

Änderungen zum 1. April 2021 für folgenden Themen:

1. Aktualisierung des DMP KHK sowie die Neuaufnahme der Schulung Cardio-Fit
2. Neue indikationsübergreifende Patienten-Teilnahmeerklärung für alle DMP
3. Neue Schulungen und Vergütungsanpassungen bei den DMP Diabetes Typ 1 und Typ 2
4. Hinweise zu den DMP-Sonderregelungen - SARS-CoV 2

DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) zum 1. April 2021 aktualisiert

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Anforderungen an Disease-Management-Programme für Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) aktualisiert. Die wissenschaftliche Grundlage für die beschlossenen Änderungen ist insbesondere die Leitlinienrecherche des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Die inhaltlichen Veränderungen wurden eng an die Nationale Versorgungs-Leitlinie – Chronische KHK (NVL KHK) 2019 – angelehnt.

Der mit der KV Nordrhein bestehende Vertrag für das DMP KHK musste daraufhin nun von den Vertragspartnern angepasst werden, sodass **das aktualisierte DMP ab 1. April 2021 in den Praxen umzusetzen** ist. Wir möchten Sie hiermit über die wesentlichen Änderungen informieren.

Personenbezeichnungen werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit nur in der männlichen Form verwendet. Dennoch sind gleichrangig alle Geschlechter gemeint.

Das ist neu

Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe

Für eine Einschreibung gilt die Diagnose mit hinreichend hoher Wahrscheinlichkeit als gesichert:

- bei Vorliegen einer **typischen Konstellation** aus Symptomatik, Anamnese, körperlicher Untersuchung, Begleiterkrankungen und Hinweisen auf eine myokardiale Ischämie (reversibel oder irreversibel) oder pathologischen Befunden in nichtinvasiven Untersuchungsverfahren oder
- durch direkten Nachweis mittels **Koronarangiografie** oder
- bei einem **akuten Koronarsyndrom** (ACS) in der Vorgeschichte.

Bereits teilnehmende Patienten müssen nicht neu eingeschrieben werden!

Individuelle Therapieplanung und ärztliche Kontrolluntersuchungen

Die jährliche Risikoabschätzung wird durch eine **individuelle Verlaufskontrolle** ersetzt.

Insbesondere folgende Parameter sollen überprüft werden:

- die Symptomschwere (nach der Klassifikation der Canadian Cardiovascular Society, CCS),
- kardiale Risikofaktoren,
- Hinweise für mögliche Komplikationen der KHK, wie z. B. Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen und die
- Indikation und Wirksamkeit der medikamentösen Therapie und die Therapieadhärenz.

Ebenfalls sollen die individuell vereinbarten Therapieziele geprüft und wenn notwendig angepasst werden. Anpassungen der medikamentösen Therapie sind je nach individueller Konstellation zu erwägen.

Je nach individueller Risikokonstellation sollte **mindestens eine jährliche Kontrolle von entsprechenden Laborparametern** erfolgen (z. B. geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR), Blutzucker, Lipide).

Diagnose-
kriterien
angepasst

Empfehlungen
zu Inhalten der
Kontroll-
untersuchungen
gebündelt

Allgemeine therapeutische Maßnahmen

► Ernährung

Eine Gewichtsreduktion wird nicht mehr pauschal empfohlen. Patienten (BMI \leq 30) sollte empfohlen werden, eine Gewichtszunahme zu vermeiden.

Gewichtszunahme vermeiden

► Körperliche Aktivitäten

Alle Patienten sollen zu regelmäßiger körperlicher Aktivität motiviert werden. Dies beinhaltet Alltagsaktivitäten (z. B. Gartenarbeit, Treppensteigen, Spaziergehen) und sportliches Training. Planung und Intensität der körperlichen Aktivität sind an die individuelle Belastbarkeit anzupassen.

Hohe Bedeutung von körperlicher Aktivität und sportlichem Training

Allen Patienten, insbesondere denjenigen mit erhöhtem Risiko (z. B. Zustand nach akutem Koronarsyndrom (ACS) $<$ 12 Monate, Zustand nach ICD/CRT Implantationen, LVEF \leq 40 %), soll die **Teilnahme an medizinisch begleiteten Sportprogrammen in Herzgruppen** unter Berücksichtigung der Gesamtsituation empfohlen werden.

Bei stabiler kardiovaskulärer Erkrankung (niedriges Risiko für Komplikationen bei größerer körperlicher Belastung) soll **moderates bis anstrengendes aerobes Training (z. B. zügiges Gehen)** für mindestens 2 Stunden in der Woche empfohlen werden. Zusätzlich soll mindestens 2x wöchentlich Krafttraining durchgeführt werden.

► Psychosoziale Aspekte

Die Erhebung psychosozialer Aspekte (u. a. mangelnde Krankheitsbewältigung, Motivation, sozioemotionaler Rückhalt, Problemen am Arbeitsplatz) ist zur Klärung möglicher Barrieren in Bezug auf eine Umstellung des Gesundheitsverhaltens sowie für die Medikamenten-Adhärenz von entscheidender Bedeutung, um bei weitergehendem Bedarf gezielte Hilfestellungen zu geben.

Mögliche Barrieren einer Verhaltensänderung erheben

► Schutzimpfungen

Patienten mit KHK sollen Schutzimpfungen nach Maßgabe der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (SI-RL) empfohlen werden.

Umgang mit Ko- und Multimorbidität

► Arterielle Hypertonie

Bei allen Patienten mit koronarer Herzkrankheit soll der Blutdruck regelmäßig kontrolliert werden. Eine bestehende arterielle Hypertonie bei Werten **über 140/90 mmHg** soll konsequent behandelt werden. Anzustreben ist ein Blutdruckwert **mindestens von systolisch unter 140 mmHg und diastolisch unter 90 mmHg**.

Wertekorridor Hypertonie angepasst

Medikamentöse Therapie

► Thrombozytenaggregationshemmer (TAH)

Die Empfehlung zur grundsätzlichen TAH-Therapie wurde dahingehend ergänzt, dass eine Unterbrechung der antithrombozytären Therapie insbesondere nach perkutaner Koronarintervention (PCI) oder akutem Koronarsyndrom (ACS) vermieden werden sollte. Im Einzelfall ist die Notwendigkeit einer Unterbrechung, (z. B. perioperativ) mit Blick auf Nutzen und Risiko mit den beteiligten Fachdisziplinen abzuwägen.

Unterbrechung der antithrombozytären Therapie vermeiden

► Hemmer des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems (RAAS)

ACE-Hemmer sind bei KHK-Patienten wie folgt indiziert:

- in der frühen Postinfarktphase (4 bis 6 Wochen)
- wenn die chronische KHK mit einer begleitenden systolischen Herzinsuffizienz, mit asymptomatischer linksventrikulärer Dysfunktion oder einer chronischen Nierenerkrankung einhergeht.

► Lipidsenker

Alle Patienten mit KHK sollten eine dauerhafte Statintherapie erhalten. Die in der Richtlinie vorgegebenen Strategien (feste Hochdosis-Strategie unabhängig vom LDL-Wert versus Zielwert-Strategie) wurden kontrovers diskutiert. Daher wird empfohlen, mit dem Patienten eine gemeinsame Festlegung auf eine der beiden leitliniengerechten Strategien festzulegen. Grds. sollten Statine bevorzugt verwendet werden, für die eine morbiditäts- und mortalitätssenkende Wirkung in der Sekundärprävention nachgewiesen ist.

Bei Nebenwirkungen unter Statinen soll durch Reduzierung der Dosis oder Umsetzung auf ein anderes Statinpräparat die Weiterführung der Behandlung versucht werden. Ezetimib kann KHK-Patienten angeboten werden, um hohe Statindosen zu vermeiden, wenn die LDL-Cholesterinzielwerte unter niedrigen Dosen nicht erreicht werden.

► Betarezeptorenblocker (Betablocker)

Nach akutem Myokardinfarkt, sollten Patienten für mindestens ein Jahr mit Betarezeptorenblocker behandelt werden.

Bei Vorliegen weiterer klinischer Indikationen (z. B. eingeschränkte linksventrikuläre systolische Funktion, systolische Herzinsuffizienz, Hypertonus, Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris) sollte die Therapie mit Betarezeptorenblockern fortgeführt werden.

► Symptomatische Therapie und Prophylaxe der Angina pectoris

Zur Behandlung einer Angina-pectoris-Anfalls sind schnellwirkende Nitrate das Mittel der ersten Wahl. Da sich antianginöse Medikamente (Betablocker, Nitrate, Kalzium-Antagonisten) bezüglich ihrer Effekte auf kardiovaskuläre Ereignisse in Abhängigkeit von den Komorbiditäten des Patienten unterscheiden, sind diese zu berücksichtigen.

Kooperation der Versorgungsebenen**► Überweisung zum qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung**

Der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen oder Anlässen eine Überweisung oder Weiterleitung zur Mitbehandlung und zur erweiterten Diagnostik und Risikostratifizierung von Patienten mit chronischer KHK zur/zum jeweils qualifizierten Facharzt, Einrichtung bzw. zum Psychotherapeuten erfolgen soll. Dies gilt für:

- erneute oder zunehmende Angina pectoris-Beschwerden,
- neu aufgetretene oder zunehmende Herzinsuffizienz oder sympt. Herzrhythmusstörungen,
- unzureichendes Ansprechen auf die Therapie,
- Patientinnen/Patienten mit Komorbiditäten (z. B. Niereninsuffizienz, Depression),
- Patienten mit zusätzlichen kardiologischen Erkrankungen (z. B. Klappenvitien),
- Klärung der Indikation oder Durchführung zur einer invasiven Diagnostik und Therapie

► Veranlassung einer Rehabilitation

Die Veranlassung einer medizinischen Rehabilitation ist, soweit kein akutmedizinischer Handlungsbedarf besteht, insbesondere zu erwägen bei

- limitierender Symptomatik (wesentliche Einschränkung der Lebensqualität) trotz konservativer, interventioneller und/oder operativer Maßnahmen,
- ausgeprägtem und unzureichend eingestelltem Risikoprofil,
- ausgeprägter psychosozialer Problematik,
- drohender Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit,
- drohender Pflegebedürftigkeit.

Sofern nach akutem Koronarsyndrom (oder nach koronarer Bypass-Operation) keine Anschlussrehabilitation stattgefunden hat, soll eine Rehabilitation empfohlen werden.

Strategie zur Lipidsenkung (Hochdosis / Zielwert) mit dem Patienten festlegen

begrenzte Therapiedauer, wenn keine weitere Indikation vorliegt

Anlässe zur Überweisung konkretisiert

Qualitätsziele und Dokumentation angepasst

Ab dem 1. April 2021 gelten folgende Qualitätsziele (Änderungen sichtbar gehalten):

Hoher Anteil von Teilnehmern,	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mit Blutdruck unter 140/90mmHg bei bekannter Hypertonie, ▪ die TAH zur Sekundärprävention erhalten, ▪ die in den letzten 12 Monaten nach Herzinfarkt Betablocker erhalten, ▪ die Statine erhalten, ▪ die eine leitliniengerechte Statintherapie erhalten (feste Hochdosis- oder Zielwert-Strategie), ▪ ohne Angina pectoris-Beschwerden, ▪ die an einer DMP-Schulung teilgenommen haben, ▪ die regelmäßiges sportliches Training betreiben,
Niedriger Anteil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rauchender Teilnehmer

Ausgehend von den Qualitätszielen wurde auch die Dokumentation angepasst. Hinzugekommen sind u. a. die Angabe zur Statin-Dosis und –Therapiestrategien sowie die Abfrage nach einem Herzinfarkt.

Schulungen der Versicherten

Alle Patienten sollen Zugang zu einem KHK-relevanten strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten.

► Schulung Kardio-Fit zum 1. April 2021 neu aufgenommen.

Neben den bisherigen Schulungen konnte mit Kardio-Fit nun das erste vom BAS akkreditierte KHK-spezifische Schulung aufgenommen werden. Die Schulung kann in Gruppen mit bis zu 8 Patienten erfolgen und beinhaltet die folgenden 3 Unterrichtseinheiten (à 90 Minuten).

SNR	Leistungsinhalt	Vergütung	berechtigte Ärzte
90518	Kardio-Fit Schulung , bis zu 8 Patienten max. 3 Unterrichtseinheiten (à 90 Min.)	25,00 €	Hausärzte und Kardiologen
90519	Verbrauchsmaterialien Kardio-Fit (Patienten Begleitbuch) einmal je Patient	10,00 €	Kardiologen

Die Schulung kann von teilnehmenden Hausärzten und Kardiologen und deren medizinischen Fachangestellten durchgeführt werden. Eine Abrechnungsgenehmigung ist im Vorfeld bei der KV Nordrhein unter Nachweis der erfolgten Zertifizierung (Trainer-Seminar) zu beantragen.

Nähere Informationen zur Schulung und Trainer-Seminaren finden sie unter www.kardio-fit.de

Fragen zur Abrechnungsgenehmigung beantworten Ihnen die Mitarbeiter der Abteilung Qualitätssicherung DMP KHK: Telefon +49 221 7763 6566 oder +49 221 7763 6565

Fax +49 211 5970 33 184

E-Mail DMP-KHK@kvno.de

Weitere Informationen zum Vertrag sowie die aktuelle Ausfüllanleitung zur Dokumentation finden Sie unter www.kvno.de ► praxis ► recht&vertraege ► vertraege ► dmp ► khk

neue Q-Ziele und Dokumentationsparameter beachten

KHK-spezifische Schulungen ermöglicht: neue Schulung „Kardio-Fit“

Vergütung DMP Diabetes Typ 1 / Typ 2

► Nach- und Wiederholungsschulungen

Langzeit betreute Patienten könnten künftig auch in den DMP Diabetes Nach- und Wiederholungsschulungen regelhaft erhalten, ohne dies im Vorfeld beantragen zu müssen.

Nachschulungen dienen der Auffrischung von einzelnen Schulungsinhalten und können **frühestens 1 Jahr nach Beendigung der Grundschulung** (letzte UE) erbracht werden. Der Anspruch ist je nach Schulung auf eine bzw. zwei Unterrichtseinheiten im Kalenderjahr begrenzt. Bei der Abrechnung ist die **Schulungsziffer mit dem Zusatz „N“ zu kennzeichnen**.

Die vollständige **Wiederholung** einer Schulung ist **frühestens 3 Jahre nach Beendigung der Ersts Schulung** (letzte UE) möglich. Die Schulungsziffer ist in diesen Fällen um den **Buchstabenzusatz „W“** zu ergänzen.

antragsfreie
Nach- und
Wiederholungs-
schulungen

Buchstaben-
zusatz „N“ und
„W“

Übersicht der ab dem 01.04.2021 in Nordrhein zugelassenen Schulungen:

Schulungen DMP Diabetes Typ 2

SNR	Leistungsinhalt, (je Kategorie A-D und F nur eine Schulung pro Patient im Lebensfall)	Vergütung je UE	berechtigte Ärzte	max. Anzahl Nachschulung im K-Jahr
<u>A. Schulungen bei oraler Therapie (ohne Insulin)</u>				
	98013 Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die kein Insulin spritzen, 4 UE	25,00 €	geschulte Haus- und DSP-Ärzte	1 UE
	98019 Schulungsprogramm MEDIAS 2, 8 UE	25,00 €		2 UE
(Neu)	98020 SGS-Schulung (ohne Insulintherapie), 6 UE á 45 Min.	13,50 €		2 UE
<u>B. Schulungen bei konservativer Insulintherapie</u>				
	98014 Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Insulin spritzen, 5 UE	25,00 €	geschulte Haus- und DSP-Ärzte	2 UE
	98022 Diabetes und Verhalten, 10 UE	25,00 €		2 UE
(Neu)	98021 SGS-Schulung (ohne Insulintherapie), 7 UE á 45 Min.	13,50 €		2 UE
(Neu)	98026 MEDIAS 2 BOT-SIT-CT, 6 UE	25,00 €		2 UE
<u>C. Schulungen bei intensivierter Insulintherapie (ICT)</u>				
(Neu)	98028 MEDIAS 2 ICT, 12 UE	25,00 €	DSP-Ärzte	2 UE
(Neu)	98029 Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie (ICT), 12 UE	25,00 €		2 UE
<u>D. Ergänzungsschulungen bei Insulintherapie</u>				
(Neu)	98031 Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT), 8 UE	26,25 €	DSP-Ärzte	2 UE
(Neu)	98032 HyPOS: Hyperglykämie – positives Selbstmanagement, 5 UE	26,25 €		2 UE
<u>E. Diabetes Typ 2 und Bewegung</u>				
(Neu)	98034 DiSko-Schulung (wie Diabetiker zum Sport kommen), 1 UE	20,00 €	geschulte Haus- und DSP-Ärzte	--
(Neu)	98035 Bewegung und Sport (Bewegungstraining gegen Insulinresistenz), 1 UE	20,00 €		--
<u>F. Hypertonie bei Diabetes Typ 2</u>				
	98016 Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie, 4 UE	25,00 €	geschulte Haus- und DSP-Ärzte	1 UE
	98017 HBSP, 4 UE	25,00 €		1 UE
	98018 Modulare Bluthoch-druck-Schulung IPM, 4 UE	25,00 €		1 UE
<u>Verbrauchsmaterialien Diabetes Typ 2</u>				
	98015 zu den Schulungen 98013-98032, einmalig je Kategorie und Patient	9,00 €		

**Schulungen DMP Diabetes Typ 1 (Achtung: Änderung aller Symbolnummer!)**

SNR	Leistungsinhalt (je Kategorie A, B und E nur eine Schulung pro Patient im Lebensfall)	Vergütung je UE	berechtigte Ärzte	max. Anzahl Nachschulung im K-Jahr
A. Schulungen bei intensivierter Insulintherapie (ICT)				
	98110 Schulungsprogramm für. intensivierte Insulintherapie (ICT), 12 UE	25,00 €	DSP-Ärzte	2 UE
(Neu)	98111 PRIMAS, 12 UE	25,00 €		2 UE
B. Ergänzungsschulungen bei Diabetes Typ 1				
(Neu)	98113 Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT), 8 UE	26,25 €	DSP-Ärzte	2 UE
(Neu)	98114 HyPOS: Hyperglykämie – positives Selbstmanagement, 5 UE	26,25 €		2 UE
C. + D. für Kinder- und Jugendliche Diabetes Typ 1				
	98121 Schulung „Diabetes Buch für Kinder“, 5½ bis 11 Jahren, UE = 45 Min.	12,50 €	DSP-Ärzte / Einrichtungen	4 UE
	98122 Verbrauchsmaterial Diabetes Buch für Kinder, einmalig	19,90 €		
	98123 Schulung Jugendliche mit Diabetes, 12 bis 18 Jahren, UE = 45 Min.	12,50 €		4 UE
(Neu)	98124 Verbrauchsmaterial Buch „Jugendliche mit Diabetes“, einmalig	99,00 €		
E. Hypertonie bei Diabetes Typ 1				
	98116 Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie, 4 UE	25,00 €	DSP-Ärzte	1 UE
	98117 HBSP, 4 UE	25,00 €		1 UE
	98118 Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM, 4 UE	25,00 €		1 UE
Verbrauchsmaterialien Diabetes Typ 1				
	98115 zu den Schulungen 98013-98032, einmalig je Kategorie und Patient	9,00 €		

Für die Schulungen 98022, 98028, 98029 sowie 98010 und 98011 wird ein Qualitätszuschlag von 15,00 € von der KV Nordrhein mit Abrechnung der letzten Unterrichtseinheit der Grundschulung automatisch mit dem Buchstabenzusatz „Q“ zugesetzt.

► Betreuungspauschalen der koordinierenden Ärzte

Die Betreuungspauschale für den koordinierenden Arzt wurde inhaltlich um die jährliche Beratung und Motivation zur Ernährungsanpassung und Bewegung erweitert. Darüber hinaus konnten die Vergütungen der Betreuungspauschalen in beiden DMP zum 1. April angehoben werden.

**höhere
Vergütung für
koordinierende
Ärzte**

SNR	Leistung	Vergütung
DMP Diabetes Typ 2		
90321	Leistungskomplex koordinierender Arzt, 1x im BHF	21,25 €
DMP Diabetes Typ 1		
90310A	Betreuungskomplex koordinierender Arzt (i. d. R. DSP), 1x im BHF im Quartal nicht neben der 90300A, 90303A oder 90304	26,50 €

Auch erfahren einige Leistungen für Schwerpunktpraxen eine Anpassung zum 01. April 2021.

Nähere Informationen zu den neuen Diabetes-Schulungen und Trainer-Seminaren finden unter

SGS, Medias BOT und HyPOS	www.Diabetes-Schulungsprogramme.de
DiSko-Schulung	www.diabetes-bewegung.de
Bewegung gegen Insulinresistenz	www.dvgs.de

Fragen zur Abrechnungsgenehmigung beantworten Ihnen die Mitarbeiter der Abteilung Qualitätssicherung:

	Telefon	Telefax	E-Mail
Diabetes Typ 1	+49 211 5970 8224	+49 211 5970 9997	diabetes@kvno.de
Diabetes Typ 2	+49 211 5970 8564	+49 211 5970 33185	Dmp-diabetes@kvno.de

DMP-Sonderregelungen aufgrund SARS-CoV 2

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Beschluss vom 17. Dezember 2020 die Verpflichtung zur Dokumentation und Schulungen bis zum Ende der epidemischen Lage ausgesetzt. Somit führen fehlende Folgedokumentationen oder nicht durchführbare Schulungen grundsätzlich nicht zu einer Beendigung der Patienten-Teilnahme durch die Krankenkassen.

Ziel ist, dass keine DMP-Ausschreibungen für Patienten befürchtet werden soll, wenn diese während der COVID-19-Pandemie nicht in die Praxis einbestellt werden können und bspw. Dokumentationen nicht durch telemedizinischen Kontakt erhoben werden können.

Mit Blick auf die weiter andauernde Pandemie-Situation gelten auch diese Regelungen nun weiter fort; über das Ende werden wir dann gesondert informieren. Für die Umsetzung sind jedoch einige Punkte zu beachten, beispielsweise

- können nur vollständig erbrachte Leistungen und Dokumentationen abgerechnet werden,
- mögliche Dokumentationen sollen durchgeführt werden – auch telemedizinisch. Hierbei sind die Mindestintervalle für klinische Untersuchungen und Laborkontrollen zu beachten,
- nicht durchführbare Schulungen sind (sofern weiterhin eine Dokumentation erstellt werden kann) zu dokumentieren. Die Angabe „Nein“ kann - trotz Sonderregelung – weiterhin zu einer Ausschreibung des Patienten durch die Krankenkasse führen.

Schulung	
Dokumentationsparameter	Ausprägung (Auswahlmöglichkeit)
Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes-Schulung • Hypertonie-Schulung • Keine
Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommens)	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes-Schulung • Hypertonie-Schulung • Keine
Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen	<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • War aktuell nicht möglich • Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

Ausfüllhilfe für die Dokumentation beachten – Ausschreibung droht trotz Sonderregelung

wenn Schulungen aufgrund der Pandemie nicht stattfinden konnten

Detaillierte Informationen zum Umgang im Rahmen der DMP-Sonderregelungen haben wir in einem Serviceheft zusammengefasst. Dieses sowie alle weitere Informationen zu den DMP-Verträgen finden Sie auf unserer Homepage unter www.kvno.de ► praxis ► recht&vertraege ► vertraege ► dmp