

### Informationen zu den Versorgungsverträgen der AOK PLUS in Thüringen

#### 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.



#### AOK PLUS fördert die elektronische Prozessunterstützung

Nutzen Sie die Module der S3C-Schnittstelle zum Arzneimittelmanagement, zum Medikationskatalog und zur Kodierunterstützung! Die AOK PLUS fördert den Einsatz der Software ab sofort mit einem Strukturzuschlag, den Sie unkompliziert über die Kassenzärztliche Vereinigung Thüringen (KVT) erhalten. Weitere Fragen beantwortet gern Ihr Arztberater.



#### Förderung der Influenza-Impfung bei AOK PLUS-Versicherten

Die KVT und die AOK PLUS haben sich auf die Förderung der Influenza-Impfung bei AOK PLUS-Versicherten ab 60 Jahren verständigt. Hintergrund ist eine neue Vorgabe der Weltgesundheitsorganisation (WHO): Für die saisonale Gripeschutzimpfung soll bei älteren Menschen eine Durchimpfungsrate von mindestens 75 Prozent erreicht werden. In Thüringen lag diese Quote in der Saison 2014/2015 mit nur 52 Prozent weit darunter.

Für die aktuelle Impfsaison – vom dritten Quartal 2015 bis zum Ende des ersten Quartals 2016 – gilt eine Impfquote von 60 Prozent. Alle im Bereich der KVT zugelassenen Hausärzte, die diese Quote erreichen oder übererfüllen, erhalten einen Qualitätsbonus in Höhe von zwei Euro. Der Bonus wird fällig für jeden AOK PLUS-Versicherten ab 60 Jahre mit einem Arztkontakt innerhalb der Impfsaison, bei dem in dieser Saison eine Gripeschutzimpfung durchgeführt wurde oder ein Impfschutz vorliegt. Eine separate Teilnahmeerklärung oder Dokumentation ist nicht notwendig. Der Qualitätsbonus wird der anspruchsberechtigten Arztpraxis von der KVT mit der Abrechnungsnummer 99279 in der Honorarabrechnung hinzugefügt.



**Neue ICD-Diagnoseliste ab 1. Januar 2016**

Wie jedes Jahr hat das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Zuge der Überarbeitung des ICD-10-Kataloges die ICD-10-Codes aktualisiert. Bei der Krankheitsgruppe „Neurologische Erkrankungen“ werden deshalb zum 1. Januar 2016 einige Änderungen wirksam. Sie betreffen die HzV-THR im Anhang 1 (Diagnoseliste) zur Anlage 10 (Vergütung):

Krankheitsgruppe	ICD-10-GM 2015	ICD-10-GM 2016
Neurologische Erkrankungen	G83.80	G83.5
Neurologische Erkrankungen	G83.88	G83.8



**Hinweise zur Beantragung eines PLUSmobil**

**Kontaktdaten für PLUSmobil**

**Nutzen Sie unsere  
Fax-Antwort!**  
Fax-Nr.:  
**0800 1059002-262\***

LANR: \_\_\_\_\_

PLUSmobil bei KV Thüringen beantragt: ja  nein

Automarke und –modell: \_\_\_\_\_

Anzahl der Türen: \_\_\_\_\_

Voraussichtl. Liefertermin: \_\_\_\_\_

Kontaktdaten Autohaus (sofern noch nicht geliefert): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Kontaktdaten der Arztpraxis für Heckscheibe (alle Angaben obligatorisch):**

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Zur Beantragung eines PLUSmobils steht allen am Vertrag teilnehmenden Hausärzten das „Meldeformular PLUSmobil“ (Anlage 4 – Anhang 1b) zur Verfügung, das ausgefüllt und unterschrieben an die KVT gefaxt werden kann. Der Antrag verpflichtet den Hausarzt zur Beschriftung seines Fahrzeuges mit seinen Praxisdaten in einem verbindlichen, einheitlichen Design. Nur, wenn diese Beschriftung angebracht ist, kann die Pauschale von 300 Euro vergütet werden.

**Die Beraterinnen Heilmittel  
der AOK PLUS:****Claudia Bellmann**  
Tel: 0800 10590-12324**Jana Hebestreit**  
Tel: 0800 10590-62441

Interessierte Hausärzte sollten so früh wie möglich mit dem zuständigen Arztberater Kontakt aufnehmen und ihm die entsprechenden Daten mitteilen. Alternativ können die Daten auch mit Hilfe des Fax-Antwort-Formulars an die AOK PLUS übermittelt werden.

**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 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.

**Freigabe 21.05.2015**

**Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung 1**

Erstbescheinigung  
 Folgebescheinigung

**Erst- und Folgebescheinigung kennzeichnen**

Krankenkasse bzw. Kostenträger  
Name des Versicherten  
geb. am

Kostenträgerkennung  
Versicherten-Nr.  
Status

Bestätigung der voraussichtlichen Dauer der Arbeitsunfähigkeit mit einem **konkreten Datum**

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-  
erkrankung, Berufskrankheit  dem Durchgangsarzt  
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

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

Arbeitsunfähigkeit  
entw. ab dem Datum

Verbindliches Muster  
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

**AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)**

ICD-10 - Code  
ICD-10 - Code  
ICD-10 - Code  
ICD-10 - Code

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

Arbeitsunfall, Unfallfolgen  Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur zentralen Rehabilitation  stufenweise Wiedereingliederung

Feld bei **Arbeitsunfähigkeit von mehr als sechs Wochen** ankreuzen

ICD-10 - Code

Im Krankengeldfall  ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall  Endbescheinigung

Feld bei **Ende der Arbeitsunfähigkeit** ankreuzen

**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).

**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.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		<b>Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für</b>	
Name, Vorname des Versicherten		<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1	
geb. am		oder <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit	
Status		<input type="checkbox"/> Asthma	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	oder <input type="checkbox"/> COPD	
Datum		070A4 Krankenhaus-IK	
Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)		Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)	
E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)		Fax-Nr. (Angabe freiwillig)	

Exemplar für die Datenstelle

Formularkopf der indikationsübergreifenden DMP-Teilnahme-/Einwilligungserklärung

### 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.

### Teilnahme-/Einwilligungserklärungen nicht sammeln

Bitte achten Sie darauf, die ausgefüllten TE/EWEs Ihrer Patienten zeitnah weiterzugeben. So können Sie sicherstellen, dass die Teilnahme rechtzeitig gültig wird und Probleme mit der Abrechnung verhindert werden.

### AOK PLUS mit stabilem Beitragssatz ins neue Jahr

Die AOK PLUS hält ihren Beitragssatz auch 2016 bei 14,9 Prozent. Damit liegt dieser um 0,8 Prozentpunkte unter dem von der Bundesregierung errechneten durchschnittlichen Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherung für 2016.

#### Informationen

Gern beantworten Ihnen unsere Mitarbeiter Fragen zu allen AOK-PLUS-Verträgen unter 0800 1059000\*.

Kompetente Hilfe und Unterstützung können Sie ebenso von den AOK-PLUS-Arztberatern erhalten. Weitere ausführliche Informationen finden Sie im Gesundheitspartnerportal:

[www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de)

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

Kleiner Beitrag für große Leistungen

**Günstige 14,9 %**

Mitglied werden und Beitrag sparen:  
[www.aokplus.de](http://www.aokplus.de)

**AOK  
PLUS**

Gesundheit in besten Händen