

DMP-Dokumentationen nicht angekommen

Aufgrund eines technischen Ausfalls konnte die DMP-Datenstelle in der Zeit vom **17. bis 20. März 2017**

keine E-Mails empfangen.

Sollten Sie in diesem Zeitraum Dokumentationsdaten per E-Mail an die Datenstelle übermittelt haben, bitten wir Sie dringend, diese bis spätestens zum 22. Mai 2017 erneut zu versenden.

Informationen zu den Versorgungsverträgen der AOK PLUS in Sachsen

Flash-Glukose-Messung: Hinweise zur Qualifikation der verordnenden Ärzte

Seit 1. Januar 2017 übernimmt die AOK PLUS die Kosten für die Flash-Glukose-Messung. Die Versicherten nehmen das Angebot sehr gut an. Inzwischen nutzen knapp 2.000 Diabetiker das Flash-Glukose-Messsystem FreeStyle Libre.

In diesem Zusammenhang wird die AOK PLUS immer wieder gefragt, welche Qualifikation die verordnenden Ärzte benötigen. Bei ihrer Satzungserweiterung hat sich die AOK PLUS an den Anforderungen orientiert, die der Gemeinsame Bundesausschuss in seinem Beschluss zur Kostenübernahme für die kontinuierliche, interstitielle Glukosemessung mittels Real-Time-Messgeräten (rtCGM) festgelegt hat. Das bedeutet, die AOK PLUS erkennt die Verordnungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin oder von Praktischen Ärzten oder Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit folgenden Qualifikationen an:

- Anerkennung als „Diabetologe DDG“ und/oder
- Zusatzbezeichnung „Diabetologie“ und/oder
- Schwerpunktbezeichnung „Endokrinologie“ beziehungsweise „Endokrinologie und Diabetologie“ oder
- bei Kinderärzten „Kinder-Endokrinologie und Diabetologie“

ARMIN: So funktioniert die Patientenbetreuung beim Medikationsmanagement

Bei der Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen (ARMIN) managen Ärzte und Apotheker gemeinsam die Medikation vor allem chronisch kranker Patienten, die fünf und mehr Medikamente dauerhaft einnehmen müssen. Die Betreuung dieser Patienten läuft dabei nach einem abgestimmten Schema ab: Sobald der Patient in ARMIN eingeschrieben ist, erhält er von der AOK PLUS ein Begrüßungsschreiben. Darin wird er gebeten, sich an seine betreuende Apotheke zu wenden. Gleichzeitig schaltet die AOK PLUS den Patienten auf dem Medikationsplanserver frei. Damit kann er über das Praxis-Verwaltungssystem aufgerufen werden.

Für jeden Medikationsplan eines eingeschriebenen Versicherten wird ein Betreuungsstatus auf dem Medikationsplanserver geführt. Ärzte und Apotheker können diesen verfolgen, sobald der Patient freigeschaltet wurde. Dazu enthält das Verwaltungssystem einen entsprechenden Menüpunkt. Der Betreuungsstatus gibt Auskunft über den Bearbeitungsstand und unterstützt die klar definierte Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker. Die Statusanzeige verhindert außerdem, dass zwei oder mehr Leistungserbringer einen Medikationsplan gleichzeitig bearbeiten.

Status	Bedeutung
0	Unbearbeiteter/leerer Medikationsplan
1	Erfassung Gesamtmedikation vom Apotheker begonnen
2	Erfassung Gesamtmedikation vom Apotheker abgeschlossen
3	Erstellung vom Arzt begonnen
4	Erstellung vom Arzt abgeschlossen
5	Finalisierung des Medikationsplans durch Apotheker begonnen
6	Finalisierung des Medikationsplans durch Apotheker abgeschlossen
7	Frei zur Bearbeitung
8	In Bearbeitung durch Apotheker
9	In Bearbeitung durch Arzt

Der Status eines Versicherten im Betreuungskonzept von ARMIN

Den ersten Schritt bei der Betreuung eines Versicherten im ARMIN-Medikationsmanagement übernimmt die Apotheke. Sie erfasst unter anderem die Angaben des Patienten zur Gesamtmedikation einschließlich der Einnahmegewohnheiten, Therapietreue sowie möglicher Fehlerquellen. Zu diesem Zeitpunkt kann die Arztpraxis den Medikationsplan des Versicherten noch nicht bearbeiten (Status 0 oder 1). Das geht erst, wenn die Apotheke die Erfassung der Gesamtmedikation abgeschlossen hat und den Medikationsplan auf dem Medikationsplanserver zur Verfügung stellt. Von diesem Moment an befindet sich der Patient im Status 3 und die Apotheke kann den Plan nicht mehr bearbeiten.

Die von der Apotheke erfasste Gesamtmedikation bildet die Grundlage für die Aufgaben des Arztes innerhalb des ARMIN-Medikationsmanagements. Dazu zählt, die Gesamtmedikation zu priorisieren, wobei der Arzt die hausärztliche Leitlinie „Multimedikation“ berücksichtigt.

Weitere Details zu den Abläufen im Medikationsmanagement enthält die „Handlungsanleitung zum Medikationsmanagement“, die Ärzte als Teil des ARMIN-Teilnahmepekets von der AOK PLUS erhalten. Der Newsletter Versorgungsmanagement vom Januar 2017 unter www.aok-gesundheitspartner.de (Webcode: W79152) informiert über die Einschreibung der Patienten.

Hinweise zur Abrechnung: Leistungen im Rahmen von ARMIN werden zusätzlich vergütet. Ärzte können sie mit der normalen Quartalsabrechnung gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen. Die erste Betreuungspauschale (der Startintervention) können sie jedoch frühestens in Rechnung stellen, wenn sie den ersten konsolidierten Medikationsplan auf Wirkstoffebene erstellt und an die Apotheke übermittelt haben. Das heißt, der Versicherte muss sich auf dem Medikationsplanserver im Status 4 befinden.

**Präventionsprogramme
ausgeschrieben**

Für die Umsetzung der weiterentwickelten AOK PLUS-Programme der Sekundärprävention ab 2018 läuft derzeit ein Ausschreibungsverfahren.

Präventionskurse jetzt online finden

Versicherte können Präventionsangebote der AOK PLUS jetzt schnell und bequem online suchen. Auf plus.aok.de (Stichwort: Gesundheitskurs) finden sie Kurse und Programme in ihrer näheren Umgebung und können darüber hinaus den Gutschein für eine kostenfreie Teilnahme beantragen.

Um an einem der vier therapieunterstützenden Programme „Rücken“, „Herz-Kreislauf“, „Leichter und aktiver leben“ und „Ernährungsberatung“ teilnehmen zu können, benötigen die AOK PLUS-Versicherten einen ärztlichen Antragsbogen. Den Antrag auf Sekundärprävention der AOK PLUS sowie weitere Informationen finden Ärzte im Gesundheitspartnerportal der AOK: www.aok-gesundheitspartner.de, Webcode: W143745.

Die AOK PLUS bietet ihren Versicherten rund 15.000 Kurse zur Primärprävention, über 800 Gesundheitsangebote für junge Familien sowie 4 spezifische AOK PLUS-Programme der Sekundärprävention bei 82 verschiedenen Vertragspartnern. Ärzte können ihre AOK PLUS-versicherten Patienten gern auf die neue Online-Kurssuche hinweisen.

DMP: keine verlängerte Abgabefrist für Erstdokumentationen

Ab 1. Juli 2017 gibt es für DMP-Erstdokumentationen keine verlängerte Übermittlungsfrist mehr. Das heißt: Erstdokumentationen mit einem Erstelldatum ab Juli 2017 müssen spätestens 52 Tage nach Quartalsende vollständig und plausibel ausgefüllt in der Datenstelle vorliegen. Damit besteht für Erst- und Folgedokumentation die gleiche Frist zur Einreichung bei der DMP-Datenstelle.

22. Mai 2017	Erstdokumentation IV/2016 Folgedokumentation I/2017
21. August 2017	Erstdokumentation I/2017 Folgedokumentation II/2017
21. November 2017	Erstdokumentation II/2017 und III/2017 Folgedokumentation III/2017

Hinweis: Am günstigsten ist es, die DMP-Dokumentationen mindestens monatlich an die Datenstelle zu übermitteln. So können mögliche Fehler frühzeitig erkannt und korrigiert werden. Eine digitale Übermittlung verringert auch die Störanfälligkeit der Datenlesbarkeit.

Die aktuellen Verfristungstermine können unter www.dmpservices.de/index.php/aerzte-kliniken/verfristungstermine abgerufen werden.

DMP: Hinweise zur Dokumentationsübermittlung

Sendet eine Arztpraxis die DMP-Dokumentationen per E-Mail an die Datenstelle, erhält sie schon nach kurzer Zeit eine automatische Eingangsbestätigung. Bei einem Versand der Daten per Diskette oder CD-ROM meldet sich die Datenstelle dagegen nur bei der Praxis, wenn der Datenträger nicht lesbar ist.

Die E-Mail mit der Eingangsbestätigung informiert die Praxis nicht über die Qualität der Daten (plausibel/nicht plausibel, fristgerecht/verfristet). Auskunft dazu gibt die monatliche Arztinformation. Sie enthält eine detaillierte Aufstellung aller Dokumentationen, die im Vormonat bei der Datenstelle eingegangen sind. Die Arztinformation wird an die Adresse der Betriebsstättennummer (BSNR) gesendet. Die Aufstellung erfolgt dann arztbezogen. Das heißt, bei Gemeinschaftspraxen oder MVZ erhält jeder Arzt eine Aufstellung der von ihm eingereichten Dokumentationen. Stellen Ärzte in der Arztinformation Abweichungen zu ihren Unterlagen fest, sollten sie sich möglichst zeitnah mit der Datenstelle in Verbindung setzen.

Hinweis: Ab 1. Januar 2018 können Praxen ihre Dokumentationen nicht mehr per Datenträger (Diskette/CD-ROM) bei der Datenstelle einreichen. Spätestens dann sollten sie Dokumentationen per E-Mail übermitteln oder das Arztonlineportal der Datenstelle nutzen. Informationen dazu finden sich auch unter: www.dmpservices.de

HzV Sachsen: Patienten über ihre Rechte und Pflichten informieren

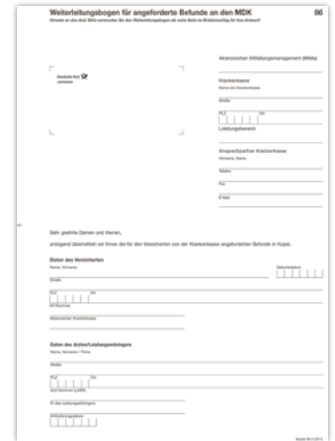
Die ersten Abrechnungen im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) Sachsen haben gezeigt: Manche Versicherte konsultieren nicht nur ihren HzV-Arzt, sondern daneben auch andere Hausärzte. Das entspricht jedoch nicht den Zielen der HzV. Der HzV-Arzt erhält so nicht mehr alle Gesundheitsinformationen und kann seiner Rolle als Lotse und Koordinator nicht gerecht werden. Der AOK PLUS können dadurch zusätzliche Kosten entstehen. Für eine reibungslose Umsetzung der HzV Sachsen bitten wir Ärzte, ihre Patienten vor der Einschreibung in die HzV Sachsen auf folgende Punkte hinzuweisen:

- Der Versicherte verpflichtet sich mit seiner Teilnahme an der HzV Sachsen, nur den gewählten HzV-Hausarzt aufzusuchen. Eine Kündigung ist erst zum Ablauf eines Jahres möglich.
- Im Vertretungsfall konsultieren Patienten den vom HzV-Arzt benannten HzV-Vertretungsarzt.
- Der HzV-Hausarzt bietet für Berufstätige eine wöchentliche Terminsprechstunde ab 7 Uhr oder bis mindestens 20 Uhr beziehungsweise eine Samstagsterminsprechstunde an.
- Die Wartezeit wird bei vorheriger Anmeldung des Patienten auf maximal 30 Minuten begrenzt.

Alle wichtigen Informationen, Rechte und Pflichten zum Programm können Versicherte in der Patienteninformation nachlesen. Diese enthält auch Hinweise auf mögliche Konsequenzen, wenn sie sich nicht an den Vertrag halten. Der Versicherte unterschreibt mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, dass sein Hausarzt ihn umfassend über die Inhalte des HzV-Vertrages informiert hat.

Arbeitsunfähigkeit: Befundunterlagen direkt an den MDK senden

Krankenkassen sind berechtigt, Befunde von arbeitsunfähigen Patienten für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) anzufordern. Seit Jahresbeginn dürfen Ärzte diese nur noch direkt an den MDK übermitteln. Die Befunde von Versicherten der AOK PLUS werden wie gewohnt von den Mitarbeitern der Gesundheitskasse angefordert. Um die Zusendung an den MDK zu erleichtern, legt die AOK PLUS der Befundanforderung einen Weiterleitungsbogen und einen Freiumschlag bei. Die Befundkopien können an den Weiterleitungsbogen anhängt werden. Damit die Unterlagen korrekt zugestellt werden, enthält der Weiterleitungsbogen bereits die Adresse des zuständigen MDK. Die Arztanfrage (Muster 52) senden Ärzte weiterhin an die AOK PLUS.



Kopien der Befunde können Ärzte direkt an den Weiterleitungsbogen anhängen.

Muster 1 gilt für gesamte Arbeitsunfähigkeit

Seit 1. Januar 2016 stellen Ärzte für die gesamte Zeit der Arbeitsunfähigkeit, auch für die Zeit einer stufenweisen Wiedereingliederung, nur noch das Muster 1 aus. Die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit bescheinigen sie dabei in der Regel für einen Zeitraum von bis zu zwei Wochen. Nur, wenn es aufgrund der Erkrankung oder eines besonderen Krankheitsverlaufs erforderlich ist, attestieren sie die Arbeitsunfähigkeit bis zur voraussichtlichen Dauer von einem Monat.

Bitte beachten: Das Muster 1 enthält folgende neue Felder.

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stufenweise Wiedereingliederung

Sonstige

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

Ein Kreuz in diesem Feld **bedeutet**, dass es sich um eine Bescheinigung für die Zahlung von Krankengeld handelt.

Die Angabe des Endes der Arbeitsunfähigkeit ist **wichtig für die Beendigung der Krankengeldzahlung.**

Innovationsfonds: Konzepte gesucht

So facettenreich wie unser Gesundheitswesen können auch die Konzepte zur Verbesserung der Versorgung sein. Um diese zu fördern, hat die Bundesregierung 2015 den Innovationsfonds aufgelegt. Das Programm soll insbesondere die sektorenübergreifende Versorgung in Deutschland verbessern. Dafür stehen von 2016 bis 2019 jährlich 225 Millionen Euro für die Förderung neuer Versorgungsformen und 75 Millionen Euro für Projekte zur Versorgungsforschung zur Verfügung. Auch die AOK PLUS ist bestrebt, die Versorgung ihrer Versicherten durch innovative Vorschläge zu optimieren. Sie begrüßt daher die Möglichkeit, mit dem Innovationsfonds besonders solche Projekte voranzutreiben, die die selektivvertragliche Versorgung dauerhaft weiterentwickeln.

Haben Sie Vorschläge oder Projektideen? Dann senden Sie uns diese bitte an innovationsfonds@plus.aok.de. Wir freuen uns über Ihr Interesse und Engagement, Versorgung innovativ mitzugestalten.

Themenausblick für das zweite Quartal 2017

Auch im zweiten Quartal 2017 wird Sie Ihr Vertragspartnerberater zu den verschiedensten Themen ansprechen. Die Schwerpunkte sind diesmal:

- ARMIN: Beratung zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der patientenindividuellen Arzneimittelversorgung
- Disease-Management-Programme (DMP)
- Praxispersonalschulungen

Darüber hinaus können Sie und Ihr Praxisteam natürlich auch weiterhin alle Themen, die Sie bewegen, 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 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

Gesundheit in besten Händen

Vertrauen Sie der Nr. 1 in Sachsen und Thüringen

AOK PLUS

Gesundheit in besten Händen