

Alles Gute zum neuen Jahr!

Wir danken Ihnen herzlich für die gute Zusammenarbeit und Ihr Engagement in der Vergangenheit und wünschen Ihnen und Ihren Familien für 2017 alles Gute, beste Gesundheit und viel Erfolg. Auch in diesem Jahr freuen wir uns wieder auf ein konstruktives Miteinander.

Ansprechpartner

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
Klinik und Poliklinik für
Neurologie, SOS-NET und
SOS-Care

Leiterin: Dr. med. Jessica
Barlinn, jessica.barlinn@uniklinikum-dresden.de

Case Manager (DGCC)
SOS-Care: Uwe Helbig,
uwe.helbig@uniklinikum-dresden.de

Informationen zu den Versorgungsverträgen der AOK PLUS in Sachsen

Diabetes: AOK PLUS bietet komfortablere Flash-Glukose-Messung

Gute Nachrichten für alle bei der AOK PLUS versicherten Diabetiker, die eine intensivierte Insulintherapie durchführen und dafür regelmäßig mittels Teststreifen und Messgerät ihren Blutzucker bestimmen: Sie können seit 1. Januar 2017 die wesentlich komfortablere Flash-Glukose-Messung nutzen. Bei dieser Methode wird ein Sensor von der Größe einer Zwei-Euro-Münze am Oberarm auf die Haut geklebt und die Spitze in die Unterhaut gestochen. Der Sensor misst und speichert permanent den aktuellen Glukosewert. Ebenso zeigt er den Glukoseverlauf der letzten acht Stunden und einen Trendpfeil an. Der Sensor kann bis zu 14 Tage am Körper bleiben.

Die Kosten für das Lesegerät und die Sensoren übernimmt die AOK PLUS als Satzungsleistung. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass der behandelnde Diabetologe die Notwendigkeit der Flash-Glukose-Messung bestätigt und sie verordnet. Vor Versorgungsbeginn ist eine Genehmigung der AOK PLUS erforderlich. Die AOK PLUS hat die Diabetologen in Sachsen und Thüringen über die neue Leistung informiert.

Hilfe nach Schlaganfall mit SOS Care

Schlaganfallpatienten, die bei der AOK PLUS versichert sind, können seit 1. Oktober 2016 am Nachsorgeprogramm „SOS Care – Hilfe nach Schlaganfall“ teilnehmen. Die AOK PLUS bietet diese Möglichkeit gemeinsam mit dem Dresdner Universitäts-Schlaganfall-Centrum (DUSC) am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an.

In dem deutschlandweit einmaligen Projekt bekommt der Patient zwölf Monate lang einen Case Manager als persönlichen Betreuer zur Seite gestellt. Dieser „Schlaganfall-Lotse“ koordiniert bereits im Krankenhaus und später auch zu Hause die weitere medizinische Betreuung. Er motiviert den Patienten zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil, zur Reduzierung seiner Risikofaktoren und zur Medikamententreue. Ziel ist es, einen erneuten Schlaganfall und damit verbundene Folgeleiden zu verhindern.

Der Case Manager übernimmt keine Aufgaben oder Leistungen der beteiligten Mediziner. Er ist hauptsächlich dafür zuständig, eine koordinierte Nachsorge sicherzustellen und den Patienten zu beraten. Für die Dokumentation, Berichterstattung, die Steuerung der Versorgung und den Austausch zwischen den Akteuren innerhalb der Versorgungskette kommt eine elektronische Patientenakte zum Einsatz.

Geplant ist, zwei weitere Krankenhäuser in der ländlichen Region in Ostsachsen in das Projekt einzubinden. Eine am Uniklinikum Dresden angesiedelte Leitstelle soll die regional tätigen Case Manager bei ihren Aufgaben unterstützen.

Neue Muster zur Verordnung von Heilmitteln

Die Vordrucke für die Verordnung von Heilmitteln (Muster 13, 14, 18) haben sich zum 1. Januar 2017 geändert. Neu ist ein zweites Feld für den ICD-10-Code. Es dient vor allem der Berücksichtigung von besonderen Verordnungsbedarfen für Heilmittel gemäß § 106 Abs. 2 SGB V.

ARMIN – Hinweise zur Einschreibung von Versicherten

Bei der Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen (ARMIN) managen Ärzte und Apotheker gemeinsam 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 müssen.

Damit die Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten vor allem beim Medikationsmanagement reibungslos funktioniert, möchten wir hier einige Hinweise geben:

- Die Internetseite www.arzneimittelinitiative.de enthält neben fachlichen Informationen auch eine Suchfunktion. Damit lassen sich Apotheken und Ärzte recherchieren, die an ARMIN in den Stufen 1 und 2 teilnehmen. Das erleichtert die Suche nach möglichen Partnern.
- Ob die Praxis oder Apotheke die technischen Voraussetzungen für die Stufe 3 bereits erfüllt, zeigt die ARMIN-Website nicht an. Diese Information erhalten Ärzte am besten im Dialog mit ihrem möglichen Partner(-n). Dabei sollten sie besprechen, welche Betreuungsmöglichkeiten und -kapazitäten sie für die Einschreibung von ausschließlich bei der AOK PLUS versicherten Patienten in ARMIN vorhalten können.
- Wenn die technischen Voraussetzungen vorliegen und die Kassenärztlichen Vereinigungen in Sachsen und Thüringen (KVS, KVT) beziehungsweise die Apothekerverbände (SAV, ThAV) der AOK PLUS die Teilnahme an der 3. Stufe zum Modellvorhaben mitgeteilt haben, schickt diese den Ärzten und Apotheken die Unterlagen für die Ansprache und Einschreibung der Patienten in der Regel nach ein bis zwei Wochen zu. Das Teilnahmepaket enthält die Patienten-Teilnahme-/Einwilligungserklärung (TE-EWE) sowie weitere Unterlagen mit Informationen zum Medikationsmanagement.
- Die Teilnahme des Patienten ist grundsätzlich freiwillig. Der Patient muss vom Arzt und vom Apotheker eingeschrieben werden. Das heißt, sowohl Arzt und Apotheker als auch der Patient müssen die TE-EWE unterschreiben. Arzt, Apotheker und Patient erhalten je einen Durchschlag. Hat der zuletzt unterschreibende Arzt oder Apotheker die vollständig ausgefüllten TE-EWE an die AOK PLUS übersandt, erfasst diese die Teilnahme. Wenn die Teilnahme gültig wird, schaltet die AOK PLUS den Patienten mit seinem leeren Medikationsplan auf dem Medikationsplanserver frei und versendet gleichzeitig ein Begrüßungsschreiben an den Patienten. Diese Bearbeitung nimmt circa zehn Arbeitstage in Anspruch.
- Mit der Freischaltung des Patienten auf dem Medikationsplanserver kann der in ARMIN festgelegte Betreuungsablauf starten.
- Sollten Sie Fragen zu ARMIN oder speziell zur Einschreibung haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Vertragspartnerberater.

Übermittlung von Unterlagen für MDK-Begutachtungen neu geregelt

Krankenkassen sind nach wie vor berechtigt, Befunde für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) bei den Leistungserbringern anzufordern. Nach Inkrafttreten der Änderung des § 276 Abs. 2 SGB V durch das Krankenhausstrukturgesetz dürfen Ärzte jedoch Sozialdaten, also auch Befunde und Berichte, nicht mehr an die anfordernde Krankenkasse, sondern nur noch an den MDK senden.

Ergotherapie und Logopädie: Leitsymptomatik angeben

Bei der Verordnung von Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Ergotherapie müssen Ärzte die Leitsymptomatik immer gesondert angeben, da sich diese nicht aus der Diagnosegruppe beziehungsweise dem Indikationsschlüssel ergibt. Beispiele für Formulierungen enthält der Heilmittelkatalog. Andere Formulierungen sind ebenfalls möglich.

Für die unkomplizierte Übermittlung der Unterlagen nutzen Ärzte den neuen Weiterleitungsbogen (Muster 86). Er enthält alle notwendigen Informationen – die Daten der Versicherten und Ärzte, der Krankenkasse sowie im Adressfeld die Anschrift des zuständigen MDK. Der Weiterleitungsbogen ermöglicht die automatisierte Zuordnung der übermittelten Befunde zur Krankenkasse und deren Leistungsbereich sowie zum Versicherten. Doppelanforderungen werden so vermieden. Weitere Informationen oder Besonderheiten, die für die Beurteilung durch den MDK relevant sind, können Ärzte formlos dem Weiterleitungsbogen beifügen. Für alle Unterlagen nutzen Sie den Freiumschlag mit der Aufschrift „Unterlagen für den MDK“, den Sie mit der Befundanforderung erhalten.

Hinweis: Leistungsanträge mit Befundangaben (zum Beispiel Muster 61) und Arztanfragen gehen auch weiterhin direkt an die zuständige Krankenkasse. Eine Einbindung des MDK ist nicht erforderlich.

DMP: AOK PLUS unterstützt Ärzte bei der Beratung von Patienten

Seit mehr als drei Jahren unterstützt die AOK PLUS Ärzte bei der Einschreibung ihrer Patienten in die Disease-Management-Programme (DMP) Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit und Asthma/COPD, indem sie Versicherte telefonisch über die Vorteile einer DMP-Teilnahme berät. Für diesen besonderen Service können Ärzte der AOK PLUS chronisch kranke AOK-Versicherte nennen. Ist der Versicherte an einer DMP-Teilnahme interessiert, erhält er ein Schreiben, das ihn über die Vorteile des jeweiligen DMP informiert und die Teilnahme-/Einwilligungserklärung enthält. Der Patient kommt so bereits gut informiert mit dem Teilnahmeformular in die Praxis und das DMP kann schnell und komplikationslos beginnen. Die Einschreibung verkürzt sich, der Beratungsaufwand verringert sich erheblich und es bleibt mehr Zeit für die Behandlung.

Seit Beginn dieses Angebotes hat die AOK PLUS bereits mehr als 20.000 Versicherte mit gutem Erfolg telefonisch beraten. Auch 2017 bietet sie diesen Service an. Sprechen Sie Ihren Vertragspartnerberater der AOK PLUS einfach an.

Praxispersonalschulungen auch 2017

Guter Rat ist teuer. Aber nicht bei der AOK PLUS. Auch 2017 bietet die Gesundheitskasse Arztpraxen in Sachsen und Thüringen Schulungen an zu Themen wie Hilfsmittel, Fahrkosten, häusliche Krankenpflege, Impfen oder Disease-Management-Programme. Dabei erhalten die Teilnehmer nicht nur Fachinformationen, sondern auch jede Menge Tipps.

Bisher kamen die Schulungen sehr gut an. Die Teilnehmer lobten besonders die Praxisnähe der Inhalte und den Freiraum für Fragen und Erfahrungsaustausch. Außerdem trage die Art der Fortbildung zur Entlastung im Praxisalltag bei und erhöhe die Qualität der Arbeit.

Lassen auch Sie Ihr Praxispersonal die kostenfreie Schulbank der AOK PLUS nutzen. Ihr Vertragspartnerberater informiert und unterstützt Sie gern.

Pflegehilfsmittel: MDK ermittelt Bedarf

Bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Anträge auf Pflegeleistungen ermittelt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) seit Jahresbeginn auch, ob ein Bedarf an (Pflege-)Hilfsmitteln besteht. Ist das der Fall, gibt er im Pflegegutachten eine entsprechende Empfehlung. Bei (Pflege-)Hilfsmitteln, die die Pflege erleichtern, die Beschwerden des Pflegebedürftigen lindern oder ein selbstständigeres Leben ermöglichen, gilt die Empfehlung als Antrag und es ist keine ärztliche Verordnung beziehungsweise kein Rezept mehr nötig. Der Pflegebedürftige muss der Empfehlung zustimmen. Die Kranken- oder Pflegekasse veranlasst dann in Absprache mit dem Versicherten alles Weitere.

Vertragspartnerberater und Themenausblick

In dieser Ausgabe des Newsletters ist hin und wieder von Vertragspartnerberatern die Rede. Dahinter verbergen sich unsere Arztberater, die ihr Aufgabenfeld erweitert haben. Sie stehen nicht mehr nur Ärzten, sondern auch anderen Vertragspartnern zur Verfügung. Daher die neue Bezeichnung. Für Sie ändert sich nichts. Ihr Vertragspartnerberater kommt weiterhin zu Ihnen in die Praxis und informiert Sie über interessante Themen, berät Sie und beantwortet Ihre Fragen. Die Schwerpunkte im ersten Quartal 2017 sind:

- Chroniker: sachlich richtige und vollständige Diagnosedokumentation chronischer Erkrankungen anhand von Praxisbeispielen
- ARMIN: Beratung zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der patientenindividuellen Arzneimittelversorgung

Ihr Vertragspartnerberater freut sich auf den nächsten Besuch!

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-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

Ralf aus Freital #inbestenhaenden

„Die machen aus Sportmuffeln Sportsfreunde.“

Gesundheit in besten Händen

**AOK
PLUS**