

# Vereinbarung

zwischen

der **AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse**

Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf

- vertreten durch den Vorstand –

-im Folgenden AOK genannt-

und

der **Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**

Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

- vertreten durch den Vorstand -

-im Folgenden KV Nordrhein genannt-

## **über Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Patienten mit Schizophrenie**

## PRÄAMBEL

Trotz der in den letzten Jahren erreichten Fortschritte in den Behandlungsmöglichkeiten der Schizophrenie bleiben die im Versorgungsalltag erreichten Behandlungsergebnisse hinter den nach dem Stand der Wissenschaft erreichbaren Ergebnissen zurück.

Zur Behandlung der an Schizophrenie erkrankten Patienten soll durch diese Vereinbarung eine leitliniengerechte ambulante Langzeitbehandlung sichergestellt bzw. optimiert werden, um so den Krankheitsverlauf der betroffenen Patienten positiv zu beeinflussen. Neben der leitliniengestützten Arzneimitteltherapie kommt dabei der psychoedukativen Intervention als essentieller Bestandteil der Therapie eine wesentliche Rolle zu.

Die Vereinbarungspartner sind sich darüber einig, dass durch eine aktive Einbindung der betroffenen Patienten und deren Angehörige bei

- Maßnahmen zur Förderung des Krankheitsverständnisses,
- Maßnahmen zur Förderung der Therapietreue (Adherence)
- sowie bei der Therapieentscheidung und Therapiezielplanung

Rezidive frühzeitig erkannt bzw. vermieden werden können und so stationäre Aufenthalte reduziert werden.

## **§ 1**

### **ZIEL DER VEREINBARUNG**

Durch die Integration der Versorgungselemente

1. Psychoedukation,
2. Einbindung der Patienten und deren Angehörige in den Therapieprozess (Shared Decision Making),
3. Adhärenzförderung und
4. strukturierte Therapiezielplanung

soll die ambulante Versorgungsqualität der an Schizophrenie erkrankten Patienten verbessert werden.

## **§ 2**

### **TEILNAHME DER VERTRAGSÄRZTE**

(1) An dieser Vereinbarung können zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Fachärzte für

1. Nervenheilkunde
2. Psychiatrie und Psychotherapie

teilnehmen, soweit sie gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein eine Mindestfallzahl von 20 Patienten mit der Behandlungsdiagnose F20 innerhalb eines Quartals nachweisen.

(2) Die Teilnahme der in Absatz 1 genannten Vertragsärzte ist freiwillig. Zur Teilnahme an dieser Vereinbarung übersendet der Vertragsarzt die ausgefüllte und unterschriebene Teilnahmeerklärung entsprechend Anlage 1 an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. Nach Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen übersendet die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein dem Vertragsarzt eine entsprechende Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung.

(3) Die Teilnahme des Vertragsarztes an dieser Vereinbarung endet mit

- dem Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit,
- der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
- der Feststellung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, dass die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden, oder
- Widerruf oder Kündigung der Teilnahme durch den Vertragsarzt

Der Widerruf bzw. die Kündigung durch den Vertragsarzt kann nur mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende eines Quartals schriftlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein erklärt werden.

(4) Soweit eine Änderung dieser Vereinbarung erfolgt, ist eine schriftliche Kündigung der Teilnahme durch den Vertragsarzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein innerhalb von vier Wochen nach Bekanntgabe der Änderung möglich.

Dies gilt nicht für Änderungen im Zusammenhang mit Anlage 3.

### **§ 3**

#### **TEILNAHME DER VERSICHERTEN**

(1) Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig. An dieser Vereinbarung können nur Versicherte teilnehmen, soweit sie die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllen:

1. mindestens einmalige stationäre Behandlung mit der dokumentierten Entlassungsdiagnose F 20 innerhalb der letzten 12 Monate vor Teilnahme,
2. voraussichtliche Notwendigkeit der weiteren Betreuung und Dokumentation der Behandlungsdiagnose F20 durch den behandelnden Vertragsarzt über mindestens zwei Quartale nach Teilnahmebeginn.

- (2) Der Versicherte erklärt seine Teilnahme entsprechend der Anlage 2 gegenüber dem nach § 2 teilnehmenden Vertragsarzt nachdem er umfassend über die Inhalte dieser Vereinbarung aufgeklärt wurde. Dabei soll der behandelnde Vertragsarzt auch prüfen, ob der Versicherte von den nach dieser Vereinbarung vereinbarten Modulen einen zusätzlichen Nutzen hat. Die Teilnahmeerklärung des Versicherten übermittelt der Vertragsarzt unmittelbar an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein.
- (3) Mit seiner Teilnahme verpflichtet sich der Versicherte für die Dauer der Teilnahme an dieser Vereinbarung entsprechend Absatz 4, die ambulante Therapie der Schizophrenie durch den teilnehmenden Vertragsarzt, bei dem er seine Teilnahme erklärt hat, durchführen zu lassen. Hiervon ausgenommen ist die medizinische Notwendigkeit der Inanspruchnahme des ärztlichen Notfalldienstes.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten ist auf vier Quartale befristet. Sie kann aber im Einzelfall bei belegbarer therapeutischer Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der fortgesetzten Behandlung mit den nach dieser Vereinbarung vereinbarten Versorgungselementen verlängert werden.
- (5) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit aus besonderem Anlass mit sofortiger Wirkung gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt kündigen. Über die Kündigung hierzu informiert der behandelnde Vertragsarzt die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und die AOK Rheinland/Hamburg.

## § 4

### AUFGABEN DER TEILNEHMENDEN VERTRAGSÄRZTE, DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG NORDRHEIN SOWIE DER AOK RHEINLAND/HAMBURG

- (1) Mit der Teilnahme an dieser Vereinbarung verpflichtet sich der Vertragsarzt
1. zur regelmäßigen Teilnahme an Informationsveranstaltungen, die von der Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein zur Umsetzung dieser Vereinbarung angeboten werden.
  2. zur Aufklärung und Unterstützung des Versicherten bei der Erklärung seiner Teilnahme zu dieser Vereinbarung. Hierzu gehört insbesondere die Erläuterung der Inhalte dieser Vereinbarung sowie die Dokumentation.
  3. zur Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen des Versicherten entsprechend § 3 Absatz 1 und Absatz 2 Satz 2 und Weiterleitung der Teilnahmeerklärung an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein.
  4. zur Durchführung von Maßnahmen, die das Wissen um Ursachen, Symptome und Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung Schizophrenie bei betroffenen Patienten und deren Angehörigen verbessern und damit die Gewinnung von Krankheitseinsicht und Bewältigungsstrategien bei den Betroffenen fördern.
  5. zur strukturierten Einbeziehung des Versicherten in den Behandlungsprozess und die Therapieentscheidungen. Hierbei sollen die Alltagsbedingungen des Versicherten berücksichtigt werden.
  6. zur Verbesserung der Behandlungskontinuität über systematische Einbeziehung von Compliance- bzw. Adherence-Aspekten in die therapeutische Arbeit.

7. zur Information des Versicherten über weitere individuelle Betreuungs- und Unterstützungsmöglichkeiten Dritter.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein verpflichtet sich

1. zur Information der Vertragsärzte über die Inhalte dieser Vereinbarung und die Möglichkeiten zur Teilnahme.
2. zur Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen der teilnehmenden Vertragsärzte entsprechend § 2.  
Bei der Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen hat die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein insbesondere sicherzustellen, dass die organisatorischen und medizinischen Voraussetzungen für die vereinbarte besondere ambulante Versorgung bei den teilnehmenden Vertragsärzten entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse erfüllt sind.
3. zur Erteilung einer Teilnahmebestätigung gegenüber den teilnahmeberechtigten Vertragsärzten
4. zum Führen eines elektronischen Arztteilnehmerverzeichnisses und zeitnahe Information über Beginn und Ende der Teilnahme gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg.
5. zum Führen eines elektronischen Patiententeilnehmerverzeichnisses und zeitnahe Information über Beginn und Ende ggf. des Grundes der Beendigung der Teilnahme gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg.
6. zur Weiterleitung der Teilnahmeerklärung der Versicherten an die AOK Rheinland/Hamburg
7. zur Prüfung der vertragsärztlichen Abrechnung und Auszahlung der Vergütung gemäß dieser Vereinbarung
8. zur Bereitstellung von pseudonymisierten Diagnose- und Abrechnungsdaten zum Zwecke der Evaluation. Die näheren Inhalte hierzu legen die Vertragspartner bis zum 30.06.2010 im Konsens fest.

(3) Die AOK Rheinland/Hamburg verpflichtet sich

1. zur Information der Versicherten über die Inhalte dieser Vereinbarung und

- die Möglichkeit der Teilnahme
2. zur Bereitstellung von pseudonymisierten Versichertendaten zum Zwecke der Evaluation die näheren Inhalte hierzu legen die Vertragspartner bis zum 30.06.2010 im Konsens fest.

## **§ 5**

### **VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG**

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein erteilt nach erfolgter Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen dem Vertragsarzt eine Genehmigung zur Abrechnung nach dieser Vereinbarung. Die teilnehmenden Vertragsärzte erhalten für die zusätzlich erbrachten Leistungen eine extrabudgetäre Vergütung gemäß Anlage 3 dieser Vereinbarung. Die Abrechnung erfolgt anhand der in Anlage 3 genannten Symbolziffern direkt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Die Vergütung der nach dieser Vereinbarung erbrachten Leistungen erfolgt aus einem hierzu gesondert gebildeten Honorartopf.

## **§ 6**

### **FINANZIERUNG**

Die AOK Rheinland/Hamburg stellt hierfür insgesamt 200.000,00 EURO für die Versorgung von 1.000 eingeschriebenen Versicherten p.a. zur Verfügung. Werden innerhalb eines Jahres mehr als 1.000 Versicherte eingeschrieben, verständigen sich die Partner dieser Vereinbarung über eine Anpassung der Vereinbarungsinhalte.

## **§ 7**

### **EVALUATION**

Die Partner dieser Vereinbarung sind sich einig, dass die Erreichung der in § 1 genannten Ziele durch eine externe wissenschaftliche Evaluation überprüft wird. Die Auswahl des Evaluators erfolgt in gegenseitigem Einvernehmen, die Evaluationskriterien werden in einer gesonderten Vereinbarung geregelt. Die näheren Inhalte der geplanten Evaluation legen die Vertragspartner bis zum 30.06.2010 im Konsens fest.

## **§ 8 DATENSCHUTZ**

Die Regelung zum Schutz der Sozialdaten im Zusammenhang mit der Durchführung dieser Vereinbarung wird unter besonderer Berücksichtigung des § 80 SGB X angewendet. Die Verarbeitung der Daten erfolgt ausschließlich zum Zweck der Evaluation. Die zur Datenverarbeitung überlassenen Daten dürfen nicht anderweitig verwendet werden.

## **§ 9 SALVATORISCHE KLAUSEL**

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden oder sollte eine Lücke dieser Vereinbarung offenbar werden, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen dieser Vereinbarung. Vielmehr sind die Vereinbarungspartner in einem solchen Fall verpflichtet, die unwirksame oder fehlende Bestimmung durch eine solche zu ersetzen, die wirksam ist und dem mit der unwirksamen oder fehlenden Bestimmung angestrebten wirtschaftlichen Zweck soweit wie möglich entgegen kommt.

## **§ 10 INKRAFTTRETEN, KÜNDIGUNG**

Die Vereinbarung tritt am 01.01.2010 in Kraft. Eine Kündigung ist mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, frühestens jedoch zum 31.12.2010, möglich. Das Recht zur fristlosen Kündigung dieser Vereinbarung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Wird im Rahmen der Evaluation nachgewiesen, dass die vereinbarten Ziele nicht erreicht werden können, kann dies ein wichtiger Grund im Sinne dieser Vereinbarung sein. Sollten gesetzliche Änderungen, Änderungen des EBM oder andere vertragliche Regelungen Auswirkungen auf die Inhalte dieser Vereinbarung haben, kann diese Vereinbarung außerordentlich gekündigt werden.

# Protokollnotiz

zwischen

der

## **AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse**

Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf

- vertreten durch den Vorstand -

und

der

## **Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**

Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

- vertreten durch den Vorstand -

**zur Vereinbarung über Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Patienten mit Schizophrenie**

Die Vertragspartner vereinbaren mit Wirkung ab dem 01. November 2010 zum § 3 Abs. 1 Punkt 1 –Teilnahme der Versicherten- folgende Anpassung:

1. mindestens einmalige stationäre Behandlung mit der dokumentierten Entlassungsdiagnose F 20 in den letzten 36 Monaten vor Teilnahme, wobei Versicherte mit einer dokumentierten Entlassdiagnose in den letzten 24 Monaten vorrangig zu berücksichtigen sind.

**Düsseldorf, den 29. Oktober 2010**

### **Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**

*gezeichnet*

---

Bernhard Brautmeier  
Vorstand

*gezeichnet*

---

Dr. med. Peter Potthoff  
Vorstand

### **AOK Rheinland/Hamburg Die Gesundheitskasse**

*gezeichnet*

---

Cornelia Prüfer-Storcks  
Mitglied des Vorstandes

**Teilnahmeerklärung des Arztes  
an der  
Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der  
ambulanten Versorgung von Patienten mit Schizophrenie  
zwischen der  
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der  
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse**

**Praxisart:**     Einzelpraxis  
                   Praxisgemeinschaft

**Name:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Betriebsstättennummer:** \_\_\_\_\_

**Lebenslange Arztnummer:** \_\_\_\_\_

**Telefon-Nummer:** \_\_\_\_\_

**Fax-Nummer:** \_\_\_\_\_

**Email-Adresse:** \_\_\_\_\_

- Ich erkläre gemäß § 2 zu o. g. Vereinbarung meine Teilnahme.
  
- Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der o.g. Vereinbarung informiert. Die vereinbarten Grundsätze und Ziele, die zu erbringenden Leistungen und die zu beachtenden Rechte und Pflichten sind bekannt. Mit dieser Teilnahmeerklärung erkenne ich alle Rechte und Pflichten aus der o.g. an und verpflichte mich zu deren Einhaltung.
  
- Mir ist insbesondere bekannt, dass
  - die Teilnahme an dieser Vereinbarung freiwillig ist,
  - die Teilnahme mit einer Frist von 2 Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein gekündigt werden kann,
  - ich bei Nichteinhaltung der vereinbarten Verpflichtungen oder die bei Nichterfüllung der vereinbarten Voraussetzungen und Erfordernisse gemäß § 2 Abs. 3 von der Teilnahme ausgeschlossen werden kann,
  - die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten an die Kassenärztliche Vereinigung weitergeleitet werden muss.
  - die Abrechnung der Vergütung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein erfolgt,
  - Vergütungsanspruch nur besteht, wenn die unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten vorliegt und

der Patient am Tag der Einschreibung bei der AOK Rheinland/Hamburg versichert ist,

- meine Daten zum Zwecke der Erfassung meiner Teilnahme und Abrechnung der von mir erbrachten Leistungen der AOK Rheinland/Hamburg zur Verfügung gestellt werden dürfen.
- Des Weiteren verpflichte ich mich , dass ich die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste und bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe.
- Darüber hinaus erkläre ich mich bereit, an der geplanten Evaluation teilzunehmen.

**Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller mich betreffenden Regelungen dieser Vereinbarung.**

---

(Ort, Datum)

---

(Stempel, Unterschrift des teilnehmenden Arztes)

## Anlage 2: Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten

<b>AOK Rheinland/Hamburg</b>		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Teilnahme- und Einwilligungserklärung (des Patienten)

### Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Patienten mit Schizophrenie

#### I. Teilnahmeerklärung:

- Ich erkläre, dass ich an der Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Patienten mit Schizophrenie teilnehme.
- Ich bin ausführlich und umfassend über Inhalt der Vereinbarung und die Verpflichtungen durch meinen behandelnden Arzt/ meine behandelnde Ärztin informiert worden.
- Mir ist insbesondere bekannt, dass
  - meine Teilnahme freiwillig ist,
  - meine Teilnahme mit Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt,
  - meine Teilnahme auf ein Jahr befristet ist, aber im Einzelfall bei therapeutischer Notwendigkeit auf Vorschlag des behandelnden Arztes/ der behandelnden Ärztin verlängert werden kann,
  - ich die Teilnahme jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen kann
  - ich für die Dauer Teilnahme verpflichtet bin, die ambulante Therapie der Schizophrenie durch den Arzt/ die Ärztin, bei dem/ der die Teilnahmeerklärung abgegeben wurde, oder einer Vertretung durchführen zu lassen (gilt nicht bei urlaubsbedingter Abwesenheit, stationären Aufenthalt, Inanspruchnahme des ärztlichen Notdienstes)
  - die erhobenen Daten für eine Auswertung (Evaluation) verwendet und an ein mit der Evaluation beauftragtes Institut in pseudonymisierter Form (d.h. ohne Personenbezug) weitergegeben und genutzt werden können.

#### II. Einwilligungserklärung:

- Ich erkläre mein Einverständnis, freiwillig an dem Projekt

„Gesundheitsökonomische Evaluation der Versorgungsvereinbarung zur Optimierung der Schizophreniebehandlung“

teilzunehmen.

- Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich die Teilnahme an dem Projekt jederzeit beenden kann und mir keine Nachteile aus einer Nichtteilnahme entstehen.
- Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen durch meinen behandelnden Arzt / meine behandelnde Ärztin informiert worden.
- Mir ist insbesondere bekannt, dass
  - bei wissenschaftlichen Evaluationen persönliche Daten und medizinische Befunde erhoben werden,
  - die Erhebung, Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser Daten streng nach gesetzlichen Bestimmungen erfolgt,
  - die AOK Rheinland/Hamburg - im Falle meiner Einwilligung - Abrechnungsdaten zu stationären Aufenthalten (wie Anzahl, Datum, Diagnosen, Kosten, Fachabteilung usw.), ambulanten Arztkontakten (wie Anzahl, Fachrichtung, Diagnose, Kosten usw.), Pflegebedarf (Pflegestufe, Pflegesachleistung, Pflegegeld usw.) und Arzneimittelverordnungsdaten (Kosten, Datum des Rezepts usw.) für zwei zurückliegende Jahre sowie für die Laufzeit des Projektes meine Person betreffend, pseudonymisiert (d.h. ohne Namen, Adressen oder andere personenbezogene Sozialdaten) an den Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen zur Auswertung weitergibt.

**zu I.: Ja**, ich nehme gemäß den Ausführungen unter I. an teil und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

**zu II.: Ja**, ich bin mit der unter II. beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme an im Rahmen von der Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Patienten mit Schizophrenie einverstanden und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

### Anlage 3: Leistungsbeschreibung und Vergütung

Modul	Inhalt	Symbolnummer (SNR)	Abrechnungsfrequenz	Vergütung je SNR	Maximale Vergütung
Einschreibung	Aufklärung über Inhalt der Versorgung, Evaluation	92350	1x pro Patient	10 Euro	10 Euro je Patient
1. Psychoedukation	Teilnahme des Patienten an einer vom teilnehmenden Arzt durchgeführten Gruppenedukation	92351	1x pro Quartal und Patient	20 Euro	80 Euro p.a. je Patient
	Berücksichtigung von psychoedukativen Inhalten im Rahmen der Konsultationen mit Nutzung von geeignetem schriftlichen Patienteninformationsmaterial	92352 nur möglich, wenn Teilnahme Gruppenedukation (92351) nicht abgerechnet wird	1x pro Quartal und Patient	10 Euro	40 Euro p.a. je Patient
	Erarbeitung und follow-up von individuellen Frühwarnzeichen und entsprechender Dokumentation für den Patienten	92353	1x pro Quartal und Patient	5 Euro	20 Euro p.a. je Patient
2. Patienteneinbezug	Aufbau und Aufrechterhaltung einer Motivation des Patienten zur aktiven Partizipation am Behandlungsprozess	92354	1x pro Quartal und Patient	5 Euro	20 Euro p.a. je Patient
	Aktive Einbeziehung des Patienten in therapeutische Entscheidungen unter Erläuterung der verschiedenen Alternativen und der Berücksichtigung von Präferenzen des Patienten				
3. Adhärenz	Aufklärung des Patienten über den Stellenwert von Behandlungsadhärenz unter Zuhilfenahme geeigneter Informationsmaterialien	92355	1x pro Patient	10 Euro	10 Euro je Patient
	Erarbeitung und follow-up von Adhärenzfördernden Vereinbarungen und Maßnahmen mit dem Patienten	92356	1x pro Quartal und Patient	5 Euro	20 Euro p.a. je Patient

4. Therapieziel- planung	Erfassung von krankheitsbezogenen Einschränkungen der sozialen und beruflichen Teilhabe. Darauf ausgerichtete Therapiezielplanung mit kontinuierlichem follow-up	92357	1x pro Quartal und Patient	10 Euro	40 Euro p.a. je Patient
-----------------------------	--	-------	----------------------------	---------	-------------------------

Die Dokumentation der Leistung erfolgt mit Hilfe der o.g. Abrechnungs- bzw. Symbolziffer. Die zuvor genannten Abrechnungs- bzw. Symbolziffern können nur im Zusammenhang mit einer grundsätzlich erbrachten ärztlichen Leistung nach dem EBM abgerechnet werden.