

Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung (pDL) der „Erweiterten Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik“

Über die Inanspruchnahme der pharmazeutischen Dienstleistung (pDL) der „Erweiterten Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik“ gemäß Anlage 11 zum Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V wird zwischen Apotheke und Versicherter Person

Apotheke	<input type="radio"/> Campus – Apotheke	<input type="radio"/> Eulen – Apotheke	<input type="radio"/> Marien – Apotheke
Versicherter			

Folgende Vereinbarung geschlossen:

§ 1 Ziel und Gegenstand der standardisierten Risikoerfassung hoher Blutdruck

(1) Folgende Ziele werden mit der Dienstleistung verfolgt:

- Erfolgskontrolle der Blutdruckeinstellung; bei nicht-kontrolliertem Blutdruck Verweis an den Arzt
- Anpassung bzw. Intensivierung einer antihypertensiven Therapie bei versicherten Personen, deren Blutdruck zu hoch bzw. nicht kontrolliert ist
- Langfristig: Prävention hypertensiver Endorganschäden
- Ggf. Identifizierung von Arrhythmien wie Vorhofflimmern

(2) ¹Es wird eine standardisierte Dreifach-Messung bei versicherten Personen mit bereits diagnostiziertem Bluthochdruck durchgeführt. ²Die Durchführung der standardisierten Dreifach-Messung des Blutdrucks erfolgt unter Verwendung der Standardarbeitsanweisung (SOP) nach BAK (Anhang 1).

(3) ¹Die Interpretation, Ableitung entsprechender Maßnahmen und Dokumentation der gemessenen Werte erfolgen mit dem „Informationsbogen Blutdruck (bei bestehendem Blutdruck)“ (Anhang 2). ²In Abhängigkeit von dem Mittelwert aus der 2. und 3. Messung erhalten Versicherte eine konkrete Empfehlung zu Maßnahmen. ³Bei Werten oberhalb definierter Grenzwerte, erhalten die versicherten Personen die Empfehlung zur zeitnahen weiteren Abklärung durch einen Arzt.

(4) ¹Die Dienstleistung kann einmal alle 12 Monate erbracht und abgerechnet werden; in Fällen von Satz 2 beginnt die Frist von 12 Monaten neu zu laufen. ²Über den in Satz 1 beschriebenen Umfang hinaus kann eine Messung zusätzlich bei Änderung der antihypertensiven Medikation ab 2 Wochen nach Einlösung einer Neuverordnung erbracht und abgerechnet werden.

(5) Die versicherte Person erhält Zugang zu den vollständigen Vertragsunterlagen.

§ 2 Anspruchsberechtigung

(1) ¹Folgende Versichertengruppen können die Dienstleistung „Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck“ in Anspruch nehmen: Versicherte Personen mit verordneten Antihypertensiva ab 2 Wochen nach Therapiebeginn. ²Zur antihypertensiven Therapie zählen: Blutdrucksenker mit den ATC Codes C02 (z. B. Clonidin, Moxonidin, Doxazosin), C03 (Diuretika), C07 (Betablocker), C08 (Calciumkanalblocker), C09 (ACE-Hemmer, Sartane).

(2) Die versicherte Person bestätigt, dass sie die in Absatz 1 dargestellten Voraussetzungen für die pDL erfüllt und willigt in die in § 1 genannten Bedingungen für die pDL ein.

§ 3 Bindung an die Apotheke

Durch die Unterzeichnung dieser Vereinbarung bindet sich die versicherte Person zur Inanspruchnahme der pDL an die als Vereinbarungspartner gewählte Apotheke.

§ 4 Mitwirkungspflicht

Die versicherte Person sichert zu, während der Inanspruchnahme des Angebots der pDL die Erbringung der pDL aktiv zu unterstützen und der Apotheke alle dazu erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere hinsichtlich der Änderungen und Ergänzungen ihrer Medikation oder weiteren Begleiterkrankungen, dem Zeitpunkt der Diagnosestellung sowie ausgewählten Risikofaktoren gemäß dem „Informationsbogen Blutdruck (bei bestehendem Bluthochdruck)“, falls diese für die Inanspruchnahme der jeweiligen pharmazeutischen Dienstleistung relevant sind.

§ 5 Vorherige Inanspruchnahme der pDL

Die versicherte Person bestätigt, dass sie die pDL in dem im § 1 Absatz 4 definierten Zeitraum bzw. der beschriebenen Situation noch nicht in Anspruch genommen hat oder eine Neuverordnung einer antihypertensiven Medikation vor mindestens 2 Wochen stattgefunden hat.

§ 6 Kündigung



Campus Apotheke
Falkstraße 4 – 59423 Unna
Tel. 02303-9426360
campus@kaiser-apotheken.de

Eulen Apotheke
Hertingerstr. 18 – 59423 Unna
Tel. 02303-16400
eulen@kaiser-apotheken.de

Marien Apotheke
Bethunestr. 15 – 58239 Schwerte
Tel. 02304-9108310
marien@kaiser-apotheken.de

www.kaiser-apotheken.de Inhaber: Erhard Kaiser

(1) 1Die versicherte Person kann die Teilnahme am Angebot der pDL ohne Angabe von Gründen mit sofortiger Wirkung kündigen. 2Die Kündigung hat schriftlich (per Post, Telefax, E-Mail) gegenüber der Apotheke zu erfolgen.

(2) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt sowohl für die Apotheke und die versicherte Person unberührt.

§ 7 Datenschutz

(1) 1Es gelten die allgemeinen datenschutzrechtlichen Regelungen. 2 Die für die pharmazeutische Dienstleistung notwendige Erfassung der Gesamtmedikation einer versicherten Person unter Abgleich der der jeweiligen Apotheke dazu vorliegenden Informationen sowie der Patientenangaben erfolgt unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen. 3Die versicherte Person erhält auf Verlangen von der betreuenden Apotheke Auskunft gemäß § 34 Bundes-datenschutzgesetz (BDSG) zu den personenbezogenen gespeicherten Daten.

(2) 1Die Apotheke geht in ihrem Zuständigkeitsbereich verantwortlich, sorgsam und zweckgebunden mit den Daten der teilnehmenden versicherten Personen um. 2 Sie hat alle unter ihrer Leitung tätigen Personen, die nicht der Berufsordnung unterliegen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.

§ 8 Verantwortlichkeit der Apotheke

(1) 1Die Apotheke trägt die pharmazeutische Verantwortung für die ordnungsgemäße Erbringung der pDL. 2Sie hat die aufgrund der Art der pDL erforderliche Sorgfalt zu beachten.

(2) 1Der Erbringung der pDL liegen die Auskünfte der versicherten Person bzw. die Auskünfte des Arztes, mit dem Rücksprache gehalten wurde, zugrunde. 2Für deren Richtigkeit trägt die Apotheke keine Verantwortung.

(3) Falsche oder unzutreffende Angaben der versicherten Person, insbesondere zum Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen können rechtliche Konsequenzen haben.

§ 9 Quittierung

Die versicherte Person bestätigt durch eine weitere Unterschrift auf dieser Vereinbarung nach Inanspruchnahme der vollständigen pharmazeutischen Dienstleistung, dass sie diese erhalten hat.

Ort, Datum Unterschrift des/der Versicherten/ des/der gesetzlichen Vertreter/in

Unterschrift des Mitarbeitenden der Apotheke

Quittierung des Erhalts der pDL

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pDL „Standardisierte Risikofassung hoher Blutdruck“:

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten/ des/der gesetzlichen Vertreter/in

Bei erneuter Leistungserbringung: Bestätigung der Anspruchsberechtigung und Quittierung des Erhalts

Ich bestätige, dass bei mir ein ärztlich festgestellter Bluthochdruck vorliegt und dass die blutdrucksenkende Arzneimitteltherapie seit mindestens 2 Wochen unverändert ist. Darüber hinaus bestätige ich, dass während der letzten 12 Monate keine Blutdruckmessung in einer öffentlichen Apotheke durchgeführt wurde bzw. eine Änderung der blutdrucksenkenden Medikation im Rahmen einer Neuverordnung vorliegt.

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pDL „Standardisierte Risikofassung hoher Blutdruck“:

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten/ des/der gesetzlichen Vertreter/in