



Die **Gesundheitskasse**
für Sachsen und Thüringen.

**Zusammenarbeit bei der Wiederherstellung der Gesundheit
bzw. der Verbesserung des Gesundheitszustandes
von AOK PLUS-Versicherten**

Zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen
(KV Sachsen)**
Schützenhöhe 12
01099 Dresden
(im Folgenden "KVS" genannt)

und

der AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Sternplatz 7
01067 Dresden
vertreten durch den Vorstand, dieser hier vertreten durch
Vorsitzenden
Herrn Rolf Steinbronn
(im Folgenden "AOK PLUS" genannt)

**wird folgender Kooperationsvertrag zur Information über Sekundär-
prävention und deren Befürwortung geschlossen:**

Präambel

Die KVS und die AOK Sachsen schlossen am 21.03.1997 einen Vertrag über die Zusammenarbeit bei der Wiederherstellung der Gesundheit bzw. der Verbesserung des Gesundheitszustandes von AOK PLUS-Versicherten nebst 1. Nachtrag zu diesem Kooperationsvertrag vom 18.09.1997 sowie 2. Nachtrag vom 13.12.2000.

Die Vertragspartner sind sich einig, die bestehende Vereinbarung in der folgenden Fassung fortzusetzen:

§ 1 Gegenstand

- (1) Die KVS und die AOK PLUS wirken im Rahmen des § 43 Abs. 1, Nr. 1 SGB V bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit bzw. von Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes von AOK PLUS-Versicherten in den nach Anlage 1 näher bezeichneten Bereichen zusammen. Vertragsärzte sollen zu diesen Angeboten informieren und sie befürworten.
- (2) Ziel ist es, auf der Basis einheitlicher Qualitätskriterien ein bedarfsorientiertes Angebot der Sekundärprävention in Sachsen zur Verfügung zu stellen.
- (3) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einvernehmen darüber, in medizinischen Fragen und bei der Durchführung dieses Vertrages kooperativ zusammen zu arbeiten.

§ 2 Geltungsbereich, Information

- (1) Dieser Vertrag gilt für Vertragsärzte im Bereich der KVS, die die in § 4 beschriebenen Voraussetzungen erfüllen und für Versicherte der AOK PLUS.
- (2) Die KVS informiert die Vertragsärzte in ihrem Bereich über den Inhalt dieses Vertrages in geeigneter Form sowie rechtzeitig.

§ 3 Vertragsleistung, Verfahren

- (1) Stellt der Vertragsarzt bei einer Gesundheitsuntersuchung, einer sonstigen Untersuchung oder bei einer Behandlung von AOK PLUS - Versicherten Risikofaktoren für eine sich abzeichnende Krankheit fest, die durch die in der Anlage 1 näher bezeichneten Programme positiv beeinflusst werden können, motiviert er die Versicherten mit dem Ziel, von diesen Angeboten der Sekundärprävention Gebrauch zu machen. Kontraindikationen gemäß Anlage 1 sind auszuschließen.

- (2) Die Teilnahme ist für AOK PLUS - Versicherte grundsätzlich einmal pro Programm möglich. Eine Wiederholung des gleichen Programms kann frühestens nach vier Jahren erfolgen. Dies wird vor der Inanspruchnahme des Programms durch die AOK PLUS geprüft.
- (3) Der Vertragsarzt informiert den Versicherten über das Angebot der AOK PLUS und befürwortet die Inanspruchnahme der Sekundärprävention auf dem Antragsformblatt (gemäß Anlage 2).

Die Angebote der Sekundärprävention sollen die ärztliche Betreuung sowie andere Maßnahmen der Krankenbehandlung sinnvoll ergänzen/begleiten.

- (4) Der Vertragsarzt bestätigt auf dem Antrag die Diagnose. Er gibt dem Versicherten die für die Beratung und Durchführung des entsprechenden Programms erforderlichen Hinweise (z.B. auf Belastungseinschränkungen, medizinische Parameter, Medikamente) gesondert mit. Der Versicherte übergibt diese Hinweise und Parameter für die Beratung und Betreuung an die entsprechende Fachkraft.
- (5) Der Vertragsarzt händigt dem AOK PLUS - Versicherten das Antragsformblatt aus. Der Versicherte nimmt unmittelbar nach der ärztlichen Befürwortung mit der zuständigen AOK PLUS - Filiale Kontakt auf, um die weitere Durchführung zu besprechen.
- (6) Die AOK PLUS prüft den Antrag und genehmigt diesen, wenn und soweit die erforderlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Sie bestimmt Umfang, Dauer und Ort/Einrichtung der Maßnahme. Die AOK PLUS kann den Antrag durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen.
- (7) Die AOK PLUS kann unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen die Leistungserbringung sowohl durch eigene Fachkräfte als auch durch externe qualifizierte Leistungserbringer sichern.
- (8) Falls notwendig, verständigen sich die jeweiligen beauftragten Fachkräfte im Verlauf der Maßnahme mit dem befürwortenden Vertragsarzt zu auftretenden Problemen.
- (9) Im Falle des Abbruchs oder der Ablehnung der Maßnahme bzw. in ähnlichen Fällen informiert die AOK PLUS den befürwortenden Vertragsarzt über den Abbruch bzw. die Ablehnung sowie die bis dahin ggf. erzielten Ergebnisse, damit dieser dennoch auf eine dauerhafte Verhaltensänderung des Versicherten hinwirken und dessen Motivation zur Übernahme von Eigenverantwortung stärken kann.
- (10) Nach Beendigung der Maßnahme bei der AOK PLUS übergeben die Versicherten das Antragsformblatt dem erstbehandelnden Vertragsarzt, der darauf das medizinische Ergebnis unter „Abschlussuntersuchung des Arztes“ vermerkt und im Original mit der Quartalsabrechnung an die jeweilige KVS-Bezirksgeschäftsstelle einreicht.

- (11) Die Antragsformblätter sind für die teilnehmenden Vertragsärzte über die KVS erhältlich. Für die Herstellung bzw. Beschaffung der Antragsformblätter sowie für die Kostenübernahme zeichnet sich die AOK PLUS verantwortlich.
- (12) Die abgerechneten Antragsformblätter werden durch die KVS an die AOK PLUS (Bereich Gesundheitsförderung), weitergeleitet. Hier erfolgt die Erfassung im Rahmen des Qualitätsmanagements.
- (13) Im Sinne der Ausgestaltung dieser Vereinbarung informiert die AOK PLUS die jeweilige KVS–Bezirksgeschäftsstelle und die Vertragsärzte über ihr aktuelles Angebot sowie über die dafür zuständigen Fachkräfte. Die hierzu notwendigen organisatorischen Erfordernisse werden zwischen der AOK PLUS und der KVS abgestimmt.

§ 4

Teilnahmeberechtigte Ärzte

- (1) Die ärztliche Information und Befürwortung des sekundärpräventiven Angebotes der AOK PLUS, einschließlich der in diesem Zusammenhang zu erbringenden ärztlichen Beratungs- und Untersuchungsleistungen dürfen nur durch niedergelassene Vertragsärzte, angestellte Ärzte, Ärzte in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 SGB V und Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs.2 SGB V erfolgen.
- (2) Ausgenommen von der Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach dieser Vereinbarung sind die Ärzte, die nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können (z.B. Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, Nuklearmedizin, Pathologie, Neuropathologie, Radiologie, diagnostische Radiologie, radiologische Diagnostik, Strahlentherapie)

§ 5

Vergütung und Abrechnung

- (1) Für die ärztliche Leistung gemäß § 3 entrichtet die AOK PLUS an die KVS pro ambulanten Fall die folgenden Pauschalen:
 - für die ärztliche Beratung, Information und Befürwortung der Maßnahme gemäß § 3 Abs. 1 bis 4:

4,50 EUR

Programm „Herz-Kreislauf“	GOP 99177A
Programm „Rücken“	GOP 99192A
Programm „Metabolisches Syndrom“	GOP 99194A
Programm „Ernährungsberatung“	GOP 99195A

- für die Abschlussuntersuchung des Arztes gemäß § 3 Abs. 10:

10,50 EUR

Programm „Herz-Kreislauf“	GOP 99178A
Programm „Rücken“	GOP 99193A
Programm „Metabolisches Syndrom“	GOP 99197A
Programm „Ernährungsberatung“	GOP 99196A

Die Pauschalen sind jeweils gesondert abrechnungsfähig. Die vereinbarte Pauschale ist jeweils nur einmal pro ambulantem Behandlungsfall, gemäß Anlage 1, berechnungsfähig.

Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung Ärzte.

- (2) Mit der Pauschalvergütung nach Abs. 1 ist auch die vom Arzt durchzuführende Dokumentation nach Anlage 2, abgegolten. Die für die Abschlussuntersuchung des Arztes vereinbarte Pauschalvergütung nach Abs. 1 wird nur dann gewährt, wenn der behandelnde Arzt die Dokumentation und Einreichung des Antragsformblattes bzw. der von ihm hiervon einzureichenden Bestandteile an die jeweilige KVS-Bezirksgeschäftsstelle entsprechend § 3 Abs. 10 durchgeführt hat.
- (3) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Abrechnungs-/Überweisungsscheine gemäß Vordruckvereinbarung bzw. die gemäß BMV-Ä zulässigen Datenträger.
- (4) Die KVS erfasst diese Leistungen im KT-Viewer, Kontenart 400, bis zur Ebene 6 und stellt damit der AOK PLUS kalendervierteljährlich die Häufigkeitsstatistik für die nach dieser Vereinbarung erbrachten Leistungen zur Verfügung.
- (5) Bei Nichtwiedervorstellung des AOK PLUS-Versicherten bei dem die jeweilige Maßnahme befürwortenden Arztes gelangt nur die Pseudo GOP 99177A, 99192A, 99194A oder 99195A zur Abrechnung. Für den abrechnenden Arzt besteht in diesen Fällen keine Erbringungspflicht nach § 3 Abs. 10.
- (6) Hinsichtlich der Abrechnung durch die KVS, der Zahlungstermine, der sachlich-rechnerischen Berichtigung gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages zwischen den Vertragspartnern entsprechend.

§ 6 Datenschutz

- (1) Die Vertragspartner sind verpflichtet, die datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere die des Bundesdatenschutzgesetzes, des Sächsischen Datenschutzgesetzes und des Sozialgesetzbuches zu beachten.
- (2) Alle Daten, die die AOK PLUS von den befürwortenden Ärzten in diesem Zusammenhang erhält, werden nur zum Zweck der Realisierung dieses Vertrages verwendet.

§ 7 Inkrafttreten, Geltungsdauer

- (1) Der Vertrag löst den Vertrag vom 01.04.1997 ab und tritt am 01.10.2009 in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden, erstmalig jedoch zum 30.09.2011.
- (3) Das Recht zur außerordentlichen fristlosen Kündigung aus wichtigem Grunde bleibt unberührt.

Die AOK PLUS kann den Vertrag auch dann aus wichtigem Grund kündigen, wenn aufgrund einer Änderung der Rechts- oder Gesetzeslage oder eines Eingreifens oder einer sonstigen Maßnahme der Aufsicht führenden Behörden die Grundlage der Vertragserfüllung wesentlich verändert wird oder ganz entfällt.

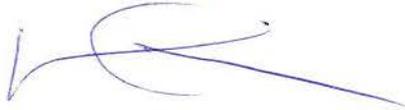
- (4) Jede Kündigung bedarf der Schriftform.

§ 8 Schlussbestimmungen

- (1) Die Vertragsparteien haben keine mündlichen Nebenabreden zu diesem Vertrag getroffen.
- (2) Änderungen und Ergänzungen des Vertrages sind nur dann wirksam, wenn sie zwischen den Vertragsparteien schriftlich vereinbart werden. Dasselbe gilt für die Aufhebung des Schriftformerfordernisses selbst.

- (3) Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages undurchführbar oder rechtsunwirksam sein oder werden, so wird dadurch die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. In einem solchen Fall sind die Vertragsparteien einander verpflichtet, jede unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmung durch eine solche wirksame und durchführbare zu ersetzen, die dem verfolgten wirtschaftlichen Zweck möglichst nahe kommt. Entsprechendes gilt für die Schließung planwidriger Vertragslücken.

Dresden, 28. Aug. 2009



.....
Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen

Dresden,



.....
AOK/PLUS -
Die Gesundheitskasse für
Sachsen und Thüringen.

Anlagen

- Anlage 1 – Handlungsfelder und Programme
- Anlage 2 – Muster-Antrag

Handlungsfelder und Programme

1. Programme und Indikationen

Die Programme werden auf der Grundlage der AOK PLUS - Programmhandbücher als Gruppen- oder Einzelangebote erbracht.

Gruppenprogramme

Es werden die folgenden 3 Gruppenprogramme angeboten:

- „Herz-Kreislauf“
- „Rücken“
- „Metabolisches Syndrom“ (Kombiprogramm Bewegung und Ernährung)

In den Gruppenprogrammen werden während der Dauer einer Einheit 6 bis maximal 12 Versicherte von einer Fachkraft programmbegleitend beraten oder betreut. Die Bewegungsanteile werden von einer Fachkraft für Bewegung und die Ernährungsanteile von einer Fachkraft für Ernährung durchgeführt. Eine gleichzeitige Betreuung mehrerer Gruppen durch den Kursleiter ist nicht zulässig.

Einzel-/ Kleingruppenprogramm

Die Ernährungsberatung wird als Einzel- oder Kleingruppenprogramm angeboten.

Im Einzel-/Kleingruppenprogramm wird/werden während der Dauer der Einheit(en) 1 bis maximal 6 Versicherte/r von einer Fachkraft beraten oder betreut. Diese Betreuungsform ist nur in der Ernährungsberatung durch eine Fachkraft Ernährung zulässig.

Für alle Programme gilt:

Die Programme sind für erwachsene Personen mit den entsprechenden Indikationen geeignet. Voraussetzung zur Teilnahme des Versicherten an einem sekundärpräventiven Programm der AOK PLUS ist, dass operationswürdige Befunde fachärztlich ausgeschlossen sind und postoperative Zustände bzw. Zustände nach frischen Frakturen innerhalb von 6 Monaten der Einwilligung des Operateurs bedürfen. Es muss mindestens Übungsstabilität bestehen. Eine ausreichende geistige, psychische und körperliche Konstitution sowie Kooperation und Motivation des Patienten muss gegeben sein.

1.1. Programm „Herz-Kreislauf“ (12 Einheiten a 60 min)

Stellt ein Vertragsarzt bei Versicherten der AOK PLUS einen oder mehrere Risikofaktoren bzw. beginnende Symptome für eine Herz-Kreislauferkrankung fest, kann er dem Versicherten die Teilnahme an einem Gruppenprogramm „Herz-Kreislauf“ empfehlen, wenn damit positiv auf die Entstehung bzw. den Verlauf der Krankheit eingewirkt werden kann.

Ziel des Programms ist das Erlangen von Handlungskompetenz und Eigenverantwortung in Bezug auf ein gesundheitsbewussteres Bewegungsverhalten, um eine Manifestation der Erkrankung zu verhindern.

Indikationen:

- essentielle Hypertonie (I10.-) (< 200 mm Hg systolisch und <105 mm Hg diastolisch)
- sekundäre Hypertonie (I15.-)
- Hypotonie (I95.-)
- beginnende Arteriosklerose (I70.-)
- Herzinsuffizienz (NHYA 1) (I50.11)
- stabile koronare Herzerkrankung (nur bei ärztlicher Belastungsvorgabe)
- funktionelle Herzerkrankungen (nur bei ärztlicher Belastungsvorgabe)
- Zustand nach Karditiden (nur bei ärztlicher Belastungsvorgabe)
- periphere Durchblutungsstörungen
- Übergewicht (bei bereits erfolgter Optimierung des Essverhaltens) (BMI>25 bis 39)

weitere Kriterien:

- Metabolisches Syndrom und einzelne Faktoren
- Nikotinkonsum
- Bewegungsmangel
- Stress
- psychovegetative Störungen mit Auswirkungen auf das Herz-Kreislauf-System

absolute Kontraindikationen:

- entzündliche Herzerkrankungen
- hochgradige Arteriosklerose (I70.-)
- hochgradige Hypertonie (> 200 mm Hg systolisch und >105 mm Hg diastolisch)
- rheumatisches Fieber (I00.- bis I02.-)
- chronische rheumatische Herzkrankheiten (I05.-bis I09.-)
- chronische Herzinsuffizienz (NYHA 2 - 4) (I50.12 bis I50.19)
- inadäquat behandelte arterielle Hypertonie
- Schwangerschaft (O00-O99)

relative Kontraindikationen:

- hypertensive Herz- und Nierenkrankheiten (I11.- bis I13.-)
- ischämische Herzkrankheiten (I20.- bis I25.-; z.B. Herzinfarkt akut und Zustand nach AMI und instabile Angina pectoris)
- pulmonale Herzkrankheiten und Krankheiten des Lungenkreislaufes (I26.- bis I28.-)
- sonstige Herzerkrankungen (I30.- bis I52.-)
- cerebrovaskuläre Krankheiten (I60.- bis I69.-)
- Krankheiten der Arterien und Kapillaren (I71.- bis I79.-)
- entzündliche und sonstige Erkrankungen der Gefäße (Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten) (I80.- bis I89.-)
- sonstige Kreislaufkomplikationen (I97.- bis I99.-)
- Compliancestörung
- Tumorerkrankungen

- Epilepsie
- Psychosen
- Alkoholmissbrauch
- Drogenmissbrauch
-

Die Kontraindikationen im Falle von Rückenerkrankungen und Metabolischem Syndrom sind ebenfalls zu berücksichtigen, sobald und soweit bekannt wird, dass eine solche Erkrankung vorliegt.

1.2. Programm „Rücken“ (12 Einheiten a 90 min)

Stellt ein Vertragsarzt bei Versicherten der AOK PLUS einen oder mehrere Risikofaktoren oder beginnende Krankheitssymptome für eine Erkrankung der Wirbelsäule bzw. deren beteiligte Strukturen fest, kann er dem Versicherten die Teilnahme an einem Gruppenprogramm „Rücken“ empfehlen, wenn damit positiv auf die Entstehung bzw. den Verlauf der Krankheit eingewirkt werden kann.

Ziel des Programms ist die Stärkung der Handlungskompetenz und Befähigung zu einem gesundheitsbewussteren Bewegungsverhalten des AOK-Versicherten, die Beschwerden zu lindern und das Risiko der Schmerzchronifizierung zu minimieren.

Indikationen:

- funktioneller Rückenschmerz (M54.-)
- cervikale Bandscheibenschäden – auch postoperativ (M50.-)
- sonstige Bandscheibenschäden – auch postoperativ (M51.-)
- Osteoporose T-Wert $>-2,5$ bzw. $>80\%$ Knochendichte des Altersdurchschnitts (M81.-)
- geringfügige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens $<30^\circ$ nach Cobb (M40.- bis M42.-)
- sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (M43.-)
- beginnende Osteochondrose der Wirbelsäule (M42.-)
- beginnende Spondylose (M47.-)
- sonstige Spondylopathien (M 48.-)
- sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M53.-)
- Osteopenie

Voraussetzung ist, dass operationswürdige Befunde fachärztlich ausgeschlossen sind und postoperative Zustände bzw. Zustände nach frischen Frakturen innerhalb von 6 Monaten der Einwilligung des Operators bedürfen. Es muss mindestens Übungsstabilität bestehen. Eine ausreichende geistige, psychische und körperliche Konstitution sowie Kooperation und Motivation des Patienten muss gegeben sein

absolute Kontraindikationen:

- Bandscheibenvorfall mit akuter Symptomatik bzw. akute Nervenreizung
- progressive neurologische Symptomatik
- progrediente Instabilität der Wirbelsäule
- Osteomalazie (M83.-)
- Netzhautablösung
- Schwangerschaft (O00-O99)

relative Kontraindikationen:

- sonstige entzündliche Spondylopathien (M46.-)
- Spondylopathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (M49.-)
- Krankheiten der Muskeln (M60.- bis M63.-)
- Osteoporose $<-2,5$ / $<80\%$ Knochendichte des Altersdurchschnitts (M80.-)
- Osteoporose bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (M82.-)
- Veränderungen der Knochenkontinuität (M84.-)
- sonstige Veränderungen der Knochendichte und -struktur (M85.-)
- Narbenbrüche mit Hernien
- Grüner Star
- Comliancestörung

- Tumorerkrankungen
- Epilepsie
- Psychosen
- Alkoholmissbrauch
- Drogenmissbrauch

Die Kontraindikationen im Falle von Herz-Kreislaferkrankungen und Metabolischem Syndrom sind ebenfalls zu berücksichtigen, sobald und soweit bekannt wird, dass eine solche Erkrankung vorliegt.

1.3. Programm „Metabolisches Syndrom“ (je 12 Einheiten Ernährung und Bewegung a 60 min)

Stellt ein Vertragsarzt bei Versicherten der AOK PLUS zwei oder mehrere Risikofaktoren bzw. beginnende Symptome für ein metabolisches Syndrom fest, kann er dem Versicherten die Teilnahme an einem Gruppenprogramm „Metabolisches Syndrom“ empfehlen, wenn damit positiv auf die Entstehung bzw. den Verlauf der Krankheit eingewirkt werden kann.

Ziel des Programms ist es, den AOK-Versicherten Kompetenz für ein dem Gesundheitszustand angepassten Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu vermitteln und damit den Erkrankungsprozess aufzuhalten.

Indikationen:

- ernährungsbedingte und -beeinflussbare Risiken, die ohne Intervention zu Stoffwechsel- und Herzkreislauferkrankungen führen

- Übergewicht/Adipositas (BMI > 25 - 39) (E66.-), in Verbindung mit mindestens einem weiteren Risikofaktor (Blutwerte über dem Normbereich / beginnende Erkrankungen ohne Dauermedikation)
- Prädiabetes bzw. Diabetes mellitus Typ 2 (E11.-), mit stabilen Blutzuckerwerten
- Hyperlipoproteinämien (E78.0-3)
- Hypertriglyzeridämien (E78.1-3)
- erhöhter Harnsäurespiegel (E79.0)/ Gicht (M10.-)
- arterielle Hypertonie (I10.-)
- Bewegungsmangel

Kontraindikationen:

- manifeste Essstörungen (F50.-)
- Diabetes mellitus 2 (E11.-) mit stark schwankenden Blutzuckerwerten und/oder Insulinbehandlung
- Diabetes mellitus 1 (E10.-)
- schwerwiegende HKS- und Gefäßerkrankungen
- schwere entzündliche Erkrankungen der Gelenke und Weichteile
- schwerste Osteoporose mit < 80 % Knochendichte (M81.9-)
- akute Schübe von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises (I00-I02), (M79.0-)
- Multiple Sklerose (G35.-)
- kürzlich zurückliegendes embolisches Ereignis (I74.-)
- akute oder schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen
- Epilepsie
- Tumorerkrankungen
- Drogenmissbrauch (Z72.0)
- Alkoholismus
- Menschen mit Analphabetismus, Gehörlosigkeit oder Blindheit (H54.-)

Die Kontraindikationen im Falle von Rückenerkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind ebenfalls zu berücksichtigen, sobald und soweit bekannt wird, dass eine solche Erkrankung vorliegt.

1.4. Programm „Ernährungsberatung“
(diagnosebezogen 1 bis 4 Einheiten à 60 min)

Stellt ein Vertragsarzt bei Versicherten der AOK PLUS einen oder mehrere ernährungsbedingte Risikofaktoren bzw. Symptome für eine ernährungsabhängige Erkrankung fest, kann er dem Versicherten die Teilnahme an einer Ernährungsberatung empfehlen, wenn damit positiv auf die Entstehung bzw. den Verlauf der Krankheit eingewirkt werden kann.

Ziel des Programms ist es, den AOK-Versicherten Kompetenz für ein dem Gesundheitszustand angepassten Ernährungsverhalten zu vermitteln und damit den Erkrankungsprozess aufzuhalten.

Indikationen:

Alle ernährungsbedingten und beeinflussbaren Risiken vor oder zu Beginn einer Erkrankung bzw. zeitnah zur Erstdiagnose

- Übergewicht/Adipositas (E66.-)
- Mangelernährung, incl. Gewichtsverlust (E40-E46)
- Diabetes mellitus Typ 1 (E10.-) und 2 (E11.-)
- Hyperurikämie (E79.0) und Gicht (M10.-)
- Fettstoffwechselstörungen (E 78 ff)
- Schilddrüsenerkrankungen (E00-E07)
- Erkrankungen der Verdauungsorgane (K20-K93)
- Hypertonie (I10-I15)
- Laktose- (E73.-), Sorbit-/Fruktoseintoleranz (E74.1)
- Osteoporose (M80-83)
- entzündliche rheumatische Erkrankungen
- Störungen im Wasser- und Elektrolythaushalt (E87.-)
- Mangel an Vitaminen (E50-56), Mineralstoffen und Spurenelementen (E58-61)

Kontraindikationen:

- Adipositas Grad 3, BMI > 40
- Zustand nach Adipositaschirurgie
- keine formular- und medikamentengestützte Adipositasstherapie

Die Programme zur Sekundärprävention werden in jedem Fall von Fachkräften erbracht, die jeweils indikationsspezifisch qualifiziert sind und über Kompetenz in der Beratungsmethodik verfügen.