

Informationen zu den Versorgungsverträgen der AOK PLUS in Sachsen

AOK PRIMA PLUS geht in die zweite Runde

Für das neue Jahr wünschen wir Ihnen und Ihrem Praxispersonal einen gelungenen Start. Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen und Ihr Engagement und freuen uns in 2018 auf eine weiterhin angenehme Zusammenarbeit.

Im neuen Jahr startet in Sachsen das Versorgungsprogramm AOK PRIMA PLUS. Der Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V wurde neu aufgelegt. Nach der europaweiten Ausschreibung steht die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) als Vertragspartner fest. Gemeinsam bereiten wir nun die Umsetzung von AOK PRIMA PLUS vor. Ab Mitte Februar 2018 werden unsere Vertragspartnerberater konkret informieren.

Sekundärprävention 2018 – Individuell, nachhaltig, wissenschaftlich begleitet

AOK PLUS-Versicherte mit einem ärztlichen Antrag auf Sekundärprävention werden seit Jahresbeginn bis zu neun Monate lang in einem speziell auf sie zugeschnittenen Programm betreut. Ein Eingangstest bestimmt individuelle Stärken und Schwächen jedes Teilnehmers. Diese kann der Kursleiter damit von Anfang an individuell berücksichtigen. Erstmals gibt es auch die Möglichkeit, Programmteile untereinander auszutauschen. Die Programme basieren auf neuesten wissenschaftlichen Standards und modernen Erkenntnissen aus der Verhaltenstherapie. Sie werden in Kleingruppen mit vier bis maximal zehn Personen durchgeführt, Ernährungsberatung als Einzelgespräch.

Den Abschluss bildet ein individuelles Auswertungsgespräch. Zwei Nachkontakte helfen, die Verstetigung im Alltag zu erhöhen. Der Vergleich von Gesundheitsdaten (Taillenumfang, BMI, Blutdruck, Wohlbefinden nach WHO-5, Schmerzempfinden) zu Beginn und zum Ende des Programms belegt den persönlichen Erfolg und misst zugleich die Qualität und Wirksamkeit des Programms.

Sie als Arzt erhalten nach dem Auswertungsgespräch ein direktes Feedback zum Programm-erfolg Ihrer Patienten vom Kompetenzzentrum. Nutzen Sie für eine Programmempfehlung bitte nur noch die neuen Antragsbögen, da diese die notwendige Schweigepflichtsentbindung beinhalten. Die Antragsbögen sind formlos bei der Formularstelle Ihrer zuständigen KV erhältlich. Die für das Patientengespräch entwickelten Informationsflyer erhalten Sie automatisch mit der Bestellung der Antragsbögen.

Höhere Vergütung für Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen

Die gesunde Entwicklung von Kindern liegt uns am Herzen. Deshalb bezahlt die AOK PLUS alle zehn regulären Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 (12- bis 14-Jährige) sowie drei zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen – die U10, U11 und J2. Ab Jahresbeginn erhalten Ärzte für die Durchführung dieser drei Vorsorgeuntersuchungen eine höhere Vergütung – 53 Euro statt bisher 50 Euro. Wie gewohnt, erfolgt die Abrechnung über die elektronische Gesundheitskarte.

AOK PLUS-Programme:

- Rücken
- Herz-Kreislauf
- Leichter und aktiver leben
- Ernährungsberatung

Mehr Informationen
erhalten Sie unter

www.aok-gesundheitspartner.de

(Webcode: W143745),
bei Ihrer Kassenärztlichen
Vereinigung beziehungs-
weise über Ihren
Vertragspartnerberater
der AOK PLUS.

Als besonderen Service
erinnert das AOK PLUS-Brief-
programm Eltern, Kinder und
Jugendliche auch weiterhin
an die Vorsorgetermine.

Innovationsfonds – AOK PLUS bei Förderung erfolgreich

Gute Versorgung findet vor Ort statt. Deshalb bewirbt sich die AOK PLUS regelmäßig mit eigenen Versorgungsvorhaben beziehungsweise als Projekt-Partner um eine Förderung beim Innovationsfonds. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat nun über die 2017 vorgelegenen Förderanträge entschieden. Die AOK PLUS erhielt dabei mehrere positive Bescheide.

Im Förderbereich „Neue Versorgungsformen“ werden die Projekte PROPMT (Versorgungskonzept für verhaltensauffällige Kinder) und DIATT (Sporttherapie bei Dialyse) gefördert. Im Bereich „Versorgungsforschung und Evaluation von Selektivverträgen“ gingen die Projektpartner und die AOK PLUS mit den Projekten WirtMed-Studie (qualitative Steuerung von Arzneimitteln) und DEMAND (Steuerung ambulanter Notfallpatienten) erfolgreich hervor. Die Projektarbeit wird ab dem 1. April 2018 aufgenommen.

Parallel zu den Förderbescheiden wurden Ende Oktober die neuen Förderbekanntmachungen veröffentlicht. Darin sind ausschließlich themenspezifische Handlungsfelder aufgeführt. Der Fokus liegt auf sozialesleistungsträgerübergreifenden Versorgungsmodellen.

Ihre Projektideen können Sie gern unter innovationsfonds@plus.aok.de einreichen.

Im Pflegefall nicht allein – Pflegeberater der AOK PLUS kommen auch nach Hause

Eine Pflegefall tritt plötzlich ein oder entwickelt sich über Jahre hinweg, Betroffene und ihre Angehörigen brauchen Unterstützung – in solchen Situationen gibt es viele Fragen und Probleme. Oftmals muss das eigene Leben oder das der Familie völlig neu organisiert werden.

Hier hilft die AOK PLUS mit einer Pflegeberatung. Unsere Pflegeberater sind für diese Beratungen speziell qualifiziert und haben in der Regel Erfahrung in der beruflichen Pflege oder in der Sozialarbeit. Sie beraten die Betroffenen und ihre Familien individuell, wenn gewünscht auch im häuslichen Umfeld.

Dabei kann es um Fragen gehen wie: Was muss als erstes in einer Akutsituation erledigt werden? Welche Anträge sind wichtig und was ist dabei zu beachten? Wie läuft die Begutachtung des MDK ab? Welche Leistungen stellt die soziale Pflegeversicherung zur Verfügung? Welche Hilfsangebote gibt es, wie kann man sie nutzen und wie sieht die Finanzierung aus? Was ist in einer Palliativsituation wichtig? Welche Hilfen gibt es für pflegende Angehörige? Wie wird der Alltag bei Demenzerkrankungen gut organisiert? Braucht es eventuell einen Wohnungsumbau, damit der Betroffene zu Hause gepflegt werden kann?

Viele Fragen, für deren Beantwortung im Praxisalltag wenig Zeit bleibt. Trotzdem können Sie den betroffenen Familien helfen und sie vor Überforderung in einer scheinbar unübersichtlichen Situation bewahren. Bieten Sie Ihren Patienten die individuelle Pflegeberatung der AOK PLUS an. Sie entlasten damit sich und Ihren Praxisbetrieb von zeitraubenden Beratungs- und Informationsaufgaben.

Weitere Informationen

Dieser Service ist kostenfrei.

Über 90 Prozent der bisherigen Nutzer sind zufrieden bis sehr zufrieden mit der individuellen Pflegeberatung der AOK PLUS.

Die Beratungstermine werden gemeinsam mit den ratsuchenden Familien abgesprochen. Den für die jeweilige Region zuständigen Pflegeberater der AOK PLUS finden Sie unter <https://plus.aok.de/inhalt/pflegeberatersuche/>

ARMIN – wichtige Ansprechpartner

Bei der Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen (ARMIN) kümmern sich Ärzte und Apotheker gemeinsam um die Medikation von Patienten. Nach Einführung der Wirkstoffverordnung (Stufe 1) und des Medikationskataloges (Stufe 2) startete Mitte 2016 das IT-gestützte Medikationsmanagement (Stufe 3). Es richtet sich vor allem an chronisch kranke Patienten, die fünf und mehr Medikamente dauerhaft einnehmen.

Mehr als 3000 Versicherte der AOK PLUS nutzen mittlerweile das ARMIN-Medikationsmanagement. Ansprechpartner bei Fragen im Zusammenhang mit dem Medikationsmanagement finden Sie in dieser Übersicht:

Sachverhalt	Ansprechpartner
ARMIN-Teilnahme von Ärzten <ul style="list-style-type: none"> • Teilnahmevoraussetzungen • Vertragsumsetzung • Abrechnungsfragen • Fragen zu Verordnungen etc. 	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) jeweilige Bezirksgeschäftsstelle Die Kontaktdaten sind jederzeit unter http://www.arzneimittelinitiative.de/aerzte/ abrufbar.
Patiententeilnahme am ARMIN-Medikationsmanagement <ol style="list-style-type: none"> 1. Einschreibung von Patienten 2. Anlage von Patienten auf dem Medikationsplanserver (MPS) 3. Datenbereitstellung auf MPS (Verordnungsdaten, Vorschlagslisten) 4. Nachbestellung von Informationsmaterialien für Patienten und Patiententagebüchern 	AOK PLUS Für 1 bis 3: medikationsplan@plus.aok.de Tel.: 0800 - 10590 0 0 Für 4: Fax: 0800 - 105900 2269
Inhaltliche Fragen zur Umsetzung des ARMIN-Medikationsmanagement bei konkreten Patienten	Arzneimittelberatungsdienst ARMIN Klinik-Apotheke Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Fetscherstr. 74 01307 Dresden Tel.: 0351 - 458 19 300 (Mo, Di, Do 9 bis 16 Uhr; Mi und Fr 9 bis 13 Uhr) Fax: 0351 - 458 88 19 300 *Anfragen zu vertraglichen oder organisatorischen Inhalten von ARMIN sind bitte ausschließlich an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen zu richten
Technische Infrastruktur <ul style="list-style-type: none"> • KV-Connect-Konto • KV-SafeNet* • Störungsmeldungen 	EDV-Support der KVS Tel.: 0341 - 23493737 Fax: 0341 - 23493738 safenet@kvsachsen.de Mailadresse für Störungsmeldungen: support-edv@kvsachsen.de Telefonnummer für Störungsmeldungen: 0351 - 290 773 Zeiten für telefonische Erreichbarkeit: Mo.-Do. 8 - 17 Uhr, Fr. 8 -14 Uhr
Probleme mit der Erreichbarkeit des Medikationsplanservers	Der Betriebsstatus der ARMIN-Infrastruktur kann unter http://armin-status.de eingesehen werden.
Software (ARMIN-Module im PVS) <ol style="list-style-type: none"> 1. Konkrete Fragen/Probleme bezüglich Funktionalitäten der Software 2. Probleme mit Zugang ins KV-SafeNet und mit KV Connect 	Support des jeweiligen PVS-Anbieters Dieser klärt zuvor, ob es sich um ein PVS-Problem oder ein übergeordnetes Problem handelt und setzt sich im Bedarfsfall selbstständig mit den hierfür zuständigen Ansprechpartnern in Verbindung.
Suche nach an ARMIN teilnehmenden Ärzten oder Apothekern (nach Namen, Ort oder Postleitzahl)	unter www.arzneimittelinitiative.de/grundlagen/teilnehmende-aerzte-und-apotheken/

Häusliche Krankenpflege (HKP) – Hinweise zum Ausfüllen von Muster 12

Mehr Informationen zur HKP
finden Sie unter
[www.aok-gesundheits-
partner.de](http://www.aok-gesundheits-partner.de)
(Webcode: W278104)

Seit der Einführung des neuen HKP-Verordnungsvordrucks kommt es vermehrt zu fehlerhaft ausgestellten Verordnungen. Dabei geht es insbesondere um Angaben zur Häufigkeit und um Verordnungen von Medikamentengaben. Bitte beachten Sie folgende Ausfüllhinweise und unterstützen Sie damit eine schnelle Bearbeitung der Verordnungen.

Verordnung von Medikamentengaben

Das **Herrichten der Medikamentenbox** und die **Medikamentengabe** sind nicht gleichzeitig verordnungs- beziehungsweise genehmigungsfähig. Eine Verordnung kann unter Beachtung der persönlichen Leistungseinschränkungen des Patienten **entweder** für **das Richten** von ärztlich verordneten Medikamenten **oder** für **das Verabreichen** der verordneten Medikamenten erfolgen.

Angaben zur Häufigkeit

Wie bisher, sind **immer zwei Angaben** zur Häufigkeit einzutragen. Bei nur einer Angabe ist die Verordnung unvollständig. Sollte Ihr Erfassungssystem die Eingabe von zwei Angaben nicht zulassen, kontaktieren Sie bitte unbedingt Ihren Softwareanbieter, um eine Anpassung beziehungsweise Korrektur zu veranlassen.

Beispiele:

Häufigkeit		Dauer		
tgl.	wöchl.	mit.	vom	bis
1	5			

Bei Verordnungen von Medikamentengaben ist neben der Angabe unter „täglich“ **auch eine Angabe** unter „wöchentlich“ notwendig.

Häufigkeit		Dauer		
tgl.	wöchl.	mit.	vom	bis
1	3			

Bei Verordnungen von Wundverbänden muss sowohl eine Angabe unter „täglich“ als auch eine Angabe unter „wöchentlich“ gemacht werden.

Verordnungsvordruck Muster 61 nur für medizinische Reha zu Lasten der GKV

Eine medizinische Rehabilitation hilft dem Patienten, seinen Alltag wieder eigenständig zu meistern. Jeder Vertragsarzt ist berechtigt, bei medizinischer Notwendigkeit eine solche Maßnahme mittels des Formulars Muster 61 zu verordnen. Dennoch ist Reha nicht gleich Reha und jeder Patient benötigt eine individuelle Behandlung. Sowohl im Vorfeld als auch bei der Verordnung selbst gibt es einiges zu beachten, zum Beispiel, wenn es um die Zuständigkeit des Sozialversicherungsträgers geht.

Der die Verordnung ausstellende Arzt muss zunächst differenzieren, welcher Rehabilitationsträger für die Reha zuständig ist:

1. **Krankenversicherung** = für Menschen nach dem erwerbsfähigen Alter, insbesondere Altersrentner
2. **Rentenversicherung** = für Menschen im Erwerbsleben, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet ist (müssen dabei aber nicht aktiv erwerbsfähig sein)
3. **Unfallversicherung** = für Berufstätige, bei denen der Bedarf infolge eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit besteht
4. **Sonstige Rehabilitationsträger** (Sozialhilfe/Eingliederungshilfe, Bundesagentur für Arbeit)
5. Gleichrangigkeit der KV/RV = bei Kinderreha + onkologischer Nachsorge

Das Verfahren der Rehabilitations-Richtlinie mittels des Musters 61 gilt nur für die Krankenversicherung. Kommen Patienten mit einer Verordnung einer medizinischen Rehabilitation auf Muster 61 Teil B-D zur Krankenkasse, obwohl hierfür der Rentenversicherungsträger (RVT) zuständig ist, wird diese Verordnung an den RVT weitergeleitet. Der RVT erkennt das Formular jedoch nicht als sogenannten fristauslösenden Antrag an und schickt die Verordnungen wieder zurück. Die Verfahrenswege werden dadurch länger, Patienten sind verunsichert und müssen länger auf die Genehmigung warten. Immer dann, wenn

- eindeutig die Krankenversicherung zuständig ist, leiten Sie bitte die Verordnung der medizinischen Reha mit dem Muster 61 (Teil B-D) ein.
- eindeutig die Rentenversicherung zuständig ist, verwenden Sie bitte den „ärztlichen Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der RV“.
- die Zuständigkeit unklar ist, sollten Sie das Muster 61 (Teil A) verwenden und die Krankenkasse um eine Beratung und Rückmeldung zur Zuständigkeit bitten.

DMP Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) aktualisiert

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat die Anforderungen an die Behandlung im Rahmen des DMP COPD überarbeitet. Sämtliche diagnostischen, therapeutischen und qualitätssichernden Maßnahmen wurden anhand aktueller Leitlinien überprüft und auf den aktuellen Stand der Wissenschaft gebracht.

Dadurch ergaben sich Anpassungen am DMP-Vertrag. Wesentliche Änderungen betreffen die Anlage „Versorgungsinhalte“. In der Anlage „Qualitätssicherung“ wurden Qualitätsziele geändert und neu hinzugefügt. Das aktualisierte Programm zielt noch stärker als bisher darauf ab, dass die Patienten mit dem Rauchen aufhören. Der behandelnde Arzt soll rauchende Patienten daher über die Gefahren aufklären, ihnen einen Rauchverzicht empfehlen und wirksame Hilfen zur Tabakentwöhnung anbieten. Zudem stehen häufige und folgenreiche Begleiterkrankungen, wie Diabetes, Herzkrankheiten, Osteoporose und Depressionen stärker im Fokus. Ihre Behandlung hilft, die Lebensqualität der COPD-Patienten zu verbessern. Mindestens einmal im Jahr soll der behandelnde Arzt zudem sämtliche vom Patienten eingenommen Arzneimittel erfassen und deren mögliche Wechsel- und Nebenwirkungen in der Therapie berücksichtigen.

Die wichtigsten Änderungen sind unter www.aok-gesundheitspartner.de (Webcode: W265841) zusammengefasst. Den DMP-Vertrag mit allen Anlagen finden Sie auf www.kvs-sachsen.de.

DMP – Modul HI endet

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat entschieden, für die Diagnose Chronische Herzinsuffizienz ein eigenständiges DMP zu entwickeln.

Das bisher zum DMP KHK gehörige Modul Chronische Herzinsuffizienz (Modul HI) steht ab 1. April 2018 nicht mehr zur Verfügung.

Bitte schreiben Sie keine Patienten in das Modul HI mehr ein.

Die bisher am Modul HI teilnehmenden Versicherten der AOK PLUS werden vorerst im DMP KHK weiter betreut.

DMP – Dokumentationsübermittlung per Diskette/CD nicht mehr möglich

Ab Jahresbeginn 2018 ist die Übermittlung der DMP-Dokumentationsdaten nur noch elektronisch möglich. Die von Ihrem Praxisverwaltungssystem erzeugte verschlüsselte Datei mit den Dokumentationen kann entweder direkt aus Ihrem System übermittelt oder als E-Mail-Anhang versendet werden. Bitte senden Sie die Dokumentationen an folgende E-Mail-Adresse: dmp-sachsen@dmpservices.de.

Sollten Sie Probleme bei der Versendung der DMP-Dokumentationen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Softwarehersteller. Für die Übermittlung der DMP-Dokumentationsdaten können Sie auch KV-Connect nutzen. Fragen richten Sie bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen.

Eine weitere Möglichkeit der elektronischen Datenübermittlung ist das Arzt-Onlineportal „DMPsysOnline“ (<https://dmpsysonline.sps-prien.de>). Bei Fragen dazu wenden Sie sich bitte an die Datenstelle, Telefonnummer 0951 - 30 939 53.

Ausblick auf die Themen im ersten Quartal 2018

Auch im ersten Quartal 2018 sind unsere Vertragspartnerberater wieder mit interessanten Themen in den Praxen unterwegs. Die Schwerpunkte sind diesmal:

- Neuausrichtung Sekundär- und Primärprävention
- ARMIN
- Versorgungsverträge (insbesondere AOK PRIMA PLUS ab Februar 2018)
- Disease-Management-Programme (DMP)
- Praxispersonalschulungen

Natürlich können Sie und Ihr Praxisteam auch andere Themen mit unseren Vertragspartnerberatern besprechen. Fragen Sie, was Sie bewegt. Wir freuen uns auf einen interessanten Austausch.

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: www.aok-gesundheitspartner.de

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

