

zum Verbleib in der Apotheke (Kopie für den Versicherten/die Versicherte)

## **Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung (pDL) der „Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck“**

Über die Inanspruchnahme der pharmazeutischen Dienstleistung (pDL) der „Standardisierten Risikoerfassung hoher Blutdruck“ gemäß Anlage 11 zum Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V wird zwischen

Name und Anschrift Apotheke	
Apothekeninhaber*in	

Im Folgenden: Apotheke

und

Name und Anschrift des/der Versicherten	
---	--

Im Folgenden: versicherte Person

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

(3) <sup>1</sup>Die Interpretation, Ableitung entsprechender Maßnahmen und Dokumentation der gemessenen Werte erfolgen mit dem „Informationsbogen Blutdruck (bei bestehendem Blutdruck)“ (Anhang 2).

<sup>2</sup>In Abhängigkeit von dem Mittelwert aus der 2. und 3. Messung erhalten Versicherte eine konkrete Empfehlung zu Maßnahmen. <sup>3</sup>Bei Werten oberhalb definierter Grenzwerte, erhalten die versicherten Personen die Empfehlung zur zeitnahen weiteren Abklärung durch einen Arzt.

- (4) <sup>1</sup>Die Dienstleistung kann einmal alle 12 Monate erbracht und abgerechnet werden; in Fällen von Satz 2 beginnt die Frist von 12 Monaten neu zu laufen. <sup>2</sup>Über 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) <sup>1</sup>Folgende Versichertengruppen können die Dienstleistung „Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck“ in Anspruch nehmen: Versicherte Personen mit verordneten Antihypertensiva ab 2 Wochen nach Therapiebeginn. <sup>2</sup>Zur 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**

- (1) <sup>1</sup>Die versicherte Person kann die Teilnahme am Angebot der pDL ohne Angabe von Gründen mit sofortiger Wirkung kündigen. <sup>2</sup>Die 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) <sup>1</sup>Durch Unterzeichnung dieser Vereinbarung willigt die versicherte Person in die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten im jeweils erforderlichen Umfang durch die gewählte Apotheke ein. <sup>2</sup>Die Einwilligung in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist separat zu unterzeichnen.
- (2) <sup>1</sup>Es gelten die allgemeinen datenschutzrechtlichen Regelungen. <sup>2</sup>Die für die pDL notwendige Erfassung der Medikation, weiterer Begleiterkrankungen, dem Zeitpunkt der Diagnosestellung sowie ausgewählten Risikofaktoren einer versicherten Person unter Abgleich der der jeweiligen Apotheke

dazu vorliegenden Informationen sowie der Patientenangaben erfolgt unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen. <sup>3</sup>Die versicherte Person erhält auf Verlangen von der betreuenden Apotheke Auskunft gemäß § 34 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) zu ihren personenbezogenen gespeicherten Daten.

- (3) <sup>1</sup>Die Apotheke geht in ihrem Zuständigkeitsbereich verantwortlich, sorgsam und zweckgebunden mit den Daten der teilnehmenden versicherten Personen um. <sup>2</sup>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) <sup>1</sup>Die Apotheke trägt die pharmazeutische Verantwortung für die ordnungsgemäße Erbringung der pDL. <sup>2</sup>Sie hat die aufgrund der Art der pDL erforderliche Sorgfalt zu beachten.
- (2) <sup>1</sup>Der Erbringung der pDL liegen die Auskünfte der versicherten Person bzw. die Auskünfte des Arztes, mit dem Rücksprache gehalten wurde, zugrunde. <sup>2</sup>Für 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

---

Unterschrift des Mitarbeitenden der Apotheke

zum Verbleib in der Apotheke

**Quittierung des Erhalts der pDL**

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

---

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten

**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



Herr / Frau: \_\_\_\_\_

## Informationsbogen Blutdruck (bei bestehendem Bluthochdruck)

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie folgende Fragen (kreuzen Sie an):

**Wann wurde Bluthochdruck bei Ihnen ärztlich festgestellt?**

- vor weniger als 1 Jahr  
 vor 1 bis 5 Jahren  
 vor mehr als 5 Jahren

**Nehmen Sie bereits Medikamente gegen Bluthochdruck oder andere Herzmedikamente ein?**

- Nein  
 Ja, und zwar:  
\_\_\_\_\_

**Haben Sie folgende Erkrankungen?**

- (Mehrfachnennung möglich)
- Diabetes/Zuckerkrankheit       Herzschwäche  
 Koronare Herzkrankheit       Schlaganfall  
 Chronische Nierenerkrankung       Herzinfarkt

**Liegt in Ihrer Familie eine dieser Krankheiten vor?**

- Nein       Ja

**Rauchen Sie?**

- Nein       Ja

**VON DER APOTHEKE AUSZUFÜLLEN:**

Folgender Blutdruck und Puls wurden in unserer Apotheke nach 5 Minuten Ruhepause  
am  rechten /  linken       Oberarm /  Handgelenk      im Sitzen gemessen:



**Erste Messung:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg      Puls: \_\_\_\_\_ min<sup>-1</sup>

**Zweite Messung:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg      Puls: \_\_\_\_\_ min<sup>-1</sup>  
(1-2 Minuten nach der 1. Messung)

**Dritte Messung:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg      Puls: \_\_\_\_\_ min<sup>-1</sup>  
(1-2 Minuten nach der 2. Messung)

**Durchschnitt:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg      Puls: \_\_\_\_\_ min<sup>-1</sup>  
(der 2. und 3. Messung)

Der Durchschnitt von 2. und 3. Messung sowie das Alter dienen zur Einordnung in das folgende Schema:

Bis einschließlich 64 Jahre	Ab 65 Jahren	Empfohlene Maßnahme (bitte ankreuzen)
über 130 mmHg systolisch <b>oder</b> über 80 mmHg diastolisch	über 140 mmHg systolisch <b>oder</b> über 80 mmHg diastolisch	<input type="checkbox"/> Bitte vereinbaren Sie innerhalb von 4 Wochen einen Arzttermin
unter 120 mmHg systolisch <b>oder</b> unter 70 mmHg diastolisch	unter 120 mmHg systolisch <b>oder</b> unter 70 mmHg diastolisch	<input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie Ihren Arzt/Ihre Ärztin bei der nächsten Vorstellung
120–130 mmHg systolisch <b>und</b> 70–80 mmHg diastolisch	120–140 mmHg systolisch <b>und</b> 70–80 mmHg diastolisch	<input type="checkbox"/> Bitte kontrollieren Sie weiterhin regelmäßig den Blutdruck

Hinweis auf Arrhythmien:       Nein       Ja (Falls Ihnen diese nicht bekannt sind, vereinbaren Sie bitte zeitnah  
einen Arzttermin zur Abklärung)

Ihr(e) Ansprechpartner(in) in der Apotheke

Apothekenstempel/Unterschrift

**Legen Sie diesen Informationsbogen bitte Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin vor. Sollte es erforderlich sein,  
wird Ihr Arzt/Ihre Ärztin diagnostische und ggf. therapeutische Maßnahmen mit Ihnen besprechen.**



ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V.  
Geschäftsbereich Arzneimittel

[www.abda.de](http://www.abda.de)



**DGK.**

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie  
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Stand: 30.05.2022 | © ABDA