

Informationen zu den Versorgungsverträgen der AOK PLUS in Sachsen

Laufzeit von ARMIN verlängert

Die Vertragspartner haben sich darauf geeinigt, das Modellvorhaben ARMIN zu verlängern und bis zum 31. März 2022 weiterzuführen. Damit wird die für ein Modellprojekt maximal mögliche Laufzeit von acht Jahren komplett ausgeschöpft.

ARMIN: Bonuszahlungen beim Medikationskatalog

Das Modul zwei von ARMIN nutzt den Medikationskatalog der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Dieser enthält für versorgungsrelevante Indikationen, wie Atemwegserkrankungen, Empfehlungen zur leitliniengerechten, patientenorientierten und wirtschaftlichen Versorgung. Die Arzneimittelwirkstoffe sind dabei in die Kategorien „Standard“, „Reserve“ und „Nachrangig“ eingruppiert.

Wenn teilnehmende Ärzte die Empfehlungen des Medikationskataloges umsetzen, können sie an den Einsparungen in Form von Bonuszahlungen beteiligt werden. Die Höhe der Boni hängt davon ab, ob sie die Mindestzielquoten für den Verordnungsanteil der als „Standard“ und „Reserve“ eingruppierten Wirkstoffe erreichen. Erreicht der ARMIN-Arzt die Zielquote eins (83,3 Prozent), erhält er einen Mindestbonus von 50 Euro, bei der Zielquote zwei (88,6 Prozent) kommt ein weiterer Bonus in Höhe von 200 Euro je Quartal hinzu.

Voraussetzung für den Bonus ist außerdem die Verwendung der IT-Vertragsschnittstelle S3C im Praxisverwaltungssystem. Das heißt, der Arzt nutzt das S3C-Modul zur Unterstützung von Arzneimittelverordnungen (S3C-AM) und stellt eine Mindestmenge an ARMIN-Wirkstoffverordnungen aus:

- Mindestmenge im 3. und 4. Quartal 2017: eine ARMIN-Wirkstoffverordnung
- Mindestquote ab dem 1. Quartal 2018: 25 Prozent aller möglichen ARMIN-Wirkstoffverordnungen sind in dieser Form realisiert

Fortbildung zu ARMIN künftig auch online

Ärzte und Apotheken, die sich zum ARMIN-Modellvorhaben weiterbilden möchten, können künftig auch an einer Online-Schulung teilnehmen. Die neue Fortbildung untergliedert sich in die drei Module Wirkstoffverordnung, Medikationskatalog und Medikationsmanagement. Sie eignet sich sowohl für Neueinsteiger als auch für Praxen, die sich bereits an ARMIN beteiligen und ihr Wissen dazu auffrischen möchten.

Weitere Informationen

Mehr Informationen zum ARMIN-Modellvorhaben sind auf der Homepage von ARMIN verfügbar:

www.arzneimittelinitiative.de

Das Zertifikat der Online-Schulung können die Praxen als Alternative zum Teilnahme-nachweis der ARMIN-Informationsveranstaltungen nutzen. Dieser ist Voraussetzung, um die Betreuungspauschalen im ARMIN-Medikationsmanagement abzurechnen. Die Online-Fortbildung wurde von der Sächsischen Landesärztekammer zertifiziert. Bei einer erfolgreichen Teilnahme erwerben die Praxen einen Fortbildungspunkt. Die Online-Schulung ist unter www.armin-cme.de freigeschaltet.

Ärztliche Bescheinigung für osteopathische Behandlung

Die Osteopathie als ganzheitliches Diagnose- und Therapieverfahren behandelt ein breites Spektrum an gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Deshalb kann die ärztliche Bescheinigung vom Haus- oder Facharzt unterschiedlicher Fachrichtungen ausgestellt werden. Mit dieser Bescheinigung stellt der Arzt sicher, dass nicht andere Behandlungsmaßnahmen vorrangig angezeigt sind und aus medizinischer Sicht nichts gegen eine ergänzende osteopathische Behandlung zur Besserung der Beschwerden spricht. Als ärztliche Empfehlung genügt eine formlose Bescheinigung oder ein Privat Rezept.

Ärztliche Bescheinigung: Osteopathie

zur Vorlage bei der

**AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.**

Versicherter: _____

Für den o. g. Patienten ist eine osteopathische Behandlung medizinisch geeignet, um eine bestehende Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

_____ Datum/Unterschrift Praxisstempel

Beispiel für eine ärztliche Bescheinigung zur Osteopathie

Es liegt im Ermessen des Arztes, auf die Ausstellung der ärztlichen Bescheinigung zu verzichten, wenn ihm die osteopathischen Verfahren bezüglich Indikation und Kontraindikation nicht bekannt sind. Führt ein Arzt die osteopathische Behandlung selbst durch, kann auf die Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung verzichtet werden.

Hinweis: Der qualifizierte Osteopath hat vor Beginn der Behandlung ebenfalls zu prüfen, ob die osteopathischen Behandlungsmaßnahmen von ihm durchgeführt werden können oder gegebenenfalls andere Maßnahmen vorzuziehen sind.

Weitere Informationen zur Osteopathie finden Sie auf den Seiten der AOK PLUS:

<https://plus.aok.de/inhalt/osteopathie>

Weitere Informationen

Mehr Informationen zum Angebot der Sekundärprävention finden Sie im Gesundheitspartnerportal:

www.aok-gesundheitspartner.de
Webcode: W143745

Präventionsempfehlung ersetzt nicht die Anträge auf Sekundärprävention

Seit dem 1. Juli 2017 können Ärzte Präventionsempfehlungen für Primärprävention auf einem dafür neu eingeführten Formular (Muster 36) ausstellen. Manche Ärzte hielten das Formular jedoch irrtümlich für den Ersatz für Anträge auf Sekundärprävention. Deshalb hier noch einmal die wichtigsten Informationen zu den beiden Bescheinigungen:

Mit der Präventionsempfehlung (Muster 36, kassenartenübergreifend nach § 20 Abs. 5 SGB V) empfiehlt der niedergelassene Arzt gesunden Versicherten oder Patienten mit ersten leichten Beschwerden **primärpräventive Leistungen** in den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum. Eine behandlungsbedürftige Erkrankung liegt also noch nicht vor. Ein ausgestelltes Muster 36 ist nur eine Empfehlung und keine Verordnung im Sinne einer veranlassten Leistung. Der Patient kann damit die empfohlene Leistung bei seiner Krankenkasse beantragen.

Die **Sekundärprävention** ist dagegen ein exklusives Angebot der AOK PLUS. Patienten können die Leistung nur über den **Antrag Sekundärprävention** nutzen. Ärzte können diesen Antrag über ihre Kassenärztliche Vereinigung beziehen. Das Angebot richtet sich an AOK-PLUS-Versicherte mit einem stark erhöhten Krankheitsrisiko oder einer beginnenden Erkrankung, die zum ersten Mal diagnostiziert wurde, also noch nicht chronisch verläuft.

Häusliche Krankenpflege: Erläuterungen zum neuen Muster 12

Seit dem 1. Oktober 2017 gilt ein neuer Verordnungsvordruck für die häusliche Krankenpflege (Muster 12). Dementsprechend wurden auch die Vordruckerläuterungen angepasst. Sie helfen dabei, die Verordnung richtig auszufüllen. Das ist die Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die Verordnung zeitnah bearbeiten kann und keine Verzögerungen auftreten. Wichtig sind vor allem die Erläuterungen zur Verordnung der Medikamentengabe und der Wundversorgung. Hier gab es in der Vergangenheit immer wieder Klärungsbedarf.

Sowohl bei der Verordnung der Medikamentengabe als auch von Wundversorgung ist zu beachten, dass neben den Präparaten die dazugehörige Dauer und die Häufigkeit anzugeben sind. Die Angaben zu den Präparaten sowie zur Wunddokumentation können Ärzte alternativ auf einem gesonderten Dokument als Anlage zur Verordnung machen.

Rehabilitationsempfehlung nach Pflegebegutachtung

Bei einer Pflegebegutachtung prüft eine Pflegefachkraft des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) auch, ob der Versicherte eine medizinische Rehabilitation benötigt. Ist das der Fall, wird die AOK PLUS mit dem Pflegegutachten und der anhängenden Rehabilitationsempfehlung über den Rehabilitationsbedarf informiert. Willigt der Versicherte in die Rehabilitation ein, erteilt die AOK PLUS eine Kostenzusage für die empfohlene Maßnahme.

Die Rehabilitationsempfehlung gilt als medizinische Verordnung zur Rehabilitation und dient auch als Information für die Rehabilitationskliniken. Diese benötigen aber häufig noch weitere Auskünfte, beispielsweise über den Zustand des Patienten oder seine Medikamente. Die AOK PLUS darf diese zusätzlichen Versicherteninformationen jedoch nicht an die Einrichtungen weitergeben.

Sie empfiehlt den Kliniken stattdessen, Kontakt zum Versicherten aufzunehmen. Der Versicherte verweist dann gewöhnlich an den behandelnden Arzt. Oder die Klinik wendet sich direkt an den Arzt. In diesem Fall ist Folgendes zu beachten: Stellt der Arzt der Einrichtung weitere Informationen zum Versicherten zur Verfügung, kann er seinen Aufwand nicht mit der AOK PLUS abrechnen, sondern nur mit der Rehabilitationseinrichtung. Der Grund ist, dass die AOK PLUS bei der Pflegebegutachtung samt Rehabilitationsempfehlung in keinem Rechtsverhältnis mit dem Arzt steht.

Wenn der Patient keine eGK vorlegt

Immer wieder kommt es vor, dass Patienten ohne elektronische Gesundheitskarte (eGK) in die Praxis kommen. In diesen Fällen darf der Vertragsarzt die Behandlung ablehnen, wenn der Patient das 18. Lebensjahr vollendet hat und nicht akut behandlungsbedürftig ist. Behandelt der Arzt den Patienten trotzdem, hat der Patient zehn Tage Zeit, um seine eGK und/oder einen Abrechnungsschein vorzulegen. Danach darf der Arzt eine Privatvergütung verlangen. Diese muss er jedoch zurückzahlen, wenn der Patient die eGK beziehungsweise den Anspruchsnachweis bis zum Ende des jeweiligen Quartals nachreicht.

Bei Neugeborenen können Ärzte die Vorsorgeuntersuchungen U1 und U2 (bis zum zehnten Lebensstag) über die eGK eines Elternteiles abrechnen. Der Grund für diese Regelung ist, dass die Krankenkasse eine Familienversicherung erst nach Vorlage der Geburtsurkunde auslösen kann und die Ausstellung dieses Dokumentes je nach Region unterschiedlich lange dauert.

In folgenden Fällen dient das Ersatzverfahren (Muster 05) zur Abrechnung:

- Notfall,
- die eGK liegt vor, aber das Kartenlesegerät funktioniert nicht,
- die Karte lässt sich nicht einlesen,
- der Patient hat die Kasse gewechselt, eine andere Versichertenart oder die besondere Personengruppe hat sich geändert und es liegt noch keine neue eGK vor,
- bei Hausbesuchen steht kein entsprechendes Lesegerät zur Verfügung.

Zwingend erforderlich ist in diesen Fällen die Unterschrift des Versicherten auf dem Muster 05. Praxen, die generell Probleme beim Einlesen der eGK haben, wenden sich an ihre zuständige Kassenärztliche Vereinigung oder an den Support ihres Anbieters.

„Der Versicherte ist verpflichtet, bei jedem Arztbesuch die elektronische Gesundheitskarte vorzulegen.“

(Bundesmantelvertrag – Ärzte
Anlage 4a, Anhang 1)

„Der Arzt ist verpflichtet, die Identität des Versicherten zu prüfen.“

(Bundesmantelvertrag – Ärzte
Anlage 4a, Anhang 1)

Weitere Fragen zum Thema beantwortet Anja Goernert unter 0800 10590-13663.

Entlassmanagement in Kraft

Seit 1. Oktober gilt der Rahmenvertrag Entlassmanagement. Er soll die Versorgung von Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt verbessern. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich auf Basis des Versorgungsstärkungsgesetzes dazu geeinigt. Krankenhäuser erhalten nun ein Verordnungsrecht für zahlreiche Leistungen wie Arznei- und Hilfsmittel. Außerdem können sie Patienten krankschreiben. Wichtige Voraussetzung: Der Patient stimmt dem Entlassmanagement vorher schriftlich zu. Weitere Informationen unter:

www.aok-gesundheitspartner.de
Webcode: W279012

Rehabilitation: Verzögerungen bei der Antragsbearbeitung vermeiden

Damit die AOK PLUS Anträge auf Rehabilitation oder Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen schnell bearbeiten kann, ist es wichtig, dass die Anträge vollständig ausgefüllt sind. Sonst muss die Gesundheitskasse die fehlenden Informationen für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einholen, wodurch sich die Leistungsentscheidung verzögert.

Bei einem Antrag auf eine Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme (Vorsorge oder Rehabilitation) sollte der Arzt auch die auf den Versicherten zutreffenden Kontextfaktoren benennen, welche die Maßnahme erforderlich machen. Das können zum Beispiel Bewegungsmangel, Partner- oder Eheprobleme, Herausforderungen in der Erziehung, dauernder Zeitdruck oder Mehrfachbelastung durch Beruf und Familie sein.

Bei der Verordnung einer Rehabilitationsmaßnahme (Muster 61) ist es sinnvoll, die relevanten Befunde bei der Antragstellung mit einzureichen. Voraussetzung hierfür ist die ausdrückliche Zustimmung des Patienten. Sollte der Patient nicht einverstanden sein, vermerkt der Arzt die vorliegenden Befunde auf dem Antrag. Die AOK PLUS fordert sie dann für den MDK direkt beim Arzt ab.

DMP auf dem Überweisungsschein angeben

Vertragsärzte, die einen DMP-Patienten an die zweite Versorgungsebene überweisen, sollten unbedingt das DMP des Versicherten auf dem Überweisungsschein angeben (siehe Beispielüberweisung). Sie stellen damit die Qualität der Weiterbehandlung sicher. Der behandelnde Arzt sieht gleich, dass der Patient gültiger DMP-Teilnehmer ist, und spart sich dadurch den Klärungsaufwand.

Eine DMP-Überweisung an besonders qualifizierte Vertragsärzte kann nur dann erfolgen, wenn der Versicherte gültig im DMP eingeschrieben ist. Ob das der Fall ist, können koordinierende DMP-Ärzte den Patientenunterlagen entnehmen oder dem AOK-Quartalsbrief, den koordinierende Vertragsärzte regelmäßig erhalten.

Überweisungsschein 06

Freigabe 01.09.2014

Name, Vorname des Versicherten: Max Mustermann

geb. am: 11.09.11

Kostenbegrüßung: XXX | Weichen-Nr.: XXX | Status: XX

Dienststellen-Nr.: XXX | AGZ-Nr.: XXX | L33UM: 11.09.11

Diagnose/Verdachtsdiagnose: DMP-Teilnehmer, DM2 oder KHK oder Asthma/COPD

Befund/Medikation:

Kurativ Präventiv Behandl. gemäß § 116b SGB V bei belagärztl. Behandlung

Unfall Datum der GP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Ausführung von Auftragsleistungen Konsiliaruntersuchung Mit-Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

AU-Bescheinigungen am gleichen Tag

Bitte stellen Sie Arbeitsunfähigkeits-(AU)-Bescheinigungen für Ihre Patienten am gleichen Tag aus – auch nach einem stationären Aufenthalt – und senden Sie diese an die AOK PLUS. So unterstützen Sie eine zügige Bearbeitung.

Wenn DMP-Patienten ihren Arzt oder ihre Kasse wechseln

Wechselt ein DMP-Patient seinen Arzt, dokumentiert der neue Arzt mit der Folgedokumentation weiter. Eine Neueinschreibung des Patienten in das Behandlungsprogramm ist nicht erforderlich. Für eine reibungslose weitere DMP-Betreuung ist es deshalb sinnvoll, mit dem neuen Patienten zu klären, ob er eventuell bereits vom bisherigen Arzt ins Programm eingeschrieben wurde. Ist sich der Patient nicht sicher, erteilt die AOK PLUS gern Auskunft unter 0800 10590-67134.

Patienten, die vorher bei einer anderen Krankenkasse oder anderen AOK versichert waren, müssen immer mit einer Teilnahme-/Einwilligungserklärung und Erstdokumentation neu eingeschrieben werden. Bei Kassenwechslern ist außerdem unbedingt zu beachten, dass die Krankenversicherungskarte der neuen Krankenkasse erst ab Versicherungsbeginn benutzt wird.

Ausblick auf die Themen im vierten Quartal 2017

Auch im vierten Quartal 2017 sind unsere Vertragspartnerberater wieder mit interessanten Themen in den Praxen unterwegs. Die Schwerpunkte sind diesmal:

- ARMIN
- Sekundär- und Primärprävention
- Versorgungsverträge
- Disease-Management-Programme (DMP)
- Praxispersonalschulungen

Natürlich können Sie und Ihr Praxisteam auch andere Themen mit unseren Vertragspartnerberatern besprechen. 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

