

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink,
Dr. Bettina Hoffmann, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter
und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/21950 –**

Situation in der Ernährungstherapie insbesondere hinsichtlich der Versorgungsstruktur während und nach der Corona-Pandemie

Vorbemerkung der Fragesteller

Bei vielen chronischen und akuten Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Hyperurikämie/Gicht, Koronare Herzkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Allergien und Unverträglichkeiten, Osteoporose, Fettleber/Leberzirrhose/Hepatitis, Rheuma, Zöliakie, Chronisch entzündliche Darmerkrankungen wie z. B. Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn, Chronische Niereninsuffizienz, onkologische Erkrankungen, Untergewicht/Mangelernährung) aber auch beim Zustand nach einem Schlaganfall hat die Ernährung sowohl in der Prävention als auch in der Therapie eine wesentliche Bedeutung für die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten und im Gesundheitswesen. Ernährungstherapeutische Interventionen lindern je nach Erkrankung die Symptomatik, die Nebenwirkungen der Medikation, verringern die Komplikationsrate sowie Medikationsdosen, verringern Krankenhausliegezeiten und krankheitsbedingte Kosten. Die Behandlung durch Diätassistentinnen und Diätassistenten oder dafür qualifizierte Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler/Oecotrophologinnen und Oecotrophologen ist eine kosteneffektive und kostensparende Investition. Jeder in ernährungstherapeutische Interventionen investierte Euro führt zu einem finanziellen Gewinn von 14 bis 63 Euro (vgl. Freijer, K. (2018). *Annals of Nutrition and Metabolism*, 72, 65–79.). Aufgrund des demografischen Wandels und des sich entsprechend veränderten Krankheitsspektrums der Bevölkerung gewinnt Ernährungstherapie sogar noch an Bedeutung. So wird allein aufgrund des demografischen Wandels prognostiziert, dass die Zahl der Menschen mit Diabetes rasant steigen wird, aber auch etwa die Mangelernährung zunimmt (vgl. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/09_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile, z. B. S. 44). Obwohl regelmäßig von verschiedenen Seiten, etwa in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM), der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE), verschiedenen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), den Nationalen VersorgungsLeitlinien und den Leitlinien der European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

(ESPEN), im Leitfaden Ernährungstherapie in Klinik und Praxis (LEKuP) sowie in internationalen Konsensuspapieren (vgl. z. B. https://www.vdd.de/fileadmin/downloads/EFAD/2020/EFAD-WhitePaperInfographic-DEUTSCH_AN_SICHT_200309.pdf), betont wird, wie wichtig die Ernährung für die Prävention und bei der Behandlung von Krankheiten ist, gestaltet sich für Patientinnen und Patienten der Zugang zu ernährungstherapeutischen Interventionen in Prävention bzw. Gesundheitsförderung und Therapie schwierig.

Bereits im Jahr 2000 hat das Bundessozialgericht entschieden, dass Ernährungstherapie ein Heilmittel ist. Allerdings hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) im Jahr 2017 nur für wenige und in der Inzidenz geringe Erkrankungen die ambulante Ernährungstherapie als Heilmittel in den Heilmittelkatalog aufgenommen. Nur für diese recht geringe Anzahl an Patienten kann ambulante Ernährungstherapie entsprechend mit den Krankenkassen abgerechnet werden (vgl. <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Gruenes-Licht-fuer-Ernaehrung-auf-Rezept-295763.html>; zur Anzahl von Patienten mit Mukoviszidose vgl. <https://www.lungeninformationsdienst.de/krankheiten/mukoviszidose/verbreitung/index.html>; zur Anzahl von Patientinnen und Patienten, die insgesamt von dem neuen Heilmittel Ernährungstherapie profitieren können vgl. https://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/07/meldungen/07_ernaehrungstherapie/07_ernaehrungstherapie.html). Die Abrechnung von Ernährungsinterventionen nach § 20 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Prävention) erfolgt per Bezuschussung anerkannter Konzepte und Leistungserbringer durch die Krankenkassen. Individuelle Ernährungstherapie ist, abgesehen von den seltenen Indikationen Mukoviszidose und seltene angeborene Stoffwechselstörungen, nicht verbindlich als Leistung der Krankenkassen verankert, sondern wird ggf. anteilig als sogenannte „Kannleistung“ von den gesetzlichen Krankenkassen rückerstattet. Es handelt sich jeweils um eine Einzelfallentscheidung. Dabei wird der § 43 SGB V als rechtliche Krücke herangezogen. Patientinnen und Patienten treten in Vorleistung und erhalten unter Umständen eine anteilige Rückvergütung durch ihre Krankenkasse. Der Zuschuss für die Ernährungstherapie ist abhängig von der Indikation und von der Krankenkasse und ist häufig sogar innerhalb einer Krankenkasse regional unterschiedlich. Meist deckt er nur einen Teil der entstandenen Kosten (vgl. https://www.vdd.de/fileadmin/downloads/D_I/D_I_Fokus_2016/DundI_4_2016_SONDERTEIL_Web.pdf).

Hinzukommt, dass die Begriffe Ernährungsberatung und Ernährungstherapie nicht geschützt sind, sodass Personen ohne eine entsprechende Mindestqualifikation entsprechende Leistungen anbieten, welche in der Regel privat honoriert werden. Auch ist derzeit eine eindeutige rechtliche Regelung, wer außer dem Gesundheitsfachberuf des Diätassistenten Ernährungstherapie durchführen darf, nicht gegeben. Vielmehr werden die Anbieterqualifikationen für Ernährungsintervention in der Prävention häufig genutzt und als Legitimation für die Durchführung von Ernährungstherapie verwendet. Dies ist aus Sicht des Verbraucher- und Patientenschutzes problematisch, da die Anforderungen an Anbieterqualifikationen wesentlich geringer sind als an die Ausbildung bzw. das Studium zu Diätassistentinnen und Diätassistenten, Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler oder Oecotrophologinnen und Oecotrophologen (vgl. https://www.vdd.de/fileadmin/downloads/D_I/D_I_Fokus_2016/DundI_4_2016_SONDERTEIL_Web.pdf, S. 25). Dies ist für die Patientinnen und Patienten jedoch nicht deutlich erkennbar und kann nach Auffassung der Fragestellerinnen und Fragesteller zudem zu gesundheitlichen Risiken durch fehlende Fachqualifikation führen.

Die beschriebene fehlende Verankerung der Ernährungstherapie in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen führt dazu, dass Anbieter von Ernährungsberatung und Ernährungstherapie wie Diätassistentinnen und Diätassistenten dafür qualifizierte Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler und Oecotrophologinnen und Oecotrophologen in der Regel als niedergelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nicht mit Abrechnung über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) arbeiten können. Sie generieren ihr Einkommen aus verschiedenen Quellen, beispielsweise als Selbstständige oder als (freiberufliche) Mitarbeiter in Medizin-

ischen Versorgungszentren (MVZs), in Praxen von Ärztinnen und Ärzten und anderen Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern, im betrieblichen Gesundheitsmanagement oder in Rehabilitations- und Präventionszentren.

In der aktuellen Situation bedeutet das, dass die Mehrheit der Leistungserbringer für Ernährungsinterventionen in Therapie und Prävention bzw. Gesundheitsförderung für ihre Verdienstauffälle aufgrund der Corona-Pandemie nicht oder kaum mit Entschädigungszahlungen rechnen können. Für sie greifen weder der Schutzschirm für Heilmittelerbringer (nur unter 1 Prozent der Heilmittelerbringer im Bereich Ernährungstherapie erbringt das Heilmittel gemäß Heilmittelkatalog; alle anderen im Rahmen von Bezuschussungsregeln) noch die Soforthilfen, da sie ohne eigene Praxis keine laufenden Betriebskosten haben. Betriebliche Gesundheitsförderung und Ernährungsinterventionen im Bereich Therapie und Prävention in Rehabilitations- und Präventionszentren fanden zeitweise gar nicht und finden derzeit nur sehr eingeschränkt statt. Damit sind viele Diätassistentinnen und Diätassistenten, Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler und Oecotrophologinnen und Oecotrophologen unmittelbar in ihrer Existenz gefährdet. Für die Patientinnen und Patienten bedeutet das nach Ansicht der Fragestellerinnen und Fragesteller, dass ein aktuell schon unterrepräsentierter und aus Patientensicht unübersichtlicher Versorgungsbereich noch weiter erodieren wird.

Vorbemerkung der Bundesregierung

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden Leistungen der Ernährungsberatung und Ernährungstherapie in drei Bereichen erbracht: der Heilmittelversorgung nach § 32 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), der primären Prävention und Gesundheitsförderung nach §§ 20, 20a und 20b SGB V und der Patientenschulung nach § 43 SGB V. Die Voraussetzungen der Leistungserbringung zu Lasten der GKV werden dabei jeweils auf Selbstverwaltungsebene festgelegt.

Die sozialen und wirtschaftlichen Folgen der Corona-Pandemie werden durch verschiedene Gesetzespakete abgefedert. Auch Leistungserbringer der GKV können die wirtschaftlichen Folgen der Corona-Pandemie mit Unterstützungsleistungen abmildern, die im Rahmen der allgemeinen Programme der Bundesregierung und der Länder gewährt werden. Im Hinblick auf die Wahrung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung wurde deshalb entschieden, besondere Hilfestellungen durch die GKV in den Bereichen vorzusehen, in denen Leistungserbringer entweder im Einsatz gegen die Corona-Pandemie besonders beansprucht oder aufgrund der Pandemie in besonderer Weise von Einnahmeausfällen betroffen sind, die existenzbedrohend sind und nicht auf anderem Wege kompensiert werden können.

Für die Ernährungsberatung ist kein unmittelbarer Patientenkontakt erforderlich. Patientinnen und Patienten müssen nicht körperlich untersucht werden. Bis zum 1. Juli 2020 bestand beispielsweise die Möglichkeit, die Anleitung und Beratung der Patientinnen und Patienten als telemedizinische Leistung zu erbringen. Sonderregelungen existieren auch für den Bereich der Prävention. So ermöglichen die in der „Zentralen Prüfstelle Prävention“ zusammengeschlossenen Krankenkassen – das sind über 90 Prozent der Krankenkassen – den Anbietern von Präventionskursen, ihre Angebote auch digital durchzuführen.

1. Wie viele Personen mit einer
 - a) abgeschlossenen Ausbildung als Diätassistentin und Diätassistent,

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse darüber vor, wie viele Personen es derzeit mit den genannten Qualifikationen in Deutschland gibt. Die Zahl der derzeit im Gesundheitswesen tätigen Angehörigen von Berufen in der Diät- und Ernährungstherapie lag gemäß Gesundheitsberichterstattung des Bundes im Jahr 2018 bei rund 8.000, darunter rund 7.000 Diätassistentinnen und Diätassistenten (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheitspersonalrechnung (vorläufig), Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn; Stand: 3. September 2020).

Über die Anzahl der Personen, die die im Leitfaden Prävention des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, GKV-SV) festgelegten Anforderungen an die Anbieterqualifikation im Handlungsfeld Ernährung erfüllen, liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

- b) einem abgeschlossenen Studium als Oecotrophologin und Oecotrophologe bzw. Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler

gibt es derzeit nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland?

Der Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) ist die berufspolitische Vertretung der Oecotrophologinnen und Oecotrophologen, Haushalts-, Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler. Die Mitglieder des VDOE sind Absolventinnen und Absolventen sowie Studierende des (Fach-) Hochschulstudiums der Oecotrophologie und verwandter Disziplinen. Derzeit repräsentiert der VDOE rund 4.000 Mitglieder. Nähere Zahlen liegen der Bundesregierung nicht vor.

2. Wie viele Personen, die über die von den Krankenkassen geforderte Anbieterqualifikation für die Abgabe von Ernährungsinterventionen im Bereich Prävention verfügen, gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit in Deutschland, und wie hat sich deren Anzahl in den letzten fünf Jahren entwickelt?

Dazu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

3. Wie viele Diätassistentinnen und Diätassistenten und Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler bzw. Oecotrophologinnen und Oecotrophologen arbeiten nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit in der ambulanten Ernährungstherapie?

Welche Anbieterqualifikation für ärztlich delegierte Ernährungstherapie wird dazu gefordert?

Nach den vom GKV-SV bereitgestellten Informationen liegt ein vollständiger Überblick der im Rahmen der GKV insgesamt tätigen Diätassistentinnen und Diätassistenten, Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler sowie Oecotrophologinnen und Oecotrophologen nicht vor. Nach Auskunft des GKV-SV stehen in Deutschland aktuell 103 Mukoviszidose-Ambulanzen und Schwerpunktpraxen zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose sowie 89 Schwerpunktambulanzen für Patientinnen und Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen zur Verfügung. Für das verordnungsfähige Heilmittel Ernährungstherapie sind nach Angabe des GKV-SV für die Behandlung von seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen

kungen fünf ambulante Leistungserbringer und für die Behandlung der Mukoviszidose sechs ambulante Leistungserbringer als Heilmittelerbringer zugelassen (Stand August 2020).

Die Zulassung der Heilmittelerbringer erfolgt im Bereich der Heilmittelversorgung derzeit auf der Grundlage der Zulassungsempfehlungen des GKV-SV. Hiernach müssen Therapeutinnen und Therapeuten zur Zulassung neben den im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Qualifikationen auch Berufserfahrung sowie spezielle Fachkenntnisse in die ernährungstherapeutische Behandlung seltener angeborener Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose vorweisen.

4. In welchen Bereichen sind nach Kenntnis der Bundesregierung niedergelassene Diätassistentinnen und Diätassistenten und Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler bzw. Oecotrophologinnen und Oecotrophologen tätig?

Im Rahmen der Heilmittelversorgung sind Therapeutinnen und Therapeuten zur Behandlung seltener angeborener Stoffwechselerkrankungen und der Mukoviszidose zugelassen. Niedergelassene Diätassistentinnen und -assistenten, Ernährungswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler sowie Oecotrophologinnen und Oecotrophologen sind auch in der primären Prävention und Gesundheitsförderung nach den §§ 20, 20a, 20b SGB V tätig.

5. Wie viele Praxen von Anbietern von Ernährungsberatung und Ernährungstherapie, die mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen dürfen, gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit in Deutschland, wie hat sich deren Anzahl in den letzten fünf Jahren entwickelt, und von welchen Berufsgruppen (Diätassistentinnen und Diätassistenten, Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftlern, Oecotrophologinnen und Oecotrophologen sowie sonstige) werden diese betrieben?

Es wird auf die Antwort auf Frage 3 verwiesen. Darüber hinausgehende Informationen liegen auch nach Mitteilung des GKV-SV nicht vor.

6. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung das durchschnittliche Jahreseinkommen einer niedergelassenen Diätassistentin bzw. eines Diätassistenten, einer Ernährungswissenschaftlerin bzw. eines Ernährungswissenschaftlers, einer Oecotrophologin bzw. eines Oecotrophologen, und aus welchen Einkommensquellen setzt es sich jeweils zusammen (bitte nach Berufsabschluss und Einsatzbereich (Prävention, Ernährungstherapie, Heilmittel, sonstiges) aufschlüsseln und für die letzten fünf Jahre nennen)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Informationen vor.

7. Wie hoch ist der Betrag, den die gesetzlichen Krankenkassen jährlich für Ernährungsberatung und Ernährungstherapie ausgeben (bitte jeweils nach Ausgaben für Heilmittel insgesamt, das Heilmittel ambulante Ernährungstherapie bei Mukoviszidose und seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen, Ausgaben für Leistungen der Prävention sowie Ausgaben für Leistungen der ambulanten Ernährungstherapie nach § 43 in den letzten fünf Jahren aufschlüsseln)?

8. Wie viel Geld wird jährlich für Ernährungstherapie und Ernährungsberatung insgesamt (GKV, private Krankenversicherung (PKV), privat, Steuermittel, z. B. Forschungsgelder) ausgegeben, und wie setzen sich diese Ausgaben zusammen (bitte für die letzten fünf Jahre nennen)?

Die Fragen 7 und 8 werden wegen des Sachzusammenhanges zusammen beantwortet.

Die Leistungsausgaben für einzelne Krankheitsbilder liegen der Bundesregierung nicht vor, daher kann der Betrag für Ernährungsberatung und -therapie nicht beziffert werden.

Im Rahmen der Heilmittelversorgung nach dem SGB V liegen nach Angabe des GKV-SV für das Heilmittel Ernährungstherapie nur Daten für das Jahr 2019 vor. Danach wurden im Jahr 2019 für die ambulante Ernährungstherapie rund 53.000 Euro mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet.

9. Welche Beträge wurden nach Kenntnis der Bundesregierung bis Ende Juni 2020 zur Kompensation von corona-bedingten Einnahmeausfällen ausgegeben (bitte nach Kompensation aus den jeweiligen Schutzschirmen und den Soforthilfen aufschlüsseln), für
- niedergelassene Ärztinnen und Ärzte,
 - Zahnärztinnen und Zahnärzte,
 - Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten,
 - Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten,
 - Logopädinnen und Logopäden,
 - Podologinnen und Podologen,
 - Diätassistentinnen und Diätassistenten, Oecotrophologinnen und Oecotrophologen, für Ernährungstherapie qualifizierte Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler?

Zum aktuellen Zeitpunkt liegen vorläufige Rechnungsergebnisse der GKV und des Gesundheitsfonds für das 1. Halbjahr 2020 vor. Demnach haben die Krankenkassen im Rahmen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes Ausgleichszahlungen von rund 148 Mio. Euro für die vertragsärztliche Versorgung nach § 87a Absatz 3b SGB V geleistet. Aufwendungen für die vertragsärztliche Versorgung nach § 87b Absatz 2a SGB V werden in den Statistiken hingegen nicht separat erfasst. Für Liquiditätshilfen an Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte nach § 1 COVID-19-VSt-SchutzV haben die Krankenkassen rund 109 Mio. Euro, der Gesundheitsfonds für Ausgleichszahlungen an Heilmittelerbringer nach § 2 COVID-19-VSt-SchutzV rund 755 Mio. Euro aufgewendet.

Im Rahmen des Programms „Corona-Soforthilfen insbesondere für kleine Unternehmen und So-loselbständige“ des Bundes wurden bis 30. Juni 2020 über 79.000 Anträge von Antragstellern aus dem Bereich „Gesundheit und Sozialwesen“ bewilligt. Das Auszahlvolumen betrug Ende Juni 2020 über 564 Mio. Euro. Eine Differenzierung nach einzelnen Berufsgruppen im Sinne der Fragestellung liegt der Bundesregierung nicht vor.

10. Bei welchen Krankheiten werden die Kosten für eine Ernährungstherapie und Ernährungsberatung derzeit von der Krankenkasse übernommen, etwa im Rahmen einer Krankenhausbehandlung oder einer rehabilitativen Maßnahme?

Chronisch kranke Versicherte können als „ergänzende Leistungen zur Rehabilitation“ auf ärztliche Verordnung Patientenschulungen erhalten (§ 43 SGB V). Diese sollen den chronisch Kranken und gegebenenfalls deren Angehörigen beziehungsweise ständigen Betreuungspersonen zu einem besseren Krankheits-selbstmanagement sowie zur Vermeidung und Reduzierung von Beeinträchtigungen der Teilhabe befähigen. Zu den in Frage kommenden Maßnahmen gehört auch die Ernährungsberatung.

Diätassistentinnen und Diätassistenten, Ökotrophologen und Ökotrophologinnen und Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler sind fester Bestandteil des interdisziplinären Teams einer medizinischen Rehabilitation. Sie erbringen, abhängig von der Indikation der Leistung zur medizinischen Rehabilitation, Einzelberatungen, Gruppenberatung und die ernährungsspezifischen Module von Patientenschulungsprogrammen.

Im Bereich der ambulanten und stationären Rehabilitation werden allerdings nicht die Einzelleistungen mit der GKV abgerechnet, sondern die Vergütung erfolgt nach Tages-/Pflugesätzen, die im Sinne einer Mischkalkulation alle ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen enthalten.

Leistungen der Ernährungstherapie als Heilmittel können nach Maßgabe der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie) ausschließlich bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose ärztlich verordnet und von zugelassenen Heilmittelerbringern erbracht und abgerechnet werden.

11. Hat die Bundesregierung Kenntnisse darüber, dass ernährungstherapeutische Interventionen den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden von Patientinnen und Patienten verbessern (<https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Ernaehrungsmedizinische-Betreuung-unterstuetzt-Genesung-von-Klinikpatienten-255203.html>) und auf lange Sicht Kosten sparen, und wenn ja, wie sollen diese Erkenntnisse in der Versorgung umgesetzt werden?

Der Einfluss von Ernährung auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sowie die Erhaltung der Gesundheit und Wohlbefinden von Menschen jeden Alters ist unbestritten. Daher beziehen Maßnahmen der allgemeinen gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitsförderung den Aspekt der Ernährung als wichtigen Beitrag zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil immer mit ein.

Ernährungstherapeutische Interventionen beziehen sich dagegen auf die Behandlung von Risikofaktoren und Krankheiten wie z. B. Übergewicht und Adipositas oder nicht übertragbare Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Der Einfluss, den Ernährung bei den jeweiligen Erkrankungen und auch bei den einzelnen Personen hat, kann erheblich variieren. Eine generelle Einschätzung, in welchem Umfang eine ernährungstherapeutische Interventionen den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden verbessert und Kosten senkt, ist daher nicht möglich. Im Übrigen wäre die Bewertung von Erkenntnissen über den Gesundheitszustand verbessernde ernährungstherapeutische Interventionen Aufgabe der wissenschaftlichen Fachwelt oder – sofern es um eine Aufnahme in die Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung geht – des Gemeinsamen Bundesausschusses.

12. Sieht die Bundesregierung Handlungsbedarf, die Begriffe „Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater“ bzw. „Ernährungstherapeutinnen und Ernährungstherapeuten“ sowie die entsprechenden Zulassungsvoraussetzungen (Ausbildung, Studium, Weiterbildung) für diese Berufsausübung klar zu definieren, um den Qualitätsstandard und somit einen verbesserten Verbraucher- und Patientenschutz sicherzustellen?

Um die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen neu zu ordnen und zu stärken, hat sich das Bundesministerium für Gesundheit mit den Ländern auf ein „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ verständigt, das den Beruf Diätassistentin und Diätassistent mit umfasst. Die Eckpunkte zum Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe adressieren auch die Frage der Erforderlichkeit neu zu regelnder Berufe. Grundsätzlich entwickelt sich der Bedarf an neuen zu regelnden Berufen aus der Versorgungslandschaft heraus. Derzeit ist durch die vorhandenen Gesundheitsfachberufe bereits eine gute und qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten sichergestellt; die entsprechenden Ausbildungsgänge müssen jedoch vor dem Hintergrund des komplexer werdenden Gesundheitssystems, neuer Behandlungsmethoden und der fortschreitenden Digitalisierung weiterentwickelt werden. Im Einzelfall kann die Schaffung eines neu zu regelnden Berufs zukünftig zur Verbesserung der Versorgung beitragen.

Vor dem Hintergrund des bereits bundesrechtlich geregelten Berufs Diätassistentin und Diätassistent besteht für die Schaffung eines eigenen Berufsbildes der „Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater“ bzw. „Ernährungstherapeutinnen und Ernährungstherapeuten“ in Form eines weiteren reglementierten Gesundheitsfachberufs derzeit keine Notwendigkeit.

13. Wie viele Diätassistentinnen und Diätassistenten und Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler bzw. Oecotrophologinnen und Oecotrophologen sind nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit in Krankenhäusern beschäftigt, und wie hat sich deren Anzahl über die letzten fünf Jahre entwickelt?

In den Grunddaten der Krankenhäuser – veröffentlicht vom Statistischen Bundesamt – werden u. a. auch Daten zur Anzahl von in Krankenhäusern beschäftigten Diätassistentinnen und Diätassistenten sowie Ernährungstherapeutinnen und Ernährungstherapeuten aufgeführt. Die aktuellsten Daten beziehen sich auf das Datenjahr 2018. Die Entwicklung der Beschäftigtenanzahl in den Jahren 2014 bis 2018 kann nachstehender Tabelle entnommen werden.

2018	2.519
2017	2.417
2016	2.418
2015	2.394
2014	2.411

Quelle: Destatis, Fachserie 12 Reihe 6.1.1

14. Wie viele Diätassistentinnen und Diätassistenten und Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler bzw. Oecotrophologinnen und Oecotrophologen sind nach Kenntnis der Bundesregierung in Rehabilitationseinrichtungen beschäftigt?

Laut Statistischem Bundesamt gab es im Jahr 2017 in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1.568 Diätassistentinnen und Diätassistenten.

15. Wie viele Patientinnen und Patienten haben nach Kenntnis der Bundesregierung Diätassistentinnen und Diätassistenten und Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler bzw. Oecotrophologinnen und Oecotrophologen im Durchschnitt jeweils zu versorgen (bitte für Rehaeinrichtungen und Krankenhäuser getrennt anführen)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

16. In wie vielen Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen sowie Arztpraxen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung ernährungstherapeutische Teams?

Für die Verpflegung im Krankenhaus sind die Kliniken im Rahmen ihrer Organisationshoheit selbst verantwortlich. Dies betrifft auch den Einsatz von sogenannten Ernährungstherapeutischen Teams. In wie vielen Krankenhäusern derartige Teams eingesetzt werden, ist der Bundesregierung nicht bekannt. Gleiches gilt für die Rehabilitationseinrichtungen.

17. In welchen Disease-Management-Programmen ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Ernährungstherapie und Ernährungsberatung Bestandteil der Therapie?

Ein Kernelement der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) ist gemäß § 137f Absatz 2 SGB V die Möglichkeit der Versicherten, an zielgruppenspezifischen, strukturierten und evaluierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen teilzunehmen. Diese Schulungen sollen die Patientinnen und Patienten befähigen, ihren Gesundheitszustand durch Eigeninitiative und Verhaltensänderungen günstig zu beeinflussen, einschließlich der Optimierung des Verhaltens bei der Nahrungsauswahl und -zubereitung. In diesem Rahmen spielt die Ernährung in allen Disease-Management-Programmen eine wichtige Rolle.

18. Wie oft wird nach Kenntnis der Bundesregierung die Ernährungstherapie in Disease-Management-Programmen von Diätassistentinnen und Diätassistenten und Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftlern bzw. Oecotrophologinnen und Oecotrophologen durchgeführt, und wie oft von anderen Berufsgruppen wie z. B. von Medizinischen Fachangestellten oder Diabetesberaterinnen und Diabetesberater?

Die in den Disease-Management-Programmen durchgeführten Schulungen sind Bestandteil der jeweiligen für die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme zwischen den Krankenkassen oder Krankenkassenverbänden und Leistungserbringern geschlossenen Verträge. Das Bundesamt für Soziale Sicherung ist für die Zulassung der jeweiligen Programme zuständig und hat hierzu Informationen unter anderem über die in den Programmen zu verwendenden Schulungen veröffentlicht (<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/krankenversicherung/disease-management-programme/>). Zur Häufigkeit der erfolgten Ernährungstherapien oder zur beruflichen Qualifikation der die Schulungen durchführenden Personen liegen der Bundesregierung keine Daten vor, da diese detaillierten Angaben nicht Bestandteil der vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten DMP-Dokumentationen sind.

19. Welche Rolle sollte nach Ansicht der Bundesregierung die Ernährungstherapie und Ernährungsberatung in einer nationalen Diabetesstrategie, in der Dekade gegen Krebs und in einer nationalen Adipositas-Strategie spielen?

Die Bundesregierung misst seit Jahren dem Thema Ernährung eine große Bedeutung bei. Dies zeigt sich im präventivem Bereich bspw. durch den Nationalen Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“. Grundsätzlich handelt es sich bei Diabetes mellitus sowie Adipositas um multikausale Geschehen, die mit vielen Faktoren assoziiert werden. Das bedeutet, auf ihre Entstehung und den Krankheitsverlauf wirken genetische, psychosoziale, verhaltensbezogene sowie umweltbedingte Einflussfaktoren. Ernährung ist dabei ein wichtiger Aspekt des Lebensstils, der daher sowohl bei der Gesundheitsförderung und Prävention als auch bei der Behandlung dieser Erkrankungen berücksichtigt werden sollte.

In der am 29. Januar 2019 gestarteten Nationalen Dekade gegen Krebs ist die Weiterentwicklung und Umsetzung effektiver Maßnahmen zur Prävention und Früherkennung von insbesondere häufig auftretenden Krebserkrankungen eines der zentralen Themenfelder. Dabei ist unter anderem das Ernährungsverhalten im Sinne eines gesundheitsförderlichen Lebensstils ein wichtiger Aspekt. Hier von profitieren sowohl gesunde als auch bereits an Krebs erkrankte Menschen. Eine zum Schwerpunkt „Prävention“ eingesetzte Arbeitsgruppe befasst sich derzeit mit der Entwicklung von Konzepten und Strategien, die langfristig zu einer maßgeblichen Senkung der Krebs-neuerkrankungs- und Sterberaten beitragen sollen.

20. Welche Studien wurden nach Kenntnis der Bundesregierung zur Evidenz im Hinblick auf die Wirksamkeit von Ernährungsberatung und Ernährungstherapie bei bestimmten Krankheitsbildern in Deutschland durchgeführt (bitte die Autorinnen und Autoren bzw. die durchführende Forschungseinrichtung sowie das Jahres der Veröffentlichung angeben)?

Durch die multikausale Genese der lebensstilmitbedingten Risikofaktoren wie Adipositas oder Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2 ist die Einschätzung des Beitrags von Ernährungsberatung und -therapie als einzelnen Faktors der Behandlung schwierig. Allgemeine, ausschließlich in Deutschland durchgeführte Studien zur Wirksamkeit von Ernährungsberatung und -therapie bei Adipositas und Diabetes in Deutschland sind dem BMG nicht bekannt. Internationale systematische Übersichtsarbeiten von randomisierten kontrollierten Studien zeigen jedoch bspw. in Bezug aufs Gewichtsmanagement im Rahmen der Adipositastherapie, dass eine Kombination aus Ernährungsumstellung, vermehrter Bewegung und Verhaltenstherapie zur Gewichtsreduktion effektiver ist als eine Therapie mit nur einer Behandlungskomponente. So ist die mittlere Gewichtsabnahme durch körperliche Aktivität plus Ernährungstherapie größer als Reduktionskost allein.

Auf die Zuständigkeit der jeweiligen Fachgesellschaften sowie auf veröffentlichte Leitlinien (z. B. interdisziplinäre S3 Leitlinie zu „Adipositas – Prävention und Therapie“, 2014) wird verwiesen.

21. Fördert die Bundesregierung Untersuchungen zur Evidenz von Ernährungsberatung und Ernährungstherapie im Rahmen der Ressortforschung oder mithilfe anderer staatlich geförderter Studien, und wenn ja, welche?

Die Bundesregierung fördert derzeit im Rahmen von Ressortforschung keine Untersuchungen, die explizit auf die Erzielung von Evidenz von Ernährungsberatung und -therapie abzielen. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass Studien mit anderer Schwerpunktsetzung auch Fragen von Ernährungsberatung und -therapie mit umfassen.

22. Welche Studien aus dem Ausland zur Evidenz im Hinblick auf die Wirksamkeit von Ernährungsberatung und Ernährungstherapie bei bestimmten Krankheitsbildern sind der Bundesregierung bekannt?

Es wird auf die Antwort auf Frage 20 verwiesen.

23. An welchen Hochschulen und öffentlichen Forschungseinrichtungen erfolgt nach Kenntnis der Bundesregierung Forschung über ernährungstherapeutische Interventionen?

Wie hat sich das in den letzten fünf Jahren entwickelt?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

24. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Situation der Ernährungsberatung und Ernährungstherapie im europäischen Ausland (bitte jeweils nach Ländern aufschlüsseln) im Hinblick auf
- die berufliche Qualifikation und den Anteil der akademisch qualifizierten Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater und Ernährungstherapeutinnen und Ernährungstherapeuten,
 - die staatliche Anerkennung der beruflichen Qualifikation,
 - vorbehaltene Tätigkeiten,
 - die Möglichkeit der Abrechnung von Ernährungsberatung und Ernährungstherapie mit den Krankenkassen (bitte nennen, welche Arten der Ernährungsberatung und Ernährungstherapie bei welchen Krankheitsbildern von den Krankenkassen erstattet werden bzw. im staatlichen Gesundheitssystem für die Patientinnen und Patienten frei zugänglich sind)?
 - die Anzahl der in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen beschäftigten Diätassistentinnen und Diätassistenten und Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler bzw. Oecotrophologinnen und Oecotrophologen?
 - die Durchführung von klinischen Studien?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.