abs. 9 Satz 4 BtMVV: |  | | |
| Telefon: |  | Telefax: |  |
| Mobiltelefon: |  | | |
| E-Mail: |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Betriebserlaubnisinhaber: |  |

für die vom Arzt für den Sichtbezug gemeldeten Patienten/Patientinnen.

1. In der Apotheke erhalten Patient\*innen Substitutionsarzneimittel zur kontrollierten Einnahme unter Sicht (im weiteren Sichtbezug genannt). Arzt und Apotheke sind sich einig und bewusst, dass die invasive Anwendung von Substitutionsmitteln in der Apotheke von dieser Vereinbarung nicht umfasst ist. Der Arzt verpflichtet sich, seine Patient\*innen hierüber zu informieren. Etwaige in der Apotheke vorstellige Patient\*innen verweist die Apotheke an den Arzt. Der Arzt meldet jede Patientin/jeden Patienten vor Beginn des Sichtbezugs in der Apotheke an und stellt die erforderlichen Daten zur Person und zur Substitutionstherapie zur Verfügung (siehe Anlage 1). Der Arzt informiert die Apotheke soweit erforderlich über die bisherige Substitutionstherapie des Patienten/der Patientin, ggf. vorhandene oder zu berücksichtigende Erkrankungen und Begleitmedikation sowie ggf. weitere relevante Aspekte der Sichtvergabe.
2. Der Sichtbezug wird nach der Leitlinie der Bundesapothekerkammer zur „Herstellung und Abgabe der Betäubungsmittel zur Opioidsubstitution“ in der jeweils geltenden Fassung durchgeführt.

1. Die therapeutische Verantwortung für die Überlassung eines Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch verbleibt beim Arzt.

4. Der Sichtbezug in der Apotheke wird nur von fachkundigem und beauftragtem pharmazeutischen Personal durchgeführt. Dessen fachliche Einweisung erfolgt durch:

den Arzt

die vom ihm fachlich eingewiesene und beauftragte verantwortliche Person nach § 5 Abs. 9 Satz 4 BtMVV

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die fachliche Einweisung umfasst beispielsweise Hinweise zur Einnahme der Substitutionsmittel und Handlungsempfehlungen bei Auffälligkeiten der Substitutionspatient\*innen. Die Apotheke stellt dem Arzt eine Liste dieser Mitarbeiter\*innen zur Verfügung (siehe Anlage 2). Änderungen werden dem Arzt unverzüglich bekanntgegeben. Die Einweisung wird wiederholt, und zwar \_\_\_\_\_\_\_ [*Abstand oder Voraussetzungen festlegen*].

5. Über sich ändernde Gegebenheiten, die Einfluss auf die Substitution haben können, wie

Änderungen des gesundheitlichen Zustands,

relevante Änderungen der Medikation des Patienten/der Patientin,

akute Ereignisse und Auffälligkeiten, z. B.

Fernbleiben,

Nichtbeachtung der vereinbarten Einnahmezeitpunkte,

Alkoholgeruch,

Verdacht auf die Substitution gefährdenden Beikonsum,

Verhaltensänderungen,

Verletzungen,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

wird der Arzt von der Apotheke informiert. Die vom Patienten/von der Patientin unterschriebene Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht liegt der Apotheke vor.

6. Die Substitutionsmittel werden in der Apotheke in den Patient\*innenbestand überführt und dort gemäß § 5 Abs. 9 Satz 5 BtMVV unter der Verantwortung des Arztes sachgerecht gelagert.

7. Die Dokumentation der Substitutionsmittel, die dem Patienten/der Patientin zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden, erfolgt gemäß § 13 Abs. 1 BtMVV patient\*innenbezogen durch die Apotheke.

8. Die nach § 13 Abs. 2 BtMVV erforderliche Kontrolle der Eintragungen über Zugänge, Abgänge und Bestände der Substitutionsmittel sowie der Übereinstimmung der Bestände mit den geführten Nachweisen wird wie folgt vereinbart:

Die Kontrolle erfolgt durch den Arzt. Der Arzt kann dazu in Absprache mit der Apotheke in den Geschäftsräumen der Apotheke die Dokumentation über die Zu- und Abgänge sowie die Bestände der Substitutionsarzneimittel seiner Patient\*innen prüfen. Berechtigte Interessen der Apotheke, insbesondere an einem störungsfreien Geschäftsbetrieb, sind hierbei zu berücksichtigen.

Die Kontrolle erfolgt durch die Apotheke. Am Ende eines jeden Kalendermonats unterrichtet die Apotheke den Arzt schriftlich/elektronisch[[1]](#footnote-1) über die erfolgte Prüfung und Nachweisführung.

9. Der Arzt benennt rechtzeitig seine Vertretung unter Angabe von Name, Dauer der Vertretung, Praxisadresse und Telefon.

10. Die Apotheke erhält pro Vergabe eine Vergütung in Höhe von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro zzgl. USt. [*ggf. streichen*].

Die Rechnungsstellung erfolgt zum Monatsende / Quartalsende1.

11. Die Vereinbarung kann mit einer Frist von 4 Wochen schriftlich oder elektronisch gekündigt werden. Das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.

12. Patient\*innen, die den Betriebsablauf der Apotheke nachhaltig stören, können nach vorheriger Rücksprache mit dem substituierenden Arzt vom Sichtbezug ausgeschlossen werden.

13. Nicht mehr benötigte Restbestände von Substitutionsmitteln werden nach § 16 BtMG vernichtet.

14. Weitere Vereinbarungen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | | |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Ort, Datum |
|  |  |  |
| Unterschrift Arzt/Ärztin |  | Unterschrift Apothekenleiter/-in |
|  |  |  |

**ANLAGE 1   
Angaben zum Patienten/zur Patientin und zur Substitutionstherapie für den Sichtbezug**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name des Patienten/  der Patientin: |  | | Geb. Datum: | |
|  |  | | | |
|  |  | Rezept/Anweisung vom: | |  |
|  |  | **Änderung der Dosierung ab:**  (Datum) | |  |
|  |  | **bis:**  (Datum) | |  |
| Arzneimittel: |  | | | |
| Dosierung: |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Hinweis zur Einnahme:  (z. B. Getränk) |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Besondere Hinweise: | |  |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum |  | Unterschrift des Arztes/der Ärztin |

* Anweisung wurde der Apotheke durch den Arzt/die Ärztin schriftlich übermittelt:

|  |  |
| --- | --- |
| Datum, Uhrzeit: |  |
|  |  |
| Unterschrift aufnehmende Person in der Apotheke: | |
|  |  |
|  |  |

**ANLAGE 2**

**Mit dem Sichtbezug beauftragtes pharmazeutisches Personal**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Apotheke: |  |
| Apotheken-Adresse: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorname, Nachname | Beruf | Einweisung  erfolgt | Am: | Durch wen:  Name: Unterschrift: | | Unterschrift des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin |
|  |  | **🞎** |  |  |  |  |
|  |  | **🞎** |  |  |  |  |
|  |  | **🞎** |  |  |  |  |
|  |  | **🞎** |  |  |  |  |
|  |  | **🞎** |  |  |  |  |
|  |  | **🞎** |  |  |  |  |

**ANLAGE 3**

**Liste der Patient\*innen** (im Nachfolgenden Patient) **für den Sichtbezug** (wird intern in der Apotheke geführt)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patientendaten** | **Patient** | **Patient** | **Patient** | **Patient** | **Patient** | **Patient** |
| Name: | *Mustermann* |  |  |  |  |  |
| Vorname: | *Max* |  |  |  |  |  |
| Anschrift: | *Müllerstr. 11*  *10111 Berlin* |  |  |  |  |  |
| Rufnummer: | *0173/1112233* |  |  |  |  |  |
| Beginn des  Sichtbezugs: | *01.01.2022* |  |  |  |  |  |
| Ende des  Sichtbezugs: |  |  |  |  |  |  |

1. Nichtzutreffendes bitte streichen [↑](#footnote-ref-1)