

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 Thüringen

HzV Thüringen: QuATRo startet ab dem zweiten Quartal

Ab dem zweiten Quartal 2017 werden erstmals QuATRo-Qualitätsberichte in der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) Thüringen eingesetzt. QuATRo steht für „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“. Ziel des AOK-weiten Projekts ist es, standardisierte Qualitätsberichte in der ambulanten Versorgung zu etablieren. Die Berichte bilden Qualitätsindikatoren ab, die auf Routinedaten basieren. Sie sollen das praxisinterne und regionale Qualitätsmanagement von niedergelassenen Ärzten unterstützen.

An der Pilotphase teilnehmende Qualitätszirkel erhalten jeweils einen aggregierten Bericht über alle HzV-Versicherten, die von einem HzV-Arzt des Zirkels behandelt wurden. Zudem stellt die AOK PLUS auf Wunsch jedem HzV-Arzt des teilnehmenden Zirkels einen eigenen Praxisbericht zur Verfügung.

Die Qualitätsberichte beinhalten fünf Qualitätsindikatoren, die das Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA-Institut) entwickelt hat. Gemessen wird unter anderem die Prozessqualität der HzV Thüringen, darunter die Hausarztentreue der Versicherten. Ein weiterer Schwerpunkt ist das Thema Prävention. Die Berichte bilden zum Beispiel die Influenza-Impfquote ab. Eine flächendeckende Einführung der QuATRo-Qualitätsberichte in der HzV Thüringen ist für 2018 geplant.

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“

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 therapieunterstützten 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: W143686.

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: 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, 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. Diese enthält eine 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

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 festen Schema ab: Sobald der Patient in ARMIN eingeschrieben ist, erhält er von der AOK PLUS ein Begrüßungsschreiben. Darin bittet sie ihn, sich an seine

**ARMIN-Leistungen
abrechnen**

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.

betreuende Apotheke zu wenden. Gleichzeitig schaltet die AOK PLUS den Patienten auf dem Medikationsplanserver frei; so kann das Praxis-Verwaltungssystem ihn aufrufen.

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	Ersterstellung vom Arzt begonnen
4	Ersterstellung 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 Ersterfassung 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 „Multi-medikation“ berücksichtigt.

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

Asylbewerber bekommen jetzt die Gesundheitskarte

Seit Jahresbeginn erhalten Asylbewerber in Thüringen die Gesundheitskarte (eGK), mit der sie direkt zum Arzt gehen können. In der Regel haben sie aber nur Anspruch auf Notfallbehandlungen, da sie noch keinen Versichertenstatus innehaben. Asylsuchende erhalten erst die vollen Leistungen und können die Krankenkasse frei wählen, wenn ihr Asylantrag Erfolg hatte oder sie schon 15 Monate in Deutschland leben. Die Regelungen basieren auf der im vergangenen Jahr geschlossenen Rahmenvereinbarung zwischen dem Freistaat Thüringen, den Krankenkassen und den kommunalen Spitzenverbänden.

Asylbewerber nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG),
das heißt Menschen, deren Asylverfahren noch läuft,

... haben Anspruch auf ...

- erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen,
- einschließlich einer Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstigen erforderlichen Leistungen zur Genesung, Besserung oder Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen

... erhalten keine ...

- medizinischen Leistungen zur Vorsorge nach §§ 23 Abs. 2, 4 und 24 SGB V
- Haushaltshilfe nach den Regelungen des § 38 SGB V
- künstliche Befruchtung und Sterilisation (§ 27a SGB V)
- Leistungen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme **bei chronischen Krankheiten (DMP)** im Sinne des § 137f SGB V
- Leistungen aus Wahltarifen nach § 53 SGB V
- Leistungen im Ausland
- Leistungen, die sich aus Regelungen und Verträgen der Krankenkassen zur **Integrierten Versorgung** (§ 140a–d SGB V) oder aus **Selektivverträgen zur ambulanten Versorgung** (§§ 63, 73b, c SGB V) ergeben
- Satzungs-mehrleistungen
- Entgeltersatzleistungen

Bitte beachten: Die AOK PLUS kann für die genannten ausgeschlossenen Leistungen keine Kosten oder Vergütungen übernehmen. Auf welche Leistungen ein Patient Anspruch hat, erkennen Ärzte beim Einlesen der eGK in die Praxisverwaltungssoftware. Bei Asylbewerbern, die noch nicht den vollen Leistungsumfang erhalten, wird der Versichertenstatus 1 „Versicherte“ durch die besondere Personengruppe „09“ (betreute Asylbewerber nach § 264 Abs. 1 SGB V) ergänzt.

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 insbesondere 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

