

Newsletter

Versorgungsmanagement

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

Ausgabe Oktober 2025

Kommunikation kennt keine Grenzen

Wir möchten mit Ihnen
gemeinsam neue Wege
gehen und sowohl Ihnen als
auch uns Zeit „schenken“.

Wie?

Wir laden Sie ein,
**zusammen mit Ihrer
Gesundheitspartner-
beraterin bzw. Ihrem
Gesundheitspartner-
berater Gespräche virtuell
zu führen** – bequem per
Video oder MS Teams, ohne
dass wir Sie in der Praxis
aufsuchen, ohne
Unterlagen in Papier.

Sie haben Interesse?

Dann sprechen Sie Ihre
Gesundheitspartnerbera-
terin bzw. Ihren
Gesundheitspartner-
berater darauf an oder
senden Sie uns Ihre
Kontaktdaten per E-Mail
an [Gesundheitspartner-
beratung@plus.aok.de](mailto:Gesundheitspartner-beratung@plus.aok.de).

Wir setzen uns dann mit
Ihnen in Verbindung,
besprechen das weitere
Vorgehen und gestalten
gemeinsam unsere digitale
Zusammenarbeit.
Wir freuen uns darauf.

In dieser Ausgabe

Übermittlung der DMP-Dokumentationen über KIM.....	1
Vergütungsanpassung für zusätzliche Kinder- und Jugendvorsorge- untersuchungen.....	2
G-BA beschließt Liposuktion als Kassenleistung bei Lipödem Stadium I-III	3
HPV-Impfung: AOK PLUS übernimmt Kosten Regel- und Satzungsleistung über eGK.....	3
Praxisnahe Empfehlungen für Ältere: Pneumonieprävention auf einen Blick.....	4
Geringste Therapiekosten: Abirateron 500 mg (56 Stk.) bei Prostatakarzinom.....	4
Unterstützung nach der Rehabilitation.....	5
Arztanfragen (Muster 52): Ihr Beitrag für einen reibungslosen Ablauf	6
Neues Vordruckmuster 9 (Mutterschaftsgeld)	6
Ersatzabrechnungsverfahren für Neugeborene.....	7
Behandlung von Patienten auf Überweisung	8
Aktualisierte QSR-Daten im Kliniksuchportal der AOK	8
Digitale Zweitmeinung vor Knie- oder Hüftgelenkersatz-OP über DocRobin	9
ADHS-Elterntainer der AOK – kostenfreie Unterstützung für Eltern.....	9
Einladung zum OnlineSemin@r „Gemeinsam – vernetzt und digital“.....	10

Übermittlung der DMP-Dokumentationen über KIM

Der Kommunikationsdienst KV-Connect wurde am 20. Oktober 2025 abgeschaltet. Dies kann zur Folge haben, dass Patientinnen und Patienten automatisch aus den Disease-Management-Programmen (DMP) ausgeschrieben werden, weil die Dokumentationen nicht mehr übermittelt werden.

Bereits seit 1. Oktober 2025 können Arztpraxen die DMP-Dokumentationen nicht mehr via KV-Connect an die zuständige Datenstelle übermitteln. Als alternativer Übermittlungsweg steht Ihnen nun der elektronische Datenaustausch via **KIM** (Kommunikation im Medizinwesen) zur Verfügung.

Störungen bei KIM oder ePA

Sollten beim Befüllen der elektronischen Patientenakte oder bei der Nutzung von KIM Störungen auftreten, finden Sie Informationen zu Wartungsarbeiten, Störungen und Updates über den PVS-Anbieter oder/und im gematik Fachportal: fachportal.gematik.de/ti-status/wartungen-sonstige-informationen

Mit der Übermittlung der eDMP über KIM an edmp.datenstelle.sachsen@i-motion.kim.telematik gelangen die Daten direkt zur Datenstelle.

Von der Datenstelle erhalten Sie eine automatisierte Eingangsbestätigung. Diese bestätigt lediglich den Eingang der eDMP, nicht deren Verarbeitung. Wir empfehlen, die von der Datenstelle monatlich versendete „Arztinformation“ sorgfältig zu prüfen. Sollten dort nicht alle von Ihnen im Berichtszeitraum übermittelten Dokumentationen aufgeführt sein, wenden Sie sich zur Klärung der Unstimmigkeiten direkt an die Datenstelle.

E-Mail als Alternative?

Die Übermittlung per E-Mail steht als alternative Möglichkeit weiterhin zur Verfügung. Fachleute raten jedoch, bevorzugt die sichere und verschlüsselte Übertragung der DMP-Dokumentationen über KIM zu nutzen.

Wichtiger Hinweis: Teilnahme-/Einwilligungserklärungen müssen weiterhin per Post an die Datenstelle übersandt werden. Eine Übermittlung von TE/EWE per KIM ist nicht möglich.

KIM im Einsatz: Voraussetzungen für den Versand der eDMP

KIM ist der etablierte Standard für die elektronische Übermittlung medizinischer Dokumente und Informationen im Gesundheitswesen. Voraussetzung für den Versand der eDMP über KIM ist – neben der Anbindung an die Telematikinfrastruktur – die Nutzung eines geeigneten KIM-Dienstes sowie die Bereitstellung der eDMP-Anwendung durch die Softwarehersteller.

Ansprechpartner für die Integration der eDMP-Anwendung in das Praxisverwaltungssystem sind die jeweiligen PVS-Hersteller oder vor Ort tätige Dienstleister. Aufgrund möglicher technischer Herausforderungen bei der Umstellung wird eine frühzeitige Abstimmung mit dem PVS-Hersteller empfohlen.

Warum wurde KV-Connect abgeschaltet?

KV-Connect war fast zehn Jahre lang der zentrale Kommunikationsdienst des KV-Systems und ermöglichte den sicheren Austausch sensibler Daten zwischen Arztpraxen und anderen Akteuren des Gesundheitswesens. Mittlerweile hat sich jedoch KIM als Kommunikationsstandard etabliert. Damit besteht der Bedarf für einen separaten Kommunikationsdienst des KV-Systems nicht mehr.

Weiterführende Informationen

kvsachsen.de/fuer-praxen/aktuelle-informationen/praxis-news/abschaltung-von-kv-connect-was-praxen-bis-oktober-2025-wissen-und-beachten-muessen

kv.digital/fileadmin/06-presse/20241020_Pressemitteilung_KV-Connect.pdf

gematik.de/anwendungen/kim/

Vergütungsanpassung für zusätzliche Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen

Seit 1. Januar 2013 besteht zwischen der AOK PLUS und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) ein Vertrag über die **zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen U10, U11 und J2**.

Gemeinsam mit Ihnen als Vertragsärztinnen und -ärzte wird damit ein wichtiges Präventionsangebot ermöglicht, das die zeitliche Vorsorgelücke im Kindes- und Jugendalter zwischen der U9 (mit etwa 5 Jahren) und J1 (12 bis 14 Jahre) schließt sowie den Jugendlichen im Alter von 16 bis 17 Jahren eine Möglichkeit zum Gesundheits-Check-up bietet.

Zum 1. Oktober 2025 erfolgt nun eine Vergütungsanpassung pro Vorsorgeuntersuchung von 53,00 EUR auf 58,00 EUR.

G-BA beschließt Liposuktion als Kassenleistung bei Lipödem Stadium I–III

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 17. Juli 2025 beschlossen, die Liposuktion bei Lipödem in den Stadien I bis III als Kassenleistung anzuerkennen, wenn konservative Maßnahmen über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten nicht ausreichend wirksam sind.

Sie haben Fragen?

Wenden Sie sich gern an
Ihre Gesundheitspart-
nerberaterin oder Ihren
Gesundheitspartner-
berater.

Die Liposuktion muss in ein Behandlungskonzept eingebunden sein, insbesondere für den Fall, dass eine begleitende Adipositas vorliegt. Die neue Regelung umfasst klare Qualitätsvorgaben:

- Diagnosestellung nur durch hierfür qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte,
- Gewichtsentwicklung,
- definierte Anforderungen an die operative Qualifikation.

Die Abrechnungsziffern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sollen nach Informationen des G-BA bis zum 1. Januar 2026 feststehen.

Details zu den Qualitäts-Vorgaben finden Sie unter kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/07-17/fettabsaugung-wird-anerkannte-be-handlungsmethode-bei-lipoedem oder auf der Homepage Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung.

HPV-Impfung: AOK PLUS übernimmt Kosten Regel- und Satzungsleistung über eGK

Kinder und Jugendliche im Alter von 9 bis 14 Jahren erhalten die Schutzimpfung gegen Humane Papillomaviren als **Regelleistung**. Vom 15. bis zum vollendetem 18. Lebensjahr kann die Schutzimpfung nachgeholt oder eine unvollständige Impfserie komplettiert werden. Die Leistung kann über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) in Anspruch genommen werden. Der Bezug des Impfstoffs erfolgt über den Sprechstundenbedarf.

Personen ab dem vollendetem 18. Lebensjahr erhalten die Schutzimpfung gegen Humane Papillomaviren als zusätzliche Satzungsleistung der AOK PLUS.

Dazu wurde die Impfvereinbarung Satzungsleistung mit der KV Sachsen mit einem 6. Nachtrag entsprechend angepasst. Die Leistung kann von den Patientinnen und Patienten, wie die Pflichtleistung, über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) in Anspruch genommen werden. Der Bezug des Impfstoffs erfolgt ebenfalls über den Sprechstundenbedarf.

Weitere Infos

Schutzimpfungs-
Richtlinie – Gemeinsa-
mer Bundesausschuss:
g-ba.de/richtlinien/60/

Impfstoffe –
Paul-Ehrlich-Institut:
[pei.de/DE/arzneimittel/
impfstoffe/impfstoffe-
node.html](https://pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/impfstoffe-node.html)

Impfungen im Überblick:
[aok.de/pk/leistungen/
impfungen/](https://aok.de/pk/leistungen/impfungen/)

Praxisnahe Empfehlungen für Ältere: Pneumonieprävention auf einen Blick

Impfungen schützen vor schweren Krankheitsverläufen. Gerade im Herbst lohnt es sich, bei älteren Patientinnen und Patienten den Impfstatus zu überprüfen.

- **Gripeschutz:** Standardimpfung für alle Versicherten ab 60 Jahre – idealerweise als Hochdosis- oder adjuvantierter Influenza-Impfstoff
- **Pneumokokken:** Standardimpfung für alle Versicherten ab 60 Jahre – Impfung mit 20-valenten Konjugat-Impfstoff
- **COVID-19:** Auffrischungsimpfung für alle Versicherten ab 60 Jahre – mit mRNA- oder proteinbasiertem COVID-19-Impfstoff
- **RSV:** Standardimpfung für alle Versicherten ab 75 Jahre – mit proteinbasiertem oder mRNA-RSV-Impfstoff

Bitte berücksichtigen Sie die aktuelle Schutzimpfungs-Richtlinie.

Prostatakarzinom: Abirateron 500 mg 56 Stück mit durchschnittlich geringsten Therapiekosten

Bei den neuen Hormontherapien des Prostatakarzinoms ist der Wirkstoff Abirateron die Therapieoption mit dem durchschnittlich günstigsten Preis.

Dabei unterscheiden sich die Therapiekosten je Packungsgröße deutlich. Die übliche Denkweise „je größer die Packung, desto günstiger die Therapie“ trifft hier nicht zu:

Abirateron Wirkstärke	Versorgungs- relevante Packungsgrößen	Gesetzliche Zuzahlung	Jahrestherapiekosten der bis zu drei günstigsten Arzneimittel
250 mg	120 Tabletten	10 €	4.357,49 €
500 mg	56 Tabletten	10 €, ab 01.11.2025 neu 0 € für Zentiva (PZN 17573556)	1.578,06 €
	60 Tabletten	10 €	3.165,28 €
	90 Tabletten	10 €	4.994,66 €
	112 Tabletten	10 €	5.667,26 €
	120 Tabletten	10 €	6.101,48 €
1000 mg	28 Tabletten	10 €	1.991,51 €
	56 Tabletten	10 €	3.685,91 €
	84 Tabletten	10 €	5.396,96 €

Stand Lauertaxe 15.09.2025. Die Brutto-Jahrestherapiekosten sind ermittelt über die amtlichen DDD und die durchschnittlichen Apothekenverkaufspreise der bis zu drei günstigsten Arzneimittel mit dem Wirkstoff Abirateron; ohne Berücksichtigung von Prednison/Prednisolon.

Geringere
Jahrestherapie-
kosten mit der
Wahl der
richtigen
Abirateron
Packungsgröße

Praxistipp:

In der Apotheke erfolgt kein automatischer Tausch zwischen den Packungsgrößen. Idealerweise verordnen Sie, sofern medizinisch möglich, Abirateron 500 mg 56 Stück als Wirkstoffverordnung und ohne aut idem-Kreuz. Damit gibt die Apotheke grundsätzlich unseren Rabattpartner Zentiva ab.

Für Abirateron Zentiva 500mg 56 Filmdabletten (PZN 17573556) fällt ab dem 1. November 2025 für AOK PLUS-Versicherte keine Zuzahlung mehr an. So erleichtern wir ihnen die Umstellung auf diese Packungsgröße.

Unterstützung nach der Rehabilitation

Bei optimalem Verlauf endet eine Reha mit Arbeitsfähigkeit. Die Patientinnen und Patienten können direkt ins Erwerbsleben zurückkehren. Ist dies nicht möglich, kommt es auf die nachfolgenden Schritte an, um eine nachhaltige Rückkehr in den Beruf zu ermöglichen.

Hinweise zum Leistungsbild und der Erwerbsfähigkeit

Das im Rahmen der Reha erstellte Leistungsbild ist eine zentrale Grundlage für die weitere Begleitung der Versicherten. Es zeigt auf, in welchem Umfang eine Erwerbstätigkeit möglich ist.

- **Leistungsvermögen > 6 Stunden/Tag:** Eine Rückkehr in die Beschäftigung ist perspektivisch möglich. In diesen Fällen können Sie unterstützende Maßnahmen zur Integration ins Berufsleben prüfen (siehe weitere Schritte unten).
- **Leistungsvermögen 3–6 Stunden/Tag:** Es bestehen Einschränkungen. Hier sind die Prüfung einer teilweisen Erwerbsminderungsrente, beziehungsweise Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) durch den Rentenversicherungsträger möglich; die AOK PLUS begleitet diesen Prozess.
- **Leistungsvermögen < 3 Stunden/Tag:** Prüfung auf volle Erwerbsminderungsrente angezeigt. Sowohl bei teilweiser als auch vollständiger Erwerbsminderungsrente steht die AOK PLUS ihren Versicherten zur Seite – weisen Sie Ihre Patientinnen und Patienten gerne auf unser Beratungsangebot hin.

Auf Basis des Leistungsbildes können gezielte Schritte eingeleitet werden, die entscheidend für eine schnelle Wiedereingliederung in das Erwerbsleben sind.

Weitere Schritte zur erfolgreichen Wiedereingliederung

Damit der Übergang nach der Reha gelingt, sind Patienten verpflichtet, sich bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit am Folgetag nach der Entlassung in der Praxis vorzustellen. Bitte stellen Sie sicher, dass die AU weiterhin lückenlos bescheinigt wird.

Je nach individueller Situation bestehen folgende Optionen zur Wiedereingliederung:

- **Bei Arbeitnehmern stufenweise Wiedereingliederung (SWE):** Bitte prüfen Sie bereits bei der Erstvorstellung nach der Rehabilitation, ob eine SWE eingeleitet werden kann (idealerweise innerhalb von 14 Tagen). Sprechen Sie Ihre Patientinnen und Patienten aktiv auf diese Möglichkeit an. Darüber hinaus können Sie auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hinweisen, etwa die Anpassungen des Arbeitsplatzes zur Sicherung der Beschäftigung.
- **Bei Arbeitslosen Prüfung der Vermittelbarkeit:** Bitte besprechen Sie mit Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten, ob eine Meldung bei der Agentur für Arbeit möglich ist und ob leichte Tätigkeiten wieder aufgenommen werden können. In diesem Fall kann die AU beendet werden.

Ihr Einsatz sichert Reha-Erfolge

Sie sind nach der Entlassung aus einer medizinischen Rehabilitation eine der wichtigsten Bezugspersonen für unsere Versicherten.

Ihr Engagement und Ihre Expertise tragen maßgeblich dazu bei, dass die im Reha-Aufenthalt erzielten Fortschritte gesichert und weiter ausgebaut werden. Dafür möchten wir Ihnen herzlich danken.

Unterstützung und Beratung durch die AOK PLUS

Bei Fragen zur weiteren sozialmedizinischen Einschätzung oder zu Reha-/Rentenleistungen können Sie Ihre Patientin oder Ihren Patienten mit dem Entlassungsbericht an die Kundenberatung der AOK PLUS verweisen. Dort erhalten sie umfassende Informationen zu Krankengeld, Erwerbsminderungsrente sowie zu beruflichen Reha-Maßnahmen.

Arztanfragen (Muster 52): Ihr Beitrag für einen reibungslosen Ablauf

Das Formular Muster 52 ist ein zentrales Instrument, um frühzeitig Maßnahmen, wie medizinische Rehabilitation oder innerbetriebliche Umsetzungen, einzuleiten. Damit wir Versicherte bestmöglich unterstützen können, ist Ihr Beitrag entscheidend.

Worauf es ankommt:

- Bitte füllen Sie das Formular vollständig und präzise aus.
- Besonders wichtig ist die Beschreibung der aktuell ausgeübten Tätigkeit der Patientin oder des Patienten. Unvollständige Angaben führen häufig zu Rückfragen und verzögern den Ablauf.
- Bitte senden Sie uns das Formular möglichst umgehend, in der Regel innerhalb von drei Werktagen, zurück.

Warum das wichtig ist:

Die von Ihnen bereitgestellten Angaben bilden die Grundlage für die Beurteilung durch den Medizinischen Dienst (MD). Sie sind entscheidend, um gezielt Maßnahmen, wie medizinische Rehabilitation oder einen innerbetrieblichen Arbeitsplatzwechsel, einzuleiten. Nur wenn die Informationen vollständig vorliegen, können wir sicherstellen, dass die Versicherten ihr Krankengeld ohne Verzögerung erhalten und die weitere Versorgung optimal geplant wird.

Worauf Sie gemäß Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie achten sollten:

- Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die zuletzt ausgeübte oder eine vergleichbare Tätigkeit krankheitsbedingt, nicht oder nur unter Gefahr einer Verschlechterung möglich ist.
- Bitte erfassen Sie konkrete Anforderungen und Belastungen (z. B. körperliche Beanspruchung, Arbeitszeiten, besondere Bedingungen).
- Bei Arbeitslosen gilt: Arbeitsunfähigkeit besteht, wenn leichte Tätigkeiten im vereinbarten Stundenumfang nicht mehr möglich sind. Angaben zum Stundenumfang sind daher erforderlich.
- Dokumentieren Sie bitte auch relevante Begleiterkrankungen.

Zur Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie
g-ba.de/richtlinien/2/

Neues Vordruckmuster 9 (Mutterschaftsgeld)

Das Muster 9 „Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes“ wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung grundlegend überarbeitet.

Neben inhaltlichen Anpassungen erfolgte eine Änderung des Formates von A6 auf A5. Ein zweites Blatt dient künftig als Vorlage für den Arbeitgeber zur Bescheinigung einer Fehlgeburt.

Neu auf dem Vordruck ist die Bestätigung von Fehlgeburten ab der 13. Schwangerschaftswoche. Die Übergangsbescheinigung bei einer Fehlgeburt entfällt zum 31. Dezember 2025.

Totgeburten:

Das Muster 9 kommt hier nicht mehr zum Einsatz. Ab dem 1. Juni 2025 gilt bei Totgeburten eine einheitliche Schutzfrist von 8 Wochen nach der Entbindung. Liegt zudem das Merkmal einer Frühgeburt oder Behinderung des Kindes vor, gilt die 8-Wochen-Frist ebenfalls. Zur Beantragung des Mutterschaftsgeldes ist die Geburtsurkunde mit dem Vermerk „tot geboren“ (ohne Muster 9) bei der AOK PLUS einzureichen.

Mehrlingsgeburt:

Bei mindestens zwei lebend geborenen Kindern beträgt die Schutzfrist 12 Wochen. In diesem Fall ist das Muster 9 ebenfalls nicht erforderlich, da die verlängerte Schutzfrist durch die Mehrlinge greift.

Hinweis

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

Beantragung Mutterschaftsgeld bei einer Fehlgeburt:

Das neue Muster 9 muss von der Versicherten auf der Rückseite ausgefüllt und unterschrieben bei der AOK PLUS eingereicht werden. Bei ihrem Arbeitgeber gibt sie den Durchschlag der Bescheinigung ab.

Beantragung Mutterschaftsgeldes bei Lebendgeburten:

Mit der Geburtsurkunde des Kindes beantragt die Frau für die Zeit nach der Entbindung ihr Mutterschaftsgeld bei der AOK PLUS. Bei einer Frühgeburt oder Behinderung des Kindes reichen Sie zusätzlich das Muster 9 ein.

Das Mutterschaftsgeld hat immer Vorrang vor einer Arbeitsunfähigkeit. Ab dem 1. Januar 2026 verwenden Sie ausschließlich das Vordruckmuster 9 in der Version 1.2026.

Ersatzabrechnungsverfahren für Neugeborene

Frisch gebackene Eltern kommen häufig zur AOK PLUS, um einen Behandlungsschein für ihr neugeborenes Kind zu bekommen. Um den Familien diese Mühe zu ersparen, möchten wir auf das Ersatzverfahren hinweisen.

Mit diesem Verfahren können Leistungen für ein Neugeborenes bis zum 3. Lebensmonat abgerechnet werden, auch wenn noch keine elektronische Gesundheitskarte vorliegt. Dies ist im Bundesmantelvertrag-Ärzte (§ 19 Abs. 1a und § 22 Abs. 2) geregelt.

Dazu erheben Sie in der Praxis folgende Daten – in der Regel bei einem Elternteil:

- Bezeichnung der Krankenkasse, bei der das Kind versichert ist
- Name und Geburtsdatum des versicherten Kindes
- Versichertenart
- Postleitzahl des Wohnorts
- nach Möglichkeit die Versichertennummer des Kindes

Bitte lassen Sie sich durch eine Unterschrift auf dem Abrechnungsschein (Vordruckmuster 5) von einem Elternteil bestätigen, dass das Kind gesetzlich krankenversichert ist.

Tipp

Nutzen Sie gern die elektronische Ersatzbescheinigung, wenn die eGK des Kindes/der Kinder bereits vorliegt – jedoch vergessen wurde.

Behandlung von Patienten auf Überweisung

Im Rahmen des Hausarztprogrammes HzV Sachsen gehen die gewählte Hausärztin bzw. der Hausarzt und die Patientin oder der Patient einen Vertrag ein. Der Patient verpflichtet sich, seinen Hausarzt als ersten Ansprechpartner aufzusuchen und andere Ärzte nur auf Überweisung zu konsultieren. Das ist sinnvoll, denn nur wenn in der betreuenden Hausarztpraxis alle Informationen zusammenlaufen, kann die medizinische Behandlung für die Patienten umfassend koordiniert werden. Fehlen Informationen, ist eine gute Betreuung im Rahmen des Hausarztprogrammes nicht möglich.

Bitte sensibilisieren Sie vor diesem Hintergrund Ihre Patientinnen und Patienten in der HzV Sachsen, dass das Aufsuchen von Ärzten ohne Überweisungsschein zur Ausschreibung aus dem Programm führen kann.

HzV Sachsen Vertretungsarzt

Schließt ein Hausarzt oder eine Hausärztin wegen Urlaub oder anderen Gründen kurzzeitig die Praxis, ist es üblich, dass seine bzw. ihre Patientinnen und Patienten im Rahmen der Regelversorgung von einem Vertretungsarzt betreut werden. Im Rahmen der HzV Sachsen müssen Sie darauf achten, dass am Programm teilnehmende Versicherte nur von einem Vertretungsarzt betreut werden dürfen, der ebenfalls an der HzV Sachsen teilnimmt.

Es ist sinnvoll, den Patienten den konkreten HzV Sachsen-Vertretungsarzt zu benennen, insbesondere dann, wenn er vom sonstigen Vertretungsarzt abweicht.

Abrechnungshinweis für Ärztinnen und Ärzte

Stellt sich eine Patientin oder ein Patient bei Ihnen mit Überweisungsschein vor, dann ist diese Überweisung für Ihre Behandlung und Abrechnung maßgeblich – das Anlegen/Ausstellen eines eigenen Abrechnungsscheins ist im Überweisungsfall nicht möglich (vgl. § 24 Abs. 2 Satz 3 BMV-Ä).

Arztwechsel

Melden sich HzV-Patienten bei Ihnen ab (z. B. wegen Umzug), weisen Sie bitte darauf hin, dass die neue Arztpraxis die Ummeldung des betreuenden Hausarztes vornimmt.

Nimmt die neu gewählte Hausarztpraxis nicht am Vertrag HzV Sachsen teil, informieren Sie bitte die Patienten, dass eine Kündigung der HzV-Teilnahme gegenüber der AOK PLUS erforderlich ist. Vielen Dank.

Aktualisierte QSR-Daten im Kliniksuchportal der AOK

Seit Ende Oktober 2025 sind die Klinikergebnisse aus dem QSR-Verfahren (Qualitätssicherung mit Routinedaten) für das Verfahrensjahr 2025 in der Krankenhaussuche des AOK-Gesundheitsnavigators abrufbar.

In einer Vielzahl von Leistungsbereichen, darunter zum Beispiel Hüft- und Kniegelenkendoprothetik, Gallenblasen- und Blinddarmentfernung, Verschluss von Leistenhernien, Mandeloperationen sowie Eingriffen an der Prostata, bietet das Kliniksuchportal der AOK Auskunft zu den klinikindividuellen Behandlungsergebnissen. Damit kann es sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Sie als einweisende Ärztinnen und Ärzte eine wertvolle Orientierungshilfe bei der Suche nach dem geeignetsten Krankenhaus sein.

Mehr Informationen

Den AOK-Gesundheitsnavigator finden Sie unter aok.de/pk/krankenhaus-in-der-naehe/.

Digitale Zweitmeinung vor Knie- oder Hüftgelenkersatz-OP über DocRobin

Seit Juli 2025 können AOK PLUS-Versicherte vor geplanten Hüft- oder Kniegelenkersatz-Operationen unkompliziert eine digitale Zweitmeinung einholen.

Doc Robin ...

... ist eine digitale Plattform für medizinische Zweitmeinungen mit besonderem Fokus auf geplante Knie- und Hüftgelenkersatz-Operationen. Versicherte der AOK PLUS können diesen Service kostenfrei nutzen und erhalten qualifizierte Empfehlungen bequem von zuhause aus. docrobin.net

Über das Online-Portal DocRobin (docrobin.net) erhalten Patientinnen und Patienten eine unabhängige, leitliniengerechte Einschätzung durch Fachärzte, die auf orthopädische Eingriffe – insbesondere Hüft- und Kniegelenkersatz – spezialisiert sind. Das Angebot ist niedrigschwellig nutzbar, eine Rückmeldung erfolgt innerhalb von zwei Werktagen.

Die Möglichkeit einer qualifizierten digitalen Zweitmeinung unterstützt die Therapie- und Diagnosequalität und stärkt das Vertrauen der Patientinnen und Patienten. Diese erhalten die Chance, komplexe Krankheitsverläufe und geplante Operationen aus einem weiteren Blickwinkel zu betrachten – unkompliziert, schnell und ohne zusätzlichen Aufwand für Ihre Praxis. Mit der Einbindung von DocRobin wird Ihre Beratung evidenzbasiert ergänzt und die Patientenzufriedenheit weiter gesteigert.

Damit Sie DocRobin Ihren Patientinnen und Patienten empfehlen können, haben wir für Sie die wichtigsten Informationen zusammengestellt.

Wie funktioniert DocRobin?

- Die Patientin/der Patient lädt medizinische Unterlagen (z. B. Befunde, Röntgenbilder) online hoch. Über ein digitales, strukturiertes Interview wird die OP-Indikation leitliniengerecht überprüft.
- Die abschließende Begutachtung erfolgt durch einen dafür autorisierten Facharzt.
- Innerhalb von zwei Werktagen liegt ein ärztliches Gutachten vor. Dieses enthält eine Empfehlung bezüglich der Operation, adressiert mögliche Kontraindikationen sowie ggf. Behandlungsalternativen. Auf Wunsch kann das Ergebnis in einem Telefon- oder Videogespräch mit einem Facharzt besprochen werden.

Wichtig: DocRobin übernimmt keine direkte Behandlung, sondern ermöglicht nur eine unabhängige Zweitmeinung. Der Datenschutz ist gewährleistet und die Nutzung ist unkompliziert sowie schnell realisierbar.

Welche Vorteile bietet DocRobin für Patienten?

- Unabhängige fachärztliche Zweitmeinung – schnell, verständlich und ohne Wartezeit bzw. Anfahrtswege.
- Für Versicherte der AOK PLUS kostenfrei nutzbar.

ADHS-Elterntrainer der AOK – kostenfreie Unterstützung für Eltern

Der ADHS-Elterntrainer der AOK richtet sich an Eltern von Kindern mit ADHS im Alter von 6 bis 12 Jahren und bietet praxisnahe Hilfestellungen im Alltag: von Strategien für schwierige Situationen, über Tipps zum Umgang mit Impulsivität oder Hyperaktivität, bis hin zu erprobten Verhaltenstechniken. Das digitale Training ist wissenschaftlich fundiert, flexibel einsetzbar und für unsere Versicherten kostenfrei.

Zum Elterntrainer ADHS:

adhs.aok.de/

Gemeinsam Hautkrebsfrüherkennung stärken

Hautkrebs gehört zu den häufigsten Krebserkrankungen – und dennoch nehmen nur **9 %** unserer AOK PLUS-Versicherten das gesetzlich verankerte Hautkrebs-Screening wahr. Über Ihre wichtige Lotsenfunktion möchten wir mit Ihnen im OnlineSemin@r in den Austausch treten. Welche Hürden begegnen Ihnen derzeit? Und welche Unterstützung ist für Sie besonders wichtig? Gemeinsam können wir mehr Menschen erreichen und so einen wichtigen Beitrag zu einer wirksamen Hautkrebsprävention leisten.

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

* deutschlandweit kostenfrei
und rund um die Uhr aus allen Netzen

Neu im BfArM-Verzeichnis ist die DiGA „hiToco: ADHS Elterntraining“ (599 EUR/90 Tage). Inhaltlich entspricht sie dem ADHS-Elterntrainer der AOK und ist – genau wie dieser – ausschließlich für Eltern konzipiert, nicht für die erkrankten Kinder.

Wir möchten Sie herzlich bitten, bei Beratungen vorrangig auf den kostenfreien ADHS-Elterntrainer der AOK hinzuweisen. So können Eltern gezielt unterstützt werden, ohne dass für sie oder das System hohe Kosten entstehen.

Flyer zum ADHS-Elterntrainer der AOK zur Information Ihrer Patientinnen und Patienten sind im Gesundheitspartnerportal unter plus.aok.de/gp/bestellservice bestellbar.

Einladung zum OnlineSemin@r „Gemeinsam – vernetzt und digital“

Wir laden Sie und Ihr Praxisteam herzlich zu unserem nächsten OnlineSemin@r ein. Im Mittelpunkt stehen aktuelle Themen rund um digitale Angebote, Prävention und Versorgung.

Termin: 12.11.2025, 14:00 – 15:30 Uhr

Die Themen im Überblick:

- Gemeinsam Hautkrebsfrüherkennung stärken
- Sekundärprävention zur Vermeidung von Chronifizierungen, u. a. zum neuen Angebot „Mental-gesund“
- Digitale AOK-Coaches als kostenfreies Angebot für Patientinnen und Patienten
- erste Praxiserfahrungen mit der elektronischen Patientenakte (ePA)

Zur Anmeldung gelangen Sie hier: aok.de/fk/plus/online-seminar-gemeinsam-vernetzt-und-digital. Wir freuen uns auf den Austausch mit Ihnen.

Falls Sie an früheren Online-Seminaren nicht teilnehmen konnten: Alle Unterlagen und Videomitschnitte finden Sie hier: aok.de/gp/arztpraxen/online-seminare-plus.

Für Ihre Fragen und Themenwünsche stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung – per E-Mail an praxispersonal-schulung@plus.aok.de oder im persönlichen Gespräch mit Ihrer Gesundheitspartnerberaterin bzw. Ihrem Gesundheitspartnerberater.