

Informationen zu den Versorgungsverträgen der AOK PLUS in Sachsen

Frohes neues Jahr!

Für die gute Zusammenarbeit und das entgegengebrachte Vertrauen im vergangenen Jahr möchten wir uns herzlich bei Ihnen bedanken. Für 2016 wünschen wir Ihnen und Ihrem Praxispersonal von Herzen alles Gute, beste Gesundheit und viel Erfolg. Wir freuen uns darauf, die gemeinsame Arbeit fortzusetzen.

OsteoporosePLUS Sachsen – Vereinfachung der Abrechnung

Die Umsetzung des Vertrages OsteoporosePLUS Sachsen wird einfacher. Für die teilnehmenden Osteologen treten zum 1. Januar 2016 einige Änderungen in Kraft, die den Abrechnungsaufwand reduzieren.

Abrechnung

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) übernimmt die Teilnehmerverwaltung (Ärzte) sowie Abrechnung des Vertrages. Osteologen können die Leistungen aus dem Vertrag nun im Rahmen der regulären EBM-Abrechnungen gegenüber der KVS abrechnen. Für die Abrechnung gelten die bekannten Termine der KVS.

- Einige Abrechnungsziffern der Anlage 5 (Vergütung) haben sich verändert.
- Die bisherige jährliche Betrachtung der Abrechnungszeiträume wurde entsprechend der EBM-Systematik auf Krankheitsfall angepasst. Je Behandlungsfall kann entweder die Schulung (einmal je Krankheitsfall) oder das Verhaltenstraining (höchstens zweimal je Krankheitsfall) abgerechnet werden.
- Die bisherigen Anlagen 6 (Abrechnungsbeleg) und 7 (Antrag IK) entfallen.
- In Anlage 6 ist nun das Abrechnungsverfahren beschrieben.

Teilnehmerverwaltung

Für die bereits teilnehmenden Osteologen ergibt sich kein Handlungsbedarf. Die AOK PLUS informiert die KVS über die bisher eingeschriebenen Ärzte. Osteologen, die künftig am Vertrag teilnehmen wollen, schicken ihre Teilnahmeerklärung an die zuständige Bezirksgeschäftsstelle der KVS.

Weitere Informationen zum Vertrag finden Sie unter www.aok-gesundheitspartner.de sowie auf der Internetseite des Bundes der Osteologen Sachsen.

RheumaAktiv Sachsen – Modifizierung des Vertrages

Auch im Versorgungsangebot RheumaAktiv Sachsen bringt das neue Jahr einige Änderungen mit sich. Gemeinsam mit der KVS sowie einigen Rheumatologen hat die AOK PLUS den bisherigen Vertrag auf den Prüfstand gestellt und weiterentwickelt. Hier die wichtigsten Änderungen:

	bisher	NEU ab 1.1.2016
Erweiterung der Zugangsdiagnosen für den Vertrag:	Rheumatoide Arthritis (M05., M06., M13.o, M13.1)	Rheumatoide Arthritis (M05., M06., M13.o, M13.19) Polymyalgia rheumatica (M35.3) Riesenzellenarteritis (M31.5, M31.6) Spondylitis ankylosans (M. Bechterew) (M45.) Arthritis psoriatica (M07.0, M07.1, M07.2, M07.3) Kollagenosen (M32., M33., M34., M35.0, M35.1, M35.9)
Teilnahmebedingung Versicherter	Wahl eines teilnehmenden Hausarztes und Rheumatologen	Wahl eines teilnehmenden Rheumatologen
S3C-Schnittstelle	Verpflichtung zur Nutzung der S3C-IT-Vertragsschnittstelle	Entfällt

Darüber hinaus hat sich das Termin-Management für einen schnellen Facharztzugang mit strukturierter Befundübermittlung verbessert. Die Durchführung von Patientenschulungen sowie die Durchführung von Qualitätszirkeln und die Teilnahme von Haus- und Fachärzten wurde stärker in den Fokus gerückt. Zudem gab es eine Anpassung der Vergütungspositionen an den Behandlungsaufwand.

Nähere Informationen finden Sie unter www.aok-gesundheitspartner.de sowie auf der Internetseite der KVS.

Physiotherapie: Versicherte sind zufrieden

Patienten bescheinigen den physiotherapeutischen Praxen in Sachsen und Thüringen eine sehr hohe Versorgungsqualität. Dies ist das Ergebnis einer Befragung von 400

Die Beraterinnen Heilmittel der AOK PLUS:

Jana Hebestreit
Tel: 0800 10590-62441

Claudia Bellmann
Tel: 0800 10590-12324

Versicherten beider Bundesländer, die sich im Juni 2015 zu ihrer Zufriedenheit bei der Inanspruchnahme von Krankengymnastik geäußert haben.

Demnach punkten die Physiotherapiepraxen nicht nur durch die Qualität der Behandlung, sondern auch durch Diskretion, Sauberkeit und Zuverlässigkeit. Regelmäßig klärten beispielsweise Therapeuten ihre Patienten über die Notwendigkeit der aktiven Mitarbeit auf.

So verbesserte sich durch Krankengymnastik bei jedem zweiten Befragten der Gesundheitszustand. Besonders jüngere Patienten gaben an, dass ihre Beschwerden gelindert wurden. Bei zwei Dritteln der Befragten konnte durch die Physiotherapie die Einnahme von Medikamenten verringert oder sogar beendet werden.

Auch in Richtung der verordnenden Ärzte ergaben sich Hinweise für die Verbesserung der Versorgung. Beispielsweise werden die Behandlungsergebnisse der Physiotherapie noch zu selten durch den Arzt ausgewertet.

Für Fragen rund um die Ausstellung von Heilmittelverordnungen und das Thema Wirtschaftlichkeitsprüfungen bietet die AOK PLUS einen Beratungsservice für niedergelassene Ärzte an. Die therapeutisch ausgebildeten Experten beziehen bei Bedarf die individuellen Verordnungsdaten der Arztpraxis mit ein und geben unter anderem Hinweise zu individuellen Therapieplänen.

Neuer AU-Schein bringt deutliche Vereinfachung für Ärzte

Für Krankschreibungen gibt es ab 2016 nur noch **ein Formular**. Das bisherige Formular zum Bezug von Krankengeld (Muster 17) wird in die klassische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) integriert. Auf dem neuen AU-Formular können Ärzte die Arbeitsunfähigkeit sowohl während der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber, als auch während der Krankengeldzahlung durch die Krankenkasse bescheinigen.

Der Druck der Bescheinigung erfolgt in vierfacher Ausfertigung. Je ein Exemplar erhält der Patient, eines der Arbeitgeber, ein weiteres die Krankenkasse und das vierte der Arzt.

Der Durchschlag für den Patienten enthält einen wichtigen Hinweis: Das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit muss lückenlos durch einen Arzt festgestellt werden. Lückenlos bedeutet hierbei, dass die anhaltende Arbeitsunfähigkeit spätestens am Werktag nach dem bescheinigten voraussichtlichen Ende festgestellt sein muss. Samstag gilt nicht als Werktag.

Bitte beachten: Die schnelle Auszahlung des Krankengeldes sichert den Lebensunterhalt des Patienten. Wenn Ärzte also die Weiterleitung der Bescheinigung an die Krankenkasse übernehmen, sollte diese unbedingt am selben Tag erfolgen.

Erst- und Folgebescheinigung kennzeichnen

Bestätigung der voraussichtlichen Dauer der Arbeitsunfähigkeit mit einem konkreten Datum

Angabe der AU-begründenden Diagnosen, auch wenn neue Erkrankungen, die ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit verursachen, hinzutreten

Es besteht die Möglichkeit, Maßnahmen, bei denen MDK und AOK PLUS unterstützen können, anzugeben

Feld bei Arbeitsunfähigkeit von mehr als sechs Wochen ankreuzen

Feld bei Ende der Arbeitsunfähigkeit ankreuzen

Freigabe 21.05.2015

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung 1

Erstbescheinigung
 Folgebescheinigung

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Hinweise zur Arztanfrage (Muster 52):

- Die Arztanfrage wird in den Arztpraxen vorgehalten. Die AOK PLUS wird den Arzt mit einem kurzen Anschreiben um Zusendung einer Arztanfrage bitten.
- Für die Zusendung der Arztanfrage wird die AOK PLUS ihrem Anschreiben einen Freiumschlag beilegen.
- Weitere relevante Befunde sind in einem separaten Freiumschlag für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) der Arztanfrage beizulegen. Die Zusendung an die AOK PLUS kann bis 31. Dezember 2016 erfolgen. Ab 1. Januar 2017 sind Befunde an den MDK zu übermitteln.

Hinweise für die Dokumentationen der DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2

Beim Ausfüllen der Dokumentationen DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 sind künftig bei zwei Parametern Änderungen zu beachten:

Injektionsstellen

Dieses Feld muss unbedingt ausgefüllt werden bei

- Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und
- Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und Angabe „Insulin/Insulinanaloge“ = JA

In beiden Fällen sind künftig Angaben zum Zustand der Insulin-Injektionsstellen gefragt („auffällig“ oder „unauffällig“). Zu den Injektionsstellen zählen auch die Applikationsstellen bei einer Insulin-Pumpentherapie. Wurden die Injektionsstellen nicht untersucht, sollte dies mit dem Hinweis „nicht untersucht“ dokumentiert werden.

Ophthalmologische Netzhautuntersuchung

Die Angaben zur Netzhautuntersuchung beziehen sich ausschließlich rückblickend auf den Zeitraum seit der letzten Dokumentation und sind daher nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und verpflichtend. Diese ist durchzuführen bei

- Diabetes mellitus Typ 2 mindestens einmal jährlich
- Diabetes mellitus Typ 1 mindestens alle ein bis zwei Jahre

Bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 sollte die Untersuchung spätestens nach fünf Jahren Diabetesdauer und grundsätzlich ab dem 11. Lebensjahr erfolgen. Notieren Sie bitte, ob die Untersuchung seit der letzten Dokumentation „durchgeführt“, „nicht durchgeführt“ oder „veranlasst“ wurde (Mehrfachangaben möglich).

Überweisung von DMP-Patienten

Machen Sie es Ihrem Kollegen leichter, wenn Sie einen DMP-Patienten zur Mitbehandlung an ihn überweisen. Vermerken Sie auf dem Überweisungsschein das konkrete DMP! In den DMP Diabetes mellitus ist es außerdem sinnvoll, gleich den ermittelten HbA1c-Wert des Patienten mitzuliefern. Der Diabetologe benötigt diesen Wert und muss ihn sonst erneut erheben. Wenn Sie den Wert schon auf der Überweisung vermerken, bleiben dem Patienten Doppeluntersuchungen erspart.

DMP: Fehlerhafte Teilnahme-/Einwilligungserklärungen

In der DMP-Datenstelle gehen noch immer täglich Teilnahme-/Einwilligungserklärungen (TE/EWEs) ein, für die das falsche Formular verwendet wurde. Deshalb möchten wir an dieser Stelle noch einmal erinnern, dass seit dem 1. Juli 2015 ausschließlich das indikationsübergreifende Formular nutzbar ist. Dies betrifft nicht nur die beleghaften Originale, sondern auch Computerausdrucke. Die diagnosespezifischen TE/EWEs sind nicht mehr gültig, die Datenstelle muss das richtige Formular deshalb in jedem Einzelfall nachfordern.

