

## **Anlage 8**

### **Dokumentation von DMP-begründenden Diagnosen**

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Typ 2-Diabetikern

#### **§ 1 Diagnosesicherung**

- (1) Der koordinierende Arzt bestätigt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten nach Anlage 5 die gesicherte Diagnose. Diese Verpflichtung ergibt sich aus den Versorgungsinhalten nach der Anlage 1 der DMP-A-RL in Verbindung mit den Anlagen 2 und 8 der DMP-A-RL zu den Dokumentationsparametern.
- (2) In der ärztlichen Abrechnung sind die mit der zu einer Einschreibung in ein DMP führenden Erkrankung korrespondierenden ICD-Schlüssel exakt zu erfassen. Es gelten die Vorschriften der ICD-Kodierungsrichtlinie des BfARM.
- (3) Der Schweregrad der Erkrankung sowie Komplikationen (z.B. Nierenerkrankung) und Begleiterkrankungen (z.B. Hypertonie, KHK etc.), die im Zusammenhang mit der Indikation stehen, werden zusätzlich bei der Verschlüsselung berücksichtigt.

#### **§ 2 Abrechnungsprüfung durch die KVSH**

- (1) Ist in einem Abrechnungszeitraum kein zur Einschreibung in das DMP führender ICD-Schlüssel gemäß § 1 Abs. 2 (mindestens vierstelliger ICD-10-Kode) in den Abrechnungsdaten dokumentiert, werden sämtliche bei dem jeweiligen Patienten angesetzten Vergütungspauschalen des entsprechenden DMPs nicht vergütet. Eine nachträgliche Dokumentation und somit auch eine nachträgliche Vergütung sind nicht zulässig.
- (2) Die Umsetzung dieser Regelung stellt die KVSH im Rahmen der Abrechnungsprüfung sicher.
- (3) Die Vertragspartner verständigen sich auf zwei Übergangsquartale bei Änderung der ICD-Schlüssel. In dieser Zeit erfolgt die Prüfung durch die KVSH mindestens vierstellig.