

# Newsletter

## Versorgungsmanagement

Informationen und Unterstützung für den Praxisalltag  
durch die AOK PLUS in Sachsen

Ausgabe Juli 2025

### In dieser Ausgabe

|                                                                                                    |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Elektronische Ersatzbescheinigung (eEB) als Anspruchsnachweis für die eGK .....                    | 1 |
| S3C-Schnittstelle endet: Jetzt Softwarevertrag prüfen! .....                                       | 2 |
| Versorgungsvertrag OsteoporosePLUS endet .....                                                     | 2 |
| DMP Osteoporose in Sachsen im Juli 2025 gestartet .....                                            | 3 |
| OTC-Satzungsleistung für Kinder und Jugendliche .....                                              | 4 |
| Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung: Voraussetzungen & Verordnung .....                       | 4 |
| Bimzelx® – Rabattvereinbarung wird fortgeführt .....                                               | 5 |
| Prophylaxe mit Nirsevimab – Verordnungshinweise für die erste RSV-Saison .....                     | 6 |
| Wege aus der Arbeitsunfähigkeit .....                                                              | 6 |
| Einige Single-Pill-Kombinationen bei Hypertonie vorteilhafter<br>als freie Kombinationen .....     | 7 |
| Neue Regelung zum Mutterschaftsgeld bei Fehlgeburt .....                                           | 8 |
| Wie zufrieden sind Patientinnen und Patienten in Sachsen<br>mit ihrer Krankenhausbehandlung? ..... | 8 |

## Elektronische Ersatzbescheinigung (eEB) als Anspruchsnachweis für die eGK

Seit Juli 2025 gibt es eine zweite digitale Lösung, um eine elektronische Ersatzbescheinigung als Abrechnungsschein zu erhalten, wenn Patientinnen oder Patienten keine elektronische Gesundheitskarte vorlegen können.

### Variante 1:

Verfügt Ihr PVS über die eEB-Funktionalität, können Sie über die Telematikinfrastruktur (TI) eine Anfrage direkt an die AOK PLUS senden. Nach sofortiger Prüfung wird die eEB erstellt und via KIM automatisch an Ihre Praxis zurückgesendet.

### Variante 2 (NEU):

AOK PLUS-versicherte Patientinnen und Patienten können nun per „Meine AOK“-App die KIM-Adresse Ihrer Praxis als QR-Code scannen, um dann die Versichertendaten durch die AOK PLUS mittels KIM an Ihre Praxis schicken zu lassen.



Den individuellen QR-Code für Ihre Praxis bzw. medizinische Einrichtung können Sie hier aus Ihrer KIM-Adresse erstellen lassen:

[praxis-check-in.de/leistungserbringer](https://praxis-check-in.de/leistungserbringer)

Stellen Sie diesen dann auf Ihrer Website oder in Ihren Praxisräumen bereit. Ihre KIM-Adresse(n) finden Sie im TI-Adressbuch (Verzeichnisdienst).

**Hinweis:** Erkundigen Sie sich bei Ihrem PVS-Hersteller, ob Ihre Software bereits über entsprechende eEB- bzw. OCI-Funktionalität zum Einlesen der Nachweise verfügt, da die gesendeten Daten sonst nicht entgegengenommen werden können.

*S3C-Schnitt-  
stelle endet zum  
31. Dezember  
2025*

## S3C-Schnittstelle endet: Jetzt Softwarevertrag prüfen!

Eine effiziente und leitliniengerechte Arzneimittelversorgung ist zentral im Praxisalltag. Bereits 2014 hat die AOK PLUS mit der S3C-Schnittstelle ein digitales Medikamentenmanagement direkt über die Praxissoftware ermöglicht. Zusätzlich wurden indikationsbezogene Versorgungsangebote eingeblendet – abgestimmt auf den individuellen Therapiebedarf der Patientinnen und Patienten. Damit war die AOK PLUS über Jahre hinweg Vorreiter in der digitalen Arzneimittelversorgung.

Inzwischen wurde der Hauptanwendungsfall – das Medikamentenmanagement – erfolgreich in die Regelversorgung überführt. Die Einstellung der S3C-Schnittstelle zum 31. Dezember 2025 ist daher folgerichtig. Das Qualitätsmanagement (Bestandteil im Rahmenvertrag Digitalisierung Sachsen) endet zum 31. Dezember 2025. Die Verträge PsycheAktiv Sachsen sowie Diabetisches Fußsyndrom Sachsen werden entsprechend angepasst.

**Wichtig:** Falls Sie die S3C-Schnittstelle genutzt haben, denken Sie bitte daran, das Angebot rechtzeitig bei Ihrem Softwareanbieter zu kündigen.

## Versorgungsvertrag OsteoporosePLUS endet

Der Vertrag nach § 140a SGB V zur qualitätsgesicherten besonderen ärztlichen Versorgung von Versicherten mit Osteoporose im Freistaat Sachsen (OsteoporosePLUS Sachsen) zwischen der AOK PLUS und der KV Sachsen (KVS) wird **zum 30. September 2025** beendet.

**Hintergrund:** Die Vertragspartner haben gemeinsam beschlossen, das Programm OsteoporosePLUS zu beenden. Es wird durch ein neues, kassenartenübergreifendes DMP Osteoporose ersetzt. Mit Start des Wirkbetriebs – also, sobald Patientinnen und Patienten eingeschrieben sind und Leistungen abgerechnet werden können – endet OsteoporosePLUS.

**Was bedeutet dies für die eingeschriebenen Ärztinnen und Ärzte des Osteoporose-PLUS-Vertrages?**

- Die Neueinschreibung von Versicherten in den Vertrag OsteoporosePLUS und damit eine Abrechnung der Ziffer 98600 ist seit 1. Juli 2025 nicht mehr möglich.
- Alle anderen Ziffern aus dem OsteoporosePLUS-Vertrag können noch bis zum 30. September 2025 abgerechnet werden. Danach endet der Vertrag.

Seit dem 1. Juli 2025 können sich interessierte Ärzte in den DMP-Vertrag Osteoporose einschreiben. Die erforderlichen Strukturvoraussetzungen und die Teilnahmeerklärung finden Sie unter [kvsachsen.de](https://kvsachsen.de).

## DMP Osteoporose in Sachsen im Juli 2025 gestartet

Patientinnen und Patienten, bei denen eine medikamentös behandlungsbedürftige Osteoporose diagnostiziert wurde, können sich zukünftig in Sachsen in einem strukturierten Behandlungsprogramm leitliniengerecht versorgen lassen. Dies betrifft Frauen ab dem vollendeten 50. Lebensjahr und Männer ab dem vollendeten 60. Lebensjahr.

**Die gesetzlichen Krankenkassen und die KVS haben sich als Vertragspartner gemeinsam zu folgendem Inhalt verständigt:**

Disease-Management-Programme (DMP) sollen eine sektorenübergreifende, systematische Versorgung für chronisch kranke Menschen ermöglichen. Das DMP Osteoporose zielt darauf, das Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern, Stürze und damit einhergehende Frakturen zu vermeiden, die Beweglichkeit zu erhalten und zu verbessern sowie Schmerzen zu reduzieren. Damit sollen den Betroffenen eine selbstbestimmte Lebensführung und eine bessere Lebensqualität ermöglicht werden. Die Teilnehmenden werden im Rahmen des Programms besonders darin geschult, wie sie neben der medikamentösen Therapie zum Erhalt ihrer Mobilität und Lebensqualität beitragen können.

Neben den im DMP bekannten Leistungen zur Dokumentation und Schulung ist in diesem DMP die deutschlandweit einmalige **Osteologische Akutbehandlung hervorzuheben**. Diese beinhaltet bei Patientinnen und Patienten mit imminentem Frakturrisiko ein erweitertes Monitoring sowie die Abstimmung einer spezifischen Therapie.

### Einschreibung und Abrechnung

Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin sowie der Orthopädie können am DMP Osteoporose teilnehmen. **Die Einschreibung in das DMP ist ab sofort möglich.** Voraussetzungen zur Teilnahme sowie das entsprechende Formular finden Sie unter [kvsachsen.de](https://kvsachsen.de).

#### Mehr zum Thema

Weitere Informationen zum Vertrag, speziell zu Strukturvoraussetzungen, Leistungsinhalten und Vergütung, finden Sie unter [kvsachsen.de](https://kvsachsen.de)

Der **Versorgungsstart für Patientinnen und Patienten** ist der **1. Oktober 2025**. Ab diesem Zeitpunkt ist auch die **Einschreibung von Versicherten** möglich. Die benötigten Patientenunterlagen – „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“, „Datenschutzinformation“ sowie das „Patientenmerkblatt“ – informieren umfassend über Inhalte und Teilnahmevoraussetzungen des DMP. Diese Formulare können, wie gewohnt, über den Vordruck Leitverlag Freiberg bestellt werden.

Bitte beachten Sie: **Leistungen im Rahmen des DMP Osteoporose sind erst ab dem 1. Oktober 2025 abrechenbar.** Den Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von DMP-Leistungen finden teilnehmende Ärztinnen und Ärzte ebenfalls unter [kvsachsen.de](https://kvsachsen.de).

### Multimorbide DMP-Teilnehmende

Der Vertrag zur Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme wurde um das neue DMP Osteoporose erweitert. Die bestehenden Vergütungen bleiben dabei unverändert.

## OTC-Satzungsleistung für Kinder und Jugendliche

Die AOK PLUS übernimmt die Kosten für apotheken- und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel als Zusatzleistung auch bei Kindern und Jugendlichen vom 12. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Dabei spielt es keine Rolle, ob eine Entwicklungsstörung vorliegt.

Verordnet die Ärztin bzw. der Arzt diese Arzneimittel auf dem E-Rezept Muster e16A, kann der Patient oder die Patientin dieses unkompliziert und kostenfrei in der Apotheke erhalten. Ein zusätzlicher Erstattungsantrag ist nicht notwendig.

### Bitte beachten Sie:

Nicht unter diese Regelung fallen z. B. verschreibungspflichtige Arzneimittel sowie Medizinprodukte, Verbandmittel und Nahrungsergänzungsmittel. Mögliche Verordnungseinschränkungen bzw. -ausschlüsse gemäß Arzneimittel-Richtlinie Anlage III bleiben gültig und sind zu berücksichtigen. Dies gilt auch für die Festbetragsregelung.

Die Kosten für die im Rahmen der Zusatzleistung auf E-Rezept verordneten nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel fallen nicht in das Richtgrößenvolumen der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes.

Weitere Informationen finden Sie unter [aok.de/gp/arzneimittel/verordnung-kinder-jugendliche](https://aok.de/gp/arzneimittel/verordnung-kinder-jugendliche).

## Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung: Voraussetzungen & Verordnung

Die AOK PLUS darf Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen nur in gesetzlich geregelten Ausnahmefällen übernehmen. Je nach eingesetztem Transportmittel gelten unterschiedliche Voraussetzungen, die bei der Verordnung zu beachten sind:

### Fahrten mit Taxi oder Mietwagen (auch behindertengerecht/BTW)

Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn:

- das Merkzeichen „aG“ (außergewöhnlich gehbehindert), „H“ (hilflos) oder „Bl“ (blind) oder
- ein Pflegegrad 3, 4 oder 5 vorliegt (bei Pflegegrad 3 zusätzlich mit ärztlich bestätigter dauerhafter Mobilitätseinschränkung).

### Fahrten mit einem Krankentransportwagen (KTW)

Eine Kostenübernahme ist möglich, wenn:

- eine medizinisch-fachliche Betreuung während der Fahrt erforderlich oder zu erwarten ist oder
- es der besonderen Ausstattung des KTW bedarf (z. B. Tragestuhl, Liege, Beatmung – nicht jedoch Rollstuhl) oder
- eine Infektionsschutzmaßnahme notwendig ist.

**Wichtig:**  
Fahrten mit dem KTW zur ambulanten Behandlung sind grundsätzlich genehmigungspflichtig.

Die Verordnung erfolgt auf dem Formular „Verordnung einer Krankenförderung“ (Muster 4). Dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Die AOK PLUS prüft, ob das verordnete Transportmittel medizinisch zwingend erforderlich ist oder ob alternativ ein günstigerer BTW ausreicht.

**Beispiel:** Muss eine Patientin oder ein Patient getragen werden, rechtfertigt dies nicht automatisch den Einsatz eines KTW. Sind Start- und Zielort barrierefrei (z. B. Fahrt vom Pflegeheim in eine ebenerdig zugängliche Praxis oder in eine Praxis mit Fahrstuhl), kann ein Rollstuhl- oder Tragestuhltransport per BTW ausreichend sein. Die Antragsprüfung durch die AOK PLUS erfolgt natürlich nur, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen für BTW-Fahrten erfüllt sind und beinhaltet auch die Verfügbarkeit entsprechender Fahrzeuge am Wohnort der Patientinnen und Patienten.

**Zur Unterstützung Ihrer Verordnungsentscheidung haben wir für Sie eine Übersicht erstellt:**

|                                                       | Behindertengerechtes Fahrzeug (BTW)                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                  | Krankentransportwagen (KTW)                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                       | mit Rollstuhl                                                                                                                                                                                                                                       | mit einfacher Trageleistung                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                |
| Wann darf welches Fahrzeug ärztlich verordnet werden? |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                |
| Gesetzliche Voraussetzungen                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Merkzeichen „aG“, „H“ oder „Bl“ im Schwerbehindertenausweis</li> <li>• Pflegegrad 4 oder 5, bei Pflegegrad 3 zusätzlich Bescheinigung einer dauerhaften (&gt; 6 Monate) Mobilitätseinschränkung</li> </ul> |                                                                                                                                                                  | Verordnung ist nur auszustellen, wenn während der Fahrt <ul style="list-style-type: none"> <li>• medizinisch-fachliche Betreuung und/oder</li> <li>• die besondere technische Einrichtung der KTW erforderlich oder zu erwarten ist</li> </ul> |
| Fahrzeug-ausstattung                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rollstuhllampe</li> <li>• Beförderung im Rollstuhl sitzend</li> <li>• kein medizinisches Fachpersonal anwesend</li> </ul>                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hebebühne</li> <li>• bei Bedarf „einfache“ Trageleistung</li> <li>• kein medizinisches Fachpersonal anwesend</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haupttrage</li> <li>• Tragestuhl</li> <li>• Infusionshalterung</li> <li>• tragbares Sauerstoffgerät</li> <li>• Beatmungshilfen</li> <li>• mit medizinischer Leistung durch Fachpersonal</li> </ul>    |
| Patientengruppe                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• immobil, nicht gehfähig</li> <li>• nicht in der Lage, selbständig ein- und auszusteigen, Treppen zu überwinden</li> <li>• nicht umsetzbar aus Rollstuhl</li> </ul>                                         |                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• benötigt medizinisch-fachliche Betreuung oder die besondere technische Ausstattung des KTW</li> <li>• infektiöse Patientinnen/ Patienten</li> <li>• Überwachung von Vitalfunktionen</li> </ul>        |
| Zusammenfassung                                       | Muss eine Patientin/ein Patient getragen werden, ist nicht zwingen ein KTW erforderlich. Es ist immer zu prüfen, ob ein BTW mit Rollstuhl oder mit Tragestuhl ausreichend ist.                                                                      |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                |

## Bimzelx® – Rabattvereinbarung wird fortgeführt

Der Interleukin-Inhibitor Bimzelx® (Wirkstoff: Bimekizumab) wird zur Behandlung von Plaque-Psoriasis, Psoriasis-Arthritis, axialer Spondyloarthritis sowie bei Hidradenitis suppurativa (Acne inversa) eingesetzt. Als Darreichungsform kann zwischen Fertigspritzen und Fertigpens gewählt werden. Seit Juni 2023 besteht eine Rabattvereinbarung für dieses Arzneimittel. Die AOK PLUS hat erneut eine Rabattvereinbarung für Bimzelx® mit der UCB Pharma GmbH abgeschlossen. Damit wird eine unterbrechungsfreie Unterstützung der wirtschaftlichen Arzneimittelbehandlung für Versicherte der AOK PLUS ermöglicht.

*Beständigkeit in  
der Versorgung*

## Prophylaxe mit Nirsevimab – Verordnungshinweise für die erste RSV-Saison

### Mehr zum Thema

- **Epidemiologisches Bulletin 26/2024** (27.06.2024)
- **RKI: „Antworten auf häufig gestellte Fragen – RSV-Prophylaxe mit Nirsevimab (Beyfortus von Sanofi) bei Neugeborenen und Säuglingen“** (Stand 03.04.2025)
- **BMG: „Fragen und Antworten rund um die RSV-Prophylaxe für Neugeborene und Säuglinge“** (Stand: 13.12.2024)

*Nirsevimab per E-Rezept verordnen – ohne Antrag*

Infektionen mit dem Respiratorischen Synzytial-Virus (RSV) sind ein häufiger Hospitalisierungsgrund von Säuglingen. Um schwere Krankheitsverläufe zu verhindern, empfiehlt die Ständige Impfkommission für alle Neugeborenen und Säuglinge eine einmalige RSV-Prophylaxe mit Nirsevimab (Beyfortus®) für ihre erste RSV-Saison.

Auf Grundlage der RSV-Prophylaxeverordnung **übernimmt die AOK PLUS einmalig die Kosten für Nirsevimab für Säuglinge unter einem Jahr**, die noch kein Nirsevimab erhalten haben. Die Gabe von Nirsevimab sollte folgendermaßen erfolgen:

- **Säuglinge mit Geburt zwischen April und September:** Gabe idealerweise im Herbst vor Beginn der RSV-Saison (September bis November).
- **Neugeborene mit Geburt während der RSV-Saison (meist Oktober bis März):** möglichst frühzeitige Gabe nach der Geburt (idealweise in der Geburtseinrichtung bzw. zur U2).
- **Säuglinge mit Geburt gegen Ende der letzten RSV-Saison, die noch kein Nirsevimab erhalten haben:** Wenn ein RSV-Kontakt aufgrund der individuellen Lebensumstände unwahrscheinlich war, ist eine Nachholimmunisierung möglich. Die Gabe sollte dann im Herbst vor Beginn der nächsten RSV-Saison erfolgen.

Eine Verordnung für die ambulante Versorgung erfolgt in diesen Fällen auf einem patientenindividuellen E-Rezept (kein Sprechstundenbedarf). Die ärztliche Leistung wird über die elektronische Gesundheitskarte abgerechnet. Ein Antrag auf Kostenübernahme ist nicht notwendig.

## Wege aus der Arbeitsunfähigkeit

Die Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer Erkrankung stellt einen wichtigen Schritt im Genesungsprozess dar. Gemeinsam mit Ihnen möchten wir die nachhaltige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit Ihrer Patientinnen und Patienten unterstützen – insbesondere durch etablierte Verfahren, wie der medizinischen Rehabilitation und der stufenweisen Wiedereingliederung.

### Die Rehabilitation – den Genesungsprozess aktiv unterstützen

Um die Gesundheit wiederherzustellen und die Erwerbsfähigkeit Ihrer Patientinnen und Patienten zu sichern, können Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine wertvolle Hilfe leisten. Wenn Sie eine medizinische Rehabilitation für sinnvoll erachten, sprechen Sie Ihre Patientinnen und Patienten gerne aktiv darauf an und ermutigen Sie diese zur Antragstellung. Die AOK PLUS unterstützt dabei – insbesondere bei der Antragsstellung beim Rentenversicherungsträger (RVT). Um den Prozess zu beschleunigen, ist ein ärztlicher Befundbericht von besonderer Bedeutung. Liegt dieser bereits bei Antragsstellung vor, kann der RVT zügig entscheiden und ermöglicht so Ihren Patientinnen und Patienten eine schnelle Rückkehr ins Arbeitsleben.

### Die stufenweise Wiedereingliederung – für einen nachhaltigen Wiedereinstieg

Alternativ oder im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation bietet die stufenweise Wiedereingliederung (SWE) Ihren Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, schrittweise an den Arbeitsplatz zurückzukehren – mit dem Ziel, die Arbeitsfähigkeit langfristig zu sichern.

*Hilfe auf dem Weg zur Genesung*

Schrittweise  
zurück ins  
Arbeitsleben

Die Einleitung der SWE erfolgt in enger Abstimmung zwischen Ihnen als behandelnde Ärztin bzw. behandelndem Arzt und dem Arbeitgeber. Auf diese Weise lässt sich der Wiedereinstieg sowohl medizinisch sinnvoll als auch praxisnah und individuell angepasst gestalten.

Voraussetzung für die Maßnahme ist der Stufenplan, der die schrittweise Steigerung der täglichen Arbeitszeit dokumentiert. Der Stufenplan sollte eine moderate Steigerung der Stundenzahl beinhalten und unter der vollen täglichen Arbeitszeit liegen (z. B. für einen 8-stündigen Arbeitstag eine Steigerung von 2-4-6 Stunden). Zudem sollte die Gesamtdauer der SWE im Regelfall 8-12 Wochen nicht überschreiten.

Gern übernimmt die AOK PLUS die Koordination mit Ihren Patientinnen und Patienten und erarbeitet einen Vorschlag für den Plan. Diesen übermitteln wir Ihnen anschließend zur ärztlichen Prüfung und finalen Ausstellung.

**Bitte beachten Sie:** Während der SWE besteht weiterhin Arbeitsunfähigkeit. Bestätigen Sie den Zeitraum entsprechend mit einer eAU.

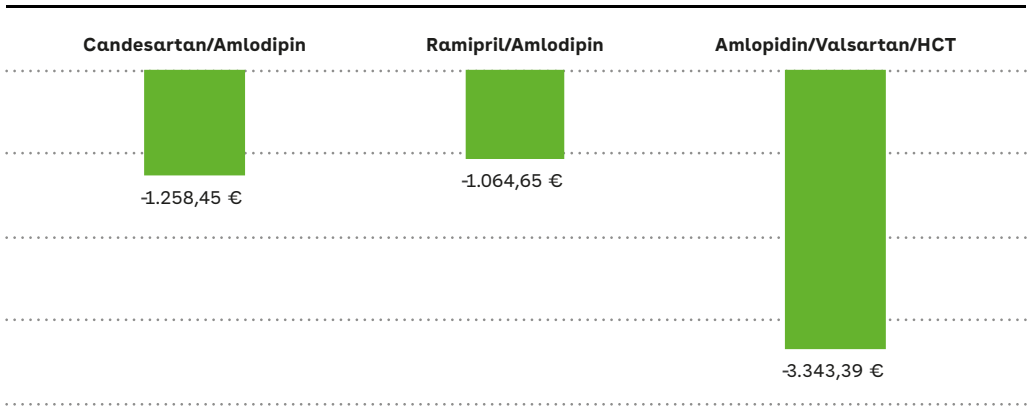
Einige Single-Pill-Kombinationen bei Hypertonie vorteilhafter als freie Kombinationen

Bei der Behandlung der Hypertonie werden häufig mehrere Wirkstoffe kombiniert. In einer **Single-Pill-Kombination (SPC)** sind unterschiedliche Wirkstoffe als fixe Kombination in einer Tablette vereint, während bei freien Kombinationen die Wirkstoffe in getrennten Tabletten eingenommen werden. Antihypertensive SPCs sind mit einer besseren Adhärenz und Blutdruckkontrolle assoziiert als gleiche freie Kombinationen.

In der START-Studie wurden auf Basis von Real-World-Daten der AOK PLUS unter anderem die SPCs **Candesartan/Amlodipin**, **Ramipril/Amlodipin** und **Amlodipin/Valsartan/Hydrochlorothiazid** untersucht. Der kombinierte Outcome aus Gesamthospitalisierung und -mortalität sprach für die Anwendung dieser SPCs gegenüber den gleichen freien Kombinationen.

Darüber hinaus wurde gezeigt, dass deren Verwendung im Vergleich zu freien Kombinationen zu einer Senkung der direkten Gesundheitskosten (Medikation, Heil- und Hilfsmittel, ambulante Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte) führt.

Reduktion der direkten, jährlichen Gesundheitskosten durch  
Single-Pill-Kombinationen pro Person



Einige Single-Pill-Kombinationen bei Hypertonie reduzieren Risiko für Krankenhausaufenthalte und senken Gesundheitskosten.

Wilke, T. et al. (2022). START-Study. Integr. Blood Press. Control, 15, 11–21.  
Wilke, T. et al. (2022). J. Comp. Eff. Res., 11(6), 411–422.

Single-Pill-Kombinationen statt gleichen freien Kombinationen bei Hypertonie; HCT: Hydrochlorothiazid;  
Quelle: nach Wilke et al. (2022), J. Comp. Eff. Res.



**Unsere Empfehlung für Sie:** Diese SPCs können trotz minimal höherer Arzneimittelkosten eine wirtschaftliche Alternative zu den gleichen freien Kombinationen sein. Bitte prüfen Sie, ob für Ihre Patientinnen und Patienten bei den genannten Wirkstoffkombinationen eine Umstellung von freien Kombinationen auf SPCs möglich ist.

## Neue Regelung zum Mutterschaftsgeld bei Fehlgeburt

Seit 1. Juni 2025 ist das Mutterschutzanpassungsgesetz in Kraft. Es erweitert den Anspruch auf Mutterschaftsgeld: Künftig besteht dieser auch nach einer Fehlgeburt ab der 13. Schwangerschaftswoche.

Für die Beantragung ist eine ärztliche Bescheinigung erforderlich. Das dafür vorgesehene Muster 9 kann jedoch nicht rechtzeitig angepasst werden. In Abstimmung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurde daher eine Übergangsbescheinigung entwickelt, die bis Ende des Jahres genutzt werden soll. Die KBV hat die Übergangsbescheinigung bereits unter [kbv.de/html/formulare.php](https://www.kbv.de/html/formulare.php) veröffentlicht. Damit die Versicherten eine Fehlgeburt auch gegenüber den Arbeitgebern nachweisen können, enthält die Übergangsbescheinigung auch eine Ausfertigung für den Arbeitgeber.

Bei Fragen zum Thema wenden Sie sich gern an Ihre Kassenärztliche Vereinigung.

## Wie zufrieden sind Patientinnen und Patienten in Sachsen mit ihrer Krankenhausbehandlung?

Das hat die AOK PLUS ihre Versicherten gefragt, die seit Juli 2023 stationär behandelt wurden. Die Ergebnisse sind nun in den AOK-Gesundheitsnavigator eingegangen und zeigen eine im Bundesvergleich überdurchschnittliche Zufriedenheit. Für insgesamt 71 Krankenhausstandorte sind die Ergebnisse unter [aok.de/gesundheitsnavigator](https://aok.de/gesundheitsnavigator) abrufbar.

Der wissenschaftlich entwickelte Fragebogen enthält rund 40 Fragen, unter anderem zur Behandlung und Versorgung, zur Organisation in der Klinik, zu Ausstattung und Sauberkeit sowie zur Information und Kommunikation mit dem Personal. Während die Krankenhäuser bundesweit einen Gesamtscore von 85 Prozent Zufriedenheit erzielen, liegen die Häuser im Freistaat mit 87 Prozent darüber. Nur in Mecklenburg-Vorpommern sind die Menschen mit ihrer Behandlung zufriedener.

### Informationen

Gern beantworten Ihnen unsere Mitarbeitenden Fragen zu allen AOK PLUS-Verträgen unter 0800 1059000\*. Kompetente Hilfe und Unterstützung können Sie ebenso von der AOK PLUS-Gesundheitspartnerberatung erhalten. Weitere ausführliche Informationen finden Sie in unserem Gesundheitspartnerportal unter [aok.de/gp](https://aok.de/gp)

\* deutschlandweit kostenfrei  
und rund um die Uhr aus allen Netzen