

Informationen zu den Versorgungsverträgen der AOK PLUS in Sachsen

Ein bewegtes Jahr ist zu Ende gegangen und wir möchten Ihnen Danke sagen!

Sie, als Ärztinnen, Ärzte und Praxispersonal, haben auch 2021 immense Aufgaben bewältigt. Unter der Belastung einer Pandemie waren Sie für unsere Versicherten da, haben die Versorgung gewährleistet und neue technische Herausforderungen gemeistert. Dafür ein ganz besonderer Dank von uns.

Die gute Zusammenarbeit mit Ihnen haben wir genossen. In persönlichen Gesprächen haben wir Themen besprochen und nach Lösungen gesucht. Im Oktober gingen unsere neuen Online-Seminare an den Start. Wir freuen uns immer noch über Ihre gute Resonanz und auf eine Wiederauflage im nächsten Jahr.

Für 2022 wünschen wir Ihnen und Ihren Familien alles Gute, viel Gesundheit. Wir freuen uns, auch im neuen Jahr, wieder für Sie da zu sein, als Ihre persönlichen Ansprechpartner.

Ihre Vertragspartnerinnen und Vertragspartner der AOK PLUS

Erweiterte Darmkrebsvorsorge als neue Mehrleistung der AOK PLUS

Je frühzeitiger der Darmkrebs erkannt wird, umso größer sind die Heilungschancen. Ab dem 50. Geburtstag haben alle gesetzlich Versicherten regelmäßig Anspruch auf eine Darmkrebsvorsorge. Dazu lädt die AOK PLUS ihre Versicherten sogar per Post ein.

Die AOK PLUS bietet ab sofort noch ein PLUS zur Darmkrebsvorsorge: Die Gesundheitskasse erstattet Versicherten zwischen 40 und 49 Jahren mit bestimmten Risikofaktoren die Kosten für die Darmkrebsvorsorge. Voraussetzung ist ein erhöhtes Darmkrebsrisiko – beispielsweise durch Darmkrebsfälle in der Familie oder die Einnahme von Medikamenten, die Darmkrebs begünstigen. Die Einschätzung der Risikofaktoren erfolgt durch den behandelnden Arzt. Versicherte müssen eine spezifizierte Rechnung unter Angabe der Risikofaktoren einreichen. Die AOK PLUS erstattet alle zwei Jahre bis zu 50 Euro für die Stuhlprobe sowie alle fünf Jahre bis zu 200 Euro für die Darmspiegelung.

TranslateNAMSE: Besondere Versorgung bei seltenen Erkrankungen

Seit Dezember 2021 beteiligt sich die AOK PLUS am Versorgungsprogramm TranslateNAMSE, welches die Maßnahmen des „Nationalen Aktionsplans für Menschen mit seltenen Erkrankungen“ umsetzt. Mit der Teilnahme möchte die AOK PLUS die medizinische Versorgung für ihre betroffenen Versicherten verbessern.

Seltene Erkrankungen

Nach der in Europa gültigen Definition ist eine Erkrankung dann „selten“, wenn nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen darunter leiden. Im Gegensatz zu der geringen Prävalenz steht jedoch die große Anzahl: Es gibt über 8.000 seltene Erkrankungen. Allein in Deutschland sind mehrere Millionen Menschen davon betroffen.

Der größte Anteil seltener Erkrankungen ist monogen bedingt (> 80 %). In diesen Fällen kann die Diagnose im günstigsten Fall – bei einem Verdacht auf das Vorliegen einer spezifischen Erkrankung – durch eine gezielte genetische Untersuchung gestellt werden.

Das Programm richtet sich an Patienten, bei denen in der regulären medizinischen Behandlung keine Diagnose gestellt werden kann beziehungsweise der Verdacht auf eine seltene Erkrankung vorliegt.

In den Zentren für seltene Erkrankungen und klinische Genommedizin führen Humangenetik-Experten zusammen mit Experten aus den jeweils relevanten klinischen Bereichen, wie Kinderheilkunde, Neurologie oder Innere Medizin, eine fachübergreifende Fallbeurteilung durch. Die Bündelung der Kompetenzen ermöglicht häufig schon die richtige Diagnosestellung. Wenn das Expertenpanel keine Diagnose stellt, wird durch eine Genomsequenzierung nach der Ursache für die klinisch relevanten Veränderungen gesucht. In 25 bis 50 % der Fälle von Patienten mit bisher unklarer Diagnose kann damit eine eindeutige Diagnose gestellt werden.

TranslateNAMSE basiert auf den Erkenntnissen des gleichnamigen Innovationsfondsprojektes, welches 2020 erfolgreich abgeschlossen wurde. Während man bei Kindern zuvor vier und bei Erwachsenen acht Jahre gebraucht hatte, konnte nun binnen eines halben Jahres eine gesicherte Diagnose gestellt und mit einer zielgerichteten Therapie begonnen werden.

In Mitteldeutschland wirkt das Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“ als Zentrum im Versorgungsprogramm mit.

Weitere Informationen finden Sie auch unter www.namse.de.

Fragen beantwortet Ihnen gern der Beratungsarzt der AOK PLUS, Dr. Jörg Jagemann. Sie erreichen ihn telefonisch unter 0800 10590-11468 oder per E-Mail: joerg.jagemann@plus.aok.de

VenenFit PLUS – endoluminale OP-Methoden bei Varikosen

Im Rahmen des Versorgungsvertrages VenenFit PLUS können Versicherte der AOK PLUS mit medizinischer Indikation einfach und unbürokratisch, auf Vorlage ihrer elektronischen Gesundheitskarte, die endoluminale Laser- oder Radiofrequenztherapie zur Behandlung ihrer Varikosen nutzen. Ergänzt wird das Angebot durch Kontroll- und Nachsorgeuntersuchungen. Die Informationen der Patientinnen und Patienten rund um das Versorgungsangebot übernimmt der an VenenFit PLUS teilnehmende Operateur.

Haben Sie Patientinnen und Patienten, für die dieses Angebot interessant sein könnte?

Dann überweisen Sie diese bitte an einen am Vertrag teilnehmenden Facharzt. Eine Übersicht finden Sie unter www.ivmplus.de.

Sekundärprävention-Programme in 2022

Die Evaluations-Ergebnisse der AOK PLUS-Programme zur Sekundärprävention bestätigen allen Programmen eine sehr gute Wirksamkeit: „Leichter und aktiver leben“

Hinweis

Es gibt neue Antragsformblätter und Informationsflyer für Patienten, bestellbar bei Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Bitte verwenden Sie die alten nicht mehr.



Sie möchten mehr wissen?

Arztinformationen zum Kooperationsvertrag Sekundärprävention finden Sie unter aok.de/gp/kooperationsvertrag-sekundaerpraevention-sachsen

Sprechen sie gerne auch Ihren Vertragspartnerberater an.

ist besonders nachhaltig. Bei der Ernährungsberatung konnte vor allem die Gewichtsreduktion und eine gute Blutdrucksenkung beobachtet werden. Das Programm „Rücken“ zeigt eine sehr gute Wirkung im Hinblick auf die Schmerzreduktion.

Diese Ergebnisse konnten mit Ihrer oder der Hilfe Ihrer Kollegen erzielt werden. Dafür sagen wir herzlichen Dank. Die Patienten können mit den therapiebegleitenden Präventionsprogrammen der AOK PLUS (Programme zur Sekundärprävention) ihr Gesundheitsbewusstsein und die Eigenverantwortung stärken. Sie werden dabei unterstützt, ihr bestmögliches Gesundheitslevel zu erreichen.

Auch in 2022 bietet die AOK PLUS ihren Versicherten weiter die therapiebegleitenden Präventionsprogramme an.

Chronifizierungen vermeiden

Die Sekundärprävention hat das Ziel, Chronifizierungen von Krankheiten zu vermeiden und den Medikamentenkonsum zu reduzieren. Zukünftig stehen drei Programme zur Verfügung:

- „Ernährungsberatung“
- „Rücken“
- „Leichter und aktiver Leben“ (Ernährung und Bewegung)

Sie richten sich an Frauen und Männer, die an ersten Rückenbeschwerden leiden, die Übergewicht oder ernährungsbedingte Erkrankungen haben und die verhindern möchten, dass sich gesundheitliche Probleme verschlimmern.

Das Programm „Herz-Kreislauf“ wurde eingestellt. Für viele Patienten, die für dieses Programm infrage kämen, eignet sich ebenfalls das Programm „Leichter und aktiver leben“ mit seiner Kombination aus Bewegung und Ernährung.

Individuelle Betreuung

Besonderes Augenmerk wird auf die Bedarfe des Einzelnen gelegt, die in Einzelgesprächen zwischen Kursleiter und Teilnehmer ermittelt werden. Etwa drei und sechs Monate nach Programm-Ende finden Nachkontaktgespräche statt, um die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch langfristig zu motivieren. Der Vergleich der Gesundheitsdaten zu Programm-Beginn und -Abschluss belegt den Erfolg und ermöglicht es, die Qualität und Wirksamkeit der Angebote zu messen.

Organisation

Neu ist, dass nicht nur Kompetenzzentren, wie Sport-, Ernährungs- oder Rehazentren, die Sekundärprävention anbieten können, sondern auch spezialisierte Einzelanbieter, wie Ernährungsberater.

Bieten Sie Ihren Patientinnen und Patienten die Chance, ihre Gesundheit selbstständig in die Hand zu nehmen. Über Ihre Kassenärztliche Vereinigung (KV) erhalten Sie die entsprechenden Anträge und Flyer zur Patienteninformation. Die Abrechnung Ihrer Beratungsleistung erfolgt ebenfalls über die KV.

eTherapiebericht – jetzt auch als KIM-Nachricht über die TI empfangbar

Der eTherapiebericht (eTB) der AOK PLUS wurde um eine weitere Übermittlungsoption für Ärzte ergänzt. Bisher nur als eArztbrief über KV connect zu empfangen, kann er seit 1. November 2021 auch über die Telematik Infrastruktur (TI) mittels einer KIM-Nachricht Ihr Postfach erreichen.

Bereits seit Mitte 2020 können Heilmittel-Leistungserbringer in Sachsen und Thüringen von Ärzten gewünschte Behandlungsberichte über das Serviceportal der AOK PLUS elektronisch versenden. Rund 1.700 Praxen sind derzeit im Portal registriert, Tendenz steigend. Der elektronische Empfang der Therapieberichte spart Ressourcen und macht eine schnelle und direkte Übernahme der Daten in das eigene Praxisverwaltungssystem möglich. Die AOK PLUS stellt ausschließlich die IT-Infrastruktur im Serviceportal bereit. Die Berichte können nur vom Therapeuten und vom behandelnden Arzt eingesehen werden. Datenschutz und Datensicherheit sind gewährleistet.

Sie können KIM-Nachrichten bereits empfangen?

Dann wird das den Therapeuten, die den eTB im Serviceportal nutzen, automatisch angezeigt. Von Ihnen angeforderte Therapieberichte können an Ihr KIM-Postfach versendet werden.

Sie möchten gern alle angeforderten Therapieberichte über Ihr KIM-Postfach erhalten? Sprechen Sie bitte die jeweilige Heilmittel-Praxis darauf an. Bei Fragen helfen unsere Vertragspartnerberater gern weiter.

DMP-Sonderregelungen NICHT verlängert

Bis zum Ende der durch den Bundestag festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite galt die Sonderregelung, dass keine Ausschreibungen aus den DMPs wegen fehlender Dokumentationen oder nicht wahrgenommener Schulungen erfolgten.

Trotz des weiterhin bestehenden pandemischen Geschehens hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Verlängerung der Sonderregelungen in den DMPs aus medizinischer Sicht kritisch eingeschätzt, da die in den DMPs vorgesehenen regelmäßigen Konsultationen und Schulungsteilnahmen bei chronisch erkrankten Menschen von hoher medizinischer Relevanz sind. Das bedeutet, dass seit Beginn des Jahres 2022 wieder die Dokumentationspflichten und Regelungen zu Schulungsteilnahmen wie vor Inkrafttreten der Sonderregelung gelten.

Erstellen Sie bitte die Dokumentation ab dem ersten Quartal 2022 wieder regelmäßig und führen Sie empfohlene Patientenschulungen fristgemäß durch. So kann die DMP-Teilnahme Ihrer Patientinnen und Patienten unkompliziert fortgesetzt werden.

Noch ein Hinweis: Patientenschulungen müssen wieder in den Praxisräumlichkeiten durchgeführt werden. DMP-Schulungen per Videoübertragung können ab dem 1. Quartal 2022 nicht mehr abgerechnet werden.

Mit neuen DMP-Schulungen in das Jahr 2022

DMP Diabetes mellitus Typ 1

Bereits zum 1. Juli 2021 wurde das DMP überarbeitet und folgende Schulungen in den Vertrag aufgenommen:

- PRIMAS „Schulungs- und Behandlungsprogramm für ein selbstbestimmtes Leben mit Typ 1 Diabetes“ (99345P bzw. 99346P für Nachschulung)
- Ergänzungsschulung HyPOS: Hypoglykämie – „Positives Selbstmanagement – Unterzuckerung besser wahrnehmen, vermeiden und bewältigen“ (99345Q)

DMP Diabetes mellitus Typ 2

Mit Beginn des Jahres 2022 wurde das Schulungsangebot um folgende Kurse erweitert:

- Mehr Diabetes Selbstmanagement Typ 2 MEDIAS 2: BOT+SIT+CT (99315M bzw. 99316M für Nachschulung)
- Diabetes und Verhalten: Schulungsprogramm für Menschen mit Typ-2-Diabetes, die Insulin spritzen (99315L bzw. 99316L für Nachschulung)
- Fit bleiben und älter werden mit Diabetes: Strukturiertes Schulungsprogramm SGS für Typ 2-Diabetiker im höheren Lebensalter mit Insulin (99315N bzw. 99316N für Nachschulung) bzw. ohne Insulin (99315O bzw. 99316O für Nachschulung)
- Ergänzungsschulung HyPOS: Hypoglykämie – „Positives Selbstmanagement: Unterzuckerung besser wahrnehmen, vermeiden und bewältigen“ (99315Q)

Die bisherige Einstufung der Schulungen nach Manifestationsalter ist aufgehoben, so dass nun alle Schulungen altersunabhängig angeboten werden können. Für ältere Patienten eignet sich besonders die explizit für diese Klientel neu aufgenommene SGS-Schulung mit und ohne Insulin.

In diesem Zusammenhang ändern sich die Abrechnungsnummern wie folgt:

<u>Bisher</u>	<u>Neu ab 1. Januar 2022</u>
Schulungen jüngere Typ 2-Diabetiker mit Insulin (Typ 2.1): 99315E / 99316E	für alle: 99315E/99316E
Schulungen ältere Typ 2-Diabetiker mit Insulin (Typ 2.2): 99315F / 99316F*	

* Kann aber mit einem Schulungsbeginn vor dem 1. Januar 2022 bis zum Abschluss der letzten Schulungseinheit, spätestens bis zum 31. Dezember 2022, abgerechnet werden.

DMP KHK

Zum 1. Januar 2022 entfallen sämtliche Diabetesschulungen, da diese Schulungen bereits in den beiden Diabetes DMPs angeboten werden. Bereits davor begonnene Schulungen können bis zum Abschluss der letzten Schulungseinheit, spätestens jedoch bis zum 31. Dezember 2022, abgerechnet werden.

DMP Asthma und COPD

Das bisherige Schulungsangebot bleibt bestehen. Ab dem 1. Quartal 2022 ändern sich die Abrechnungsmodalitäten:

- Die Betreuungspauschale (99350C bzw. 99360C) ist von demselben Arzt pro Quartal und Patient nicht neben der Erst- oder Folgedokumentation (99350A und 99350B bzw. Nr. 99360A und 99360B) berechnungsfähig.
- Die Vergütung der Prädiagnostikpauschale (99350 D bzw. 99360D) ist an die Einschreibung des Patienten in das DMP (spätestens im Folgequartal) gebunden.

Im Zuge der aktuellen Vertragsanpassungen wurden die Bedingungen der Schulungen innerhalb aller bestehenden DMPs harmonisiert und übersichtlicher gestaltet. Die aktuellen Vertragsunterlagen können Sie in gewohnter Weise auf der Internetseite der KVS abrufen.

Verordnung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen (Muster 61)

Ist für Ihren Patienten eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendig, können Sie eine entsprechende Maßnahme verordnen.

Zunächst sollten Sie differenzieren, welcher Rehabilitationsträger für die Maßnahme zuständig ist:

- **Krankenversicherung (KV)**
für Menschen nach dem erwerbsfähigen Alter, insbesondere Altersrentner und für die Rehabilitation (nicht zur Vorsorge) der Mütter/Väter, bei denen der mütter-/väter-spezifische Kontext im Vordergrund steht
- **Rentenversicherung (RV)**
für Menschen im Erwerbsleben, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet ist (müssen dabei aber nicht aktiv erwerbsfähig sein)
- **Unfallversicherung**
für Berufstätige, bei denen der Bedarf infolge eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit besteht
- **sonstige Rehabilitationsträger**
Sozialhilfe/Eingliederungshilfe, Bundesagentur für Arbeit
- **Gleichrangigkeit der KV/RV**
bei Kinderrehabilitation und onkologischer Nachsorge

Immer dann, wenn

- **klar die Krankenversicherung zuständig ist**, ist die Verordnung der medizinischen Reha mit dem Muster 61 Teil B-D einzuleiten.
- **klar die Rentenversicherung zuständig ist**, muss der „ärztliche Befundbericht zum Reha-Antrag der RV“ verwendet werden.
- **die Zuständigkeit unklar ist**, ist das Muster 61-Teil A zu verwenden und bei der Krankenkasse eine Beratung und Rückmeldung zur Zuständigkeit zu erfragen.

Bitte unterstützen Sie uns. Achten Sie zukünftig mit darauf, dass für unsere Versicherten nur dann das Muster 61-Teil B-D ausgestellt wird, wenn die Krankenversicherung zuständig ist.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an Ihren Vertragspartnerberater!

Hinweis

Die KBV hat mit Inkrafttreten der neuen Rehabilitations-Richtlinie für die Vertragsärzte entsprechende Informationen im Serviceheft „Medizinische Rehabilitation“ (kbv.de/html/rehabilitation.php) zusammengestellt.

Hier finden Sie allgemeine Informationen zum Thema und Angaben zur korrekten Verordnung entsprechender Leistungen. Fallbeispiele zeigen, wann die Krankenkasse als Kostenträger zuständig ist und wann nicht.

Testung asymptomatischer Personen auf SARS-CoV-2

Durch das anhaltende pandemische Geschehen und die sich ständig ändernden Verordnungen treten immer wieder Irritationen im Zusammenhang mit der Berechtigung zur Testung asymptomatischer Personen auf. Dabei sind die Anlässe für Fragen sehr vielfältig.

Wenn beispielsweise eine ambulante Operation geplant ist, eine Aufnahme bzw. ein Besuch in einem Pflegeheim oder ein Aufenthalt in einer REHA-Einrichtung ansteht, für deren Zugang ein negativer Testnachweis erforderlich ist, so kann ein Antigen-test (Schnelltest/POC-Antigen-Test) zu Lasten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) durchgeführt werden. Dies regelt § 4 der Testverordnung (TestV), der explizit auf den Anspruch für Patienten, Bewohner und Besucher hinweist. Führt die Einrichtung und/oder Praxis die Tests nicht selbst durch, können diese bei allen Teststellen – wie beispielsweise auch in Arztpraxen – durchgeführt werden. Der Test ist für die anspruchsberechtigten Personen kostenlos.

Wird ausnahmsweise vor Aufnahme eines Patienten in eine Einrichtung des ambulanten Operierens, Dialyseeinrichtung oder Pflegeheime eine PCR-Testung verlangt, kann diesen Test auch ein Vertragsarzt durchführen, sofern der Patient die Notwendigkeit (beispielsweise durch Aufnahmeunterlagen) belegt. Der Test wird zu Lasten des ÖGD durchgeführt und ist für die anspruchsberechtigten Personen kostenlos.

Unabhängig davon gilt nach § 4a TestV (Bürgertest) für asymptomatische Personen das Angebot, sich mindestens einmal pro Woche präventiv und kostenfrei testen zu lassen. Diese Tests dürfen neben Arzt- und Zahnarztpraxen unter anderem auch Apotheken, medizinische Labore, Rettungs- und Hilfsorganisationen sowie Testzentren, die von der Kassenärztlichen Vereinigung (KBV) oder dem Öffentlichen Gesundheitsdienst betrieben werden, durchführen. Getestete Personen haben Anspruch auf ein Testzertifikat und Übermittlung des Testergebnisses in die Corona-Warn-App.

Die Informationen sind in einem Schaubild der KBV unter [kbv.de/html/themen_49345.php](https://www.kbv.de/html/themen_49345.php) sehr übersichtlich dargestellt.

Mutter/Vater-Kind-Maßnahmen – wenn das Kind woanders versichert ist

Besteht bei einem Elternteil der Bedarf nach einer Mutter- oder Vater-Kind-Maßnahme, dann fährt das eigene Kind oft mit. Wohin aber mit dem Antrag, wenn das Kind in einer anderen Krankenkasse versichert ist? Bisher gab es eine strikte Trennung, wenn das Kind einen eigenen Behandlungsbedarf hatte. Der Antrag musste dann geteilt an die eigene Krankenversicherung des Elternteils und an die des Kindes geschickt werden.

Damit ist nun Schluss. Der GKV-Spitzenverband hat beschlossen, dass ausschließlich die gesetzliche Krankenkasse zuständig ist, bei der die Mutter oder der Vater versichert ist. Und das ganz unabhängig, ob das Kind eigene Behandlungen braucht oder nicht.

Das neue Verfahren vereinfacht die Antragstellung und beschleunigt die Bearbeitung in diesen Fällen. Bitte beraten Sie Ihre Patientinnen und Patienten bei Bedarf dazu.

**Vertragspartner-Microsite:
Schnellere Informationen
für Sie**

Nutzen Sie die Microsite, um mit Ihrem AOK PLUS-Vertragspartnerberater in Verbindung zu treten. Es handelt sich um eine kleine Website, auf der Ihr Vertragspartnerberater für Sie wichtige Informationen zusammenstellt. Das können spezielle Gesundheits- und Digitalisierungsthemen oder Versorgungs-/Leistungsangebote der AOK PLUS sein. Sie haben schneller Zugriff auf aktuelle Themen und müssen nicht auf den nächsten Gesprächstermin warten.

Wenn Sie Interesse haben, diese Microsite zu nutzen, sprechen Sie einfach Ihren Vertragspartnerberater an.

Informationen

Gern beantworten Ihnen unsere Mitarbeiter Fragen zu allen AOK PLUS-Verträgen unter 0800 10590-00*. Kompetente Hilfe und Unterstützung können Sie ebenso von den AOK PLUS-Vertragspartnerberatern erhalten. Weitere ausführliche Informationen finden Sie in unserem Gesundheitspartnerportal unter aok.de/gp

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

Online-Coach Diabetes

Der Online-Coach Diabetes unterstützt Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 seit über einem Jahr dabei, einen positiven Umgang mit der Erkrankung zu finden. Er soll helfen, die Krankheit besser zu verstehen und die notwendigen Umstellungen des Lebensstils erleichtern.

Schritt für Schritt wird dem Nutzer erklärt, wie die Krankheit entsteht, was genau im Körper passiert und warum bei Patienten mit Typ-2-Diabetes das Risiko für bestimmte Folgeerkrankungen steigt. Zudem enthält der Online-Coach Informationen zur Behandlung des Diabetes und zu den Vorteilen der Disease-Management-Programme (DMP) der AOK PLUS. Zahlreiche Videos und Animationen, die eigens für den Online-Coach produziert wurden, machen die Nutzung interessant und abwechslungsreich. Die Szenen aus dem Alltag vermitteln ganz praktische Tipps, wie Patientinnen und Patienten die Umstellung ihrer Ernährung oder die Integration von mehr Bewegung in ihren täglichen Tagesablauf gelingen kann.

Aktuell arbeiten Experten daran, den Online-Coach Diabetes weiterzuentwickeln. Dazu zählt die Optimierung der Benutzeroberfläche für Smartphone-Nutzer und die Erweiterung mit Videos und Animationen.

Wie kann der Online-Coach Diabetes genutzt werden?

Die Anmeldung erfolgt unter aok.de/online-coach-diabetes mit der Eingabe der AOK PLUS-Versichertennummer. Für AOK-Versicherte ist die Nutzung kostenfrei.

Der Datenschutz ist gewährleistet.

