

Informationen zu den Versorgungsverträgen der AOK PLUS in Thüringen

Neue EBM-Positionen für die geriatrische Versorgung

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Juli 2016 neue Regelungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen.

- Abschnitt 30.13 (Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung) wurde neu hinzugefügt.
- Zweite Anmerkung zur GOP 03362 im Abschnitt 3.2.4 wurde geändert.

Die neue gesetzliche Regelung ermöglicht flächendeckend eine strukturierte ambulante Diagnostik und Behandlung geriatrischer Patienten. Erster Ansprechpartner und Koordinator in der Behandlung geriatrischer Patienten bleibt der Hausarzt, entsprechende Qualifikationen werden gefördert. Für ein weiterführendes geriatrisches Assessment können Hausärzte ihre Patienten an einen spezialisierten geriatrischen Vertragsarzt oder eine Geriatrische Institutsambulanz (GIA) überweisen und die Behandlung nach Festlegung einer Therapie durch den spezialisierten geriatrischen Vertragsarzt/GIA fortsetzen. Die Vorabklärung und Durchführung des weiterführenden geriatrischen Assessments sowie die Einleitung und Koordination der Behandlung werden nun extrabudgetär vergütet.

Ein solches Versorgungsmodell haben die AOK PLUS und die KVS seit Anfang des Jahres 2015 in der Region Leipzig gemeinsam mit einer Geriatrischen Praxis und den Hausärzten des Leipziger Gesundheitsnetzes erprobt. Die Erfahrungen untermauern die Sinnhaftigkeit einer wohnortnahen vertragsärztlichen Versorgung von geriatrischen Patienten. Die langjährige Arzt-Patient-Beziehung und eine Behandlung in vertrauter Umgebung wirken sich bei älteren Menschen sehr positiv auf den Therapieerfolg aus. Die Laufzeit des Vertrages endet am 31. Dezember 2016. Derzeit führen die Vertragspartner Gespräche über die Weiterführung.

OsteoporosePLUS Thüringen: Vereinfachung der Abrechnung

Die Umsetzung des Vertrages OsteoporosePLUS Thüringen wird einfacher. Für die teilnehmenden Osteologen treten zum 1. Juli 2016 einige Änderungen in Kraft, die den Abrechnungsaufwand reduzieren.

Abrechnung

Die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (KVT) übernimmt die Teilnehmerverwaltung (Ärzte) sowie die Abrechnung der Leistungen des Vertrages. Osteologen können die vertraglich vereinbarten Leistungen nun im Rahmen der regulären EBM-Abrechnungen gegenüber der KVT abrechnen. Für die Abrechnung gelten die bekannten Termine.

Informationen

Weitere Informationen zum Vertrag OsteoporosePLUS Thüringen finden Sie unter www.aok-gesundheitspartner.de (Webcode: W161271) sowie auf der Internetseite des Bundes der Osteologen Thüringen.

- Einige Abrechnungsziffern der Anlage 5 (Vergütung) haben sich verändert.
- Die bisherige jährliche Betrachtung der Abrechnungszeiträume wurde entsprechend der EBM-Systematik an den Krankheitsfall angepasst. Pro Versicherten kann entweder die Schulung (einmal je Krankheitsfall) oder das Verhaltenstraining (höchstens zweimal je Krankheitsfall) abgerechnet werden.

Teilnehmerverwaltung

Für die bereits teilnehmenden Osteologen ergibt sich kein Handlungsbedarf. Die AOK PLUS informiert die KVT über die bisher eingeschriebenen Ärzte. Osteologen, die künftig am Vertrag teilnehmen wollen, schicken ihre Teilnahmeerklärung bitte an die zuständige Bezirksgeschäftsstelle der KVT.

Qualitätsvereinbarung: Förderung der Influenza-Impfung

Die KVT und die AOK PLUS fördern die Influenza-Impfung bei AOK PLUS-Versicherten ab 60 Jahren. Hintergrund ist eine Vorgabe der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wonach für die saisonale Gripeschutzimpfung bei älteren Menschen eine Impfquote von mindestens 75 Prozent erreicht werden soll.

Für die aktuelle Impfsaison – vom dritten Quartal 2016 bis zum Ende des ersten Quartals 2017 – gilt für die Impfquote eine Zielvorgabe von 57,5 Prozent. Alle im Bereich der KVT zugelassenen Hausärzte, die an der Qualitätsvereinbarung teilnehmen und diese Quote erreichen oder übererfüllen, erhalten einen Qualitätsbonus in Höhe von zwei Euro. Der Bonus wird für jeden AOK PLUS-Versicherten ab 60 Jahren mit einem Arztkontakt innerhalb der Impfsaison fällig, bei dem in dieser Saison eine Gripeschutzimpfung durchgeführt wurde oder ein Impfschutz vorliegt. Eine separate Teilnahmeerklärung oder Dokumentation ist nicht notwendig. Die KVT fügt der anspruchsberechtigten Arztpraxis den Qualitätsbonus bei der Honorarabrechnung hinzu. Die Abrechnungsnummer lautet 99279.

DMP: Falsches Personalienfeld in Computerausdrucken der TE/EWE

Zwei Hinweise zur besseren Verarbeitung der DMP Teilnahme-/Einwilligungserklärung (TE/EWE): In der DMP-Datenstelle sind in letzter Zeit vermehrt Computerausdrücke der TE/EWE mit veraltetem Personalienfeld eingegangen. Der Fehler tritt auch in Ausdrucken auf, die nach der zurzeit gültigen Version des Formulars 070A vom 3. Dezember 2012 erstellt wurden. Das veraltete Personalienfeld ist kleiner als in der richtigen Version und bereitet Probleme beim Einlesen der Belege. Die korrekte Darstellung kann am Punkt „Kostenträgererkennung“ festgestellt werden. In der veralteten Version steht hier „Kassen-Nr.“. Nach einem Update des Praxisverwaltungssystems sollte das Personalienfeld aussehen wie hier abgebildet – andernfalls wenden sich Ärzte bitte an ihren PVS-Hersteller.

**DMP: Achtung,
Kassenwechsler!**

In bestimmten Fällen müssen Ärzte die formelle Aufnahme von Patienten in ein DMP wiederholen. Die Neueinschreibung mittels Teilnahme-/Einwilligungserklärung (TE/EWE) und Erstdokumentation wird immer dann notwendig, wenn der Patient die Krankenkasse gewechselt hat oder in ein weiteres DMP eingeschrieben wird.

Selbst dort, wo koordinierende Ärzte ihre Patienten schon über längere Zeit im Rahmen eines DMP betreuen, reicht in diesen Fällen der Nachweis der Weiterbetreuung mittels Folgedokumentation nicht aus.

Weiterhin hat sich herausgestellt, dass Formularfelder auf farbigen Ausdrucken bei der maschinellen Erfassung deutlich besser erkannt werden als auf Schwarzweiß-Ausdrucken, die häufig Fehler beim Einlesen verursachen. Die Verwendung des Farbdruckers unterstützt deshalb eine reibungslose maschinelle Verarbeitung; die Abrechnung wird problemlos bearbeitet und die Teilnahme der Patienten rechtzeitig gültig.

Änderungen durch das zweite Pflegestärkungsgesetz

Die Pflegeversicherung steht vor einer grundlegenden Reform: Das zweite Pflegestärkungsgesetz führt zum Jahreswechsel einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues System der Begutachtung ein. Ab 1. Januar 2017 orientiert sich die Pflegebedürftigkeit ausschließlich an der Beeinträchtigung der Selbständigkeit bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben. Im Kern geht es um die Frage: Was kann der Mensch allein, und wobei benötigt er Hilfe und Unterstützung? Im Vordergrund stehen die Ressourcen des Pflegebedürftigen mit der Frage, wie diese künftig erhalten oder sogar gestärkt werden können.

Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit spiegelt sich nach der Reform in fünf Pflegegraden statt in den bisherigen drei Pflegestufen wider. Der individuelle Pflegegrad wird auf der Grundlage eines neuen Begutachtungssystems ermittelt. Pflegebedürftig ist dann, wer körperliche, kognitive, psychische oder gesundheitliche Beeinträchtigungen nicht selbstständig kompensieren kann. Damit wird die Versorgung ab 1. Januar 2017 noch individueller ausgerichtet.

Das Wichtigste in Kürze:

- Die neuen Regelungen treten automatisch in Kraft, **Versicherte müssen nicht aktiv werden.**

Informationen

Ausführliche Informationen und Ansprechpartner rund um das Thema Pflege unter www.aokplus-online.de/leistungen-services/pflege.html

- **Ein neuer Antrag sowie eine neue Begutachtung sind nicht erforderlich.** Alle Pflegebedürftigen werden in einen der Pflegegrade 2 bis 5 übergeleitet. Zum Jahreswechsel 2016/2017 teilt die AOK PLUS allen Pflegebedürftigen ihren persönlichen Pflegegrad ab 1. Januar 2017 mit.

Bei Fragen rund um das Thema beraten die Pflegeberater der AOK PLUS sowohl Pflegebedürftige als auch ihre Angehörigen, auf Wunsch sogar am eigenen Wohnort. Mit der kostenfreien Pflegeberatung werden Versicherte individuell informiert und bei der Entscheidung für die passenden Hilfen und Leistungen unterstützt.

Weniger Bürokratie: Chronikerbescheinigung wird einfacher

Für die Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung (Chronikerbescheinigung) gilt seit dem 1. Oktober 2016 ein neues Formular: Das Muster 55 ist bundesweit einheitlich, es enthält weniger Felder und ist in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt. Ärzte können das Formular selbst am Computer ausfüllen. Dabei müssen nur noch die Dauerdiagnose/n angegeben werden, der Zeitpunkt des Beginns der ständigen Behandlung sowie die Einschätzung, ob diese weiterhin erforderlich sein wird. Die Krankenkassen geben das Muster 55 nicht mehr aus.

Mit Gebärdensprachdolmetscher zum Arzt

4.084 Einsätze von Gebärdensprachdolmetschern verzeichnete die AOK PLUS im Jahr 2015. Gehörlose Menschen stehen beim Arztbesuch oft vor großen Herausforderungen. Wenn der Mediziner die Gebärdensprache nicht beherrscht, wird es schwer, sich zu verständigen. Hier helfen Gebärdensprachdolmetscher. Sie begleiten den Patienten und unterstützen bei der Kommunikation. Gebucht werden können entsprechende Dienstleister über die Vermittlungsstelle bei der Landesdolmetscherzentrale für Gebärdensprache. Die AOK PLUS erstattet die Kosten direkt an den Dolmetscher beziehungsweise den Versicherten. Eine vorherige Genehmigung ist nicht erforderlich.

Arztberatung: Wir sind für Sie da

Auch im vierten Quartal 2016 sind unsere Arztberater wieder mit interessanten Themen in den Praxen unterwegs, informieren und beraten. Hier vorab die Schwerpunkte:

- kontinuierliche Dokumentation von chronisch Erkrankten, die mindestens zweimal im Jahr in Behandlung waren
- Fördermöglichkeiten für Ärzte im Rahmen der Qualitätsvereinbarung zwischen KVT und AOK PLUS
- Neuerungen durch das Pflegestärkungsgesetz ab 2017
- neuer Online-Elterntainer zum Thema ADHS
- „MoodGym“, ein Online-Selbsthilfeprogramm zur Vorbeugung oder Behandlungsergänzung depressiver Erkrankungen

Natürlich stehen die Arztberater auch zu anderen Themen, wie zum Beispiel „ARMIN“ oder „DMP“ zur Verfügung. Fragen Sie, was immer Sie oder Ihr Praxisteam bewegt! Ihr Arztberater hilft Ihnen gerne weiter.

Mehr Informationen dazu und zu anderen interessanten Themen im Presseblog der AOK PLUS
<https://presseblog.aokplus-online.de>

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-Arztberatern 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