

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Bettina Hoffmann, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, Kai Gehring, Renate Künast, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Charlotte Schneidewind-Hartnagel, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Matthias Gastel, Christian Kühn (Tübingen), Daniela Wagner, Gerhard Zickenheiner und der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN**

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

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](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\\_ANSICHT\\_200309.pdf](https://www.vdd.de/fileadmin/downloads/EFAD/2020/EFAD-WhitePaperInfographic-DEUTSCH_ANSICHT_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](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](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](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 Medizinischen 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.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie viele Personen mit einer
  - a) abgeschlossenen Ausbildung als Diätassistentin und Diätassistent,
  - b) einem abgeschlossenen Studium als Oecotrophologin und Oecotrophologe bzw. Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftlergibt es derzeit nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland?
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?
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?
4. In welchen Bereichen sind nach Kenntnis der Bundesregierung niedergelassene Diätassistentinnen und Diätassistenten und Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler bzw. Oecotrophologinnen und Oecotrophologen 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, Ernährungswissen-

schaftlerinnen und Ernährungswissenschaftlern, Oecotrophologinnen und Oecotrophologen sowie sonstige) werden diese betrieben?

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)?
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 Stoffwechselstörungen, 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)?
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
  - a) niedergelassene Ärztinnen und Ärzte,
  - b) Zahnärztinnen und Zahnärzte,
  - c) Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten,
  - d) Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten,
  - e) Logopädinnen und Logopäden,
  - f) Podologinnen und Podologen,
  - g) Diätassistentinnen und Diätassistenten, Oecotrophologinnen und Oecotrophologen, für Ernährungstherapie qualifizierte Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler?
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?
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?
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?

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?
14. Wie viele Diätassistentinnen und Diätassistenten und Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler bzw. Oecotrophologinnen und Oecotrophologen sind nach Kenntnis der Bundesregierung in Reha-Einrichtungen beschäftigt?
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 Reha-Einrichtungen und Krankenhäuser getrennt anführen)?
16. In wie vielen Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen sowie Arztpraxen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung ernährungstherapeutische Teams?
17. In welchen Disease-Management-Programmen ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Ernährungstherapie und Ernährungsberatung Bestandteil der Therapie?
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?
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?
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)?
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?
22. Welche Studien aus dem Ausland zur Evidenz im Hinblick auf die Wirksamkeit von Ernährungsberatung und Ernährungstherapie bei bestimmten Krankheitsbildern sind der Bundesregierung bekannt?
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?
24. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Situation der Ernährungsberatung und Ernährungstherapie im europäischen Ausland (bitte jeweils nach Ländern aufschlüsseln) im Hinblick auf
  - a) die berufliche Qualifikation und den Anteil der akademisch qualifizierten Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater und Ernährungstherapeutinnen und Ernährungstherapeuten,

- b) die staatliche Anerkennung der beruflichen Qualifikation,
- c) vorbehaltene Tätigkeiten,
- d) 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)?
- e) die Anzahl der in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen beschäftigten Diätassistentinnen und Diätassistenten und Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler bzw. Oecotrophologinnen und Oecotrophologen?
- f) die Durchführung von klinischen Studien?

Berlin, den 7. August 2020

**Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion**



