

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Uwe Witt, Berengar Elsner von Gronow, Detlev Spangenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD – Drucksache 19/27450 –

Versorgung von an Diabetes erkrankten Kindern und Jugendlichen

Vorbemerkung der Fragesteller

373 000 Menschen in Deutschland haben die unheilbare Autoimmunkrankheit Diabetes mellitus Typ 1 (<https://www.diabinfo.de/leben/typ-1-diabetes/grundlagen/verbreitung.html#:~:text=Derzeit%20leben%20etwa%20373.000%20Menschen,an%20Typ%2D1%2DDiabetes>). Die Mehrheit dieser Menschen wird mit einer Insulinpumpe behandelt. Seit einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Jahr 2016 existieren nun bei entsprechender Indikation die Möglichkeiten einer Ergänzung der Therapie und eine kontinuierliche subcutane Insulinmessung. (Positionspapier der AGPD zur Bewilligung von CGM-Systemen für Kinder mit Typ-1-Diabetes, <https://diabetes-kinder.de/news/positionspapier-der-agpd-zur-bewilligung-von-cgm-systemen-fuer-kinder-mit-typ-1-diabetes.html>; Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter, S3-Leitlinie der DDG und AGPD)

In Deutschland gibt es aktuell mehr als 8 Millionen Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2, eine Stoffwechselerkrankung, die oft alters- und lebenswandelbedingt auftritt (https://www.diabetesde.org/ueber_diabetes/was_ist_diabetes/_diabetes_in_zahlen). Die Zahl der Neuerkrankungen an Diabetes Typ 2 bei Jugendlichen hat sich in den letzten Jahren verfünffacht (ebd.). Das entspricht etwa 200 Neuerkrankungen jährlich (ebd.). Dabei handelt es sich mehrheitlich um sehr stark übergewichtige Personen, bei denen bereits die Eltern und Großeltern an Diabetes Typ 2 leiden (ebd.). Übergewicht und Bewegungsmangel sind die Hauptauslösefaktoren für Diabetes Typ 2. Übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien sind stärker von Diabetes Typ 2 betroffen als Kinder deutscher Abstammung (ebd.).

In der Regel wird im Erstantrag nur eine 40-prozentige Schwerbehinderung (GdB40) anerkannt. Auch nach Widerspruch verweigern immer mehr Landesversorgungsämter den noch vor zehn Jahren üblich anerkannten GdB50 (Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V; Nummer 21/2016; Methodenbewertung; Kontinuierliche Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten künftig GKV-Leistung für insulinpflichtige Diabetiker). Die Versorgungsämter beharren oftmals auf der Blutzuckermessung als Parameter für die Intensität der Therapie-durchführung (ebd.). Aber auch mit anderen Messwerten (z. B. CGM) sind

täglich ca. 30 individuelle Therapieentscheidungen hinsichtlich Mahlzeiten, Insulinmenge, Aktivität, Kontrollen etc. zu treffen. Dieses gilt für jegliche Durchführung der Insulintherapie.

Für Kinder mit Diabetes im Vorschulalter, die sich noch in der körperlichen Entwicklung befinden, ist eine ausgeglichene Stoffwechsellage derzeit nur schwer erreichbar. Insbesondere in Phasen erhöhter körperlicher Belastung kann es zu unvorhergesehenen Hypoglykämien (Unterzuckerungen), die für das Kind lebensgefährlich sind, kommen. Im Vorschul- und jungen Grundschulalter braucht ein Kind mit Diabetes Unterstützung. Es kann sich noch nicht selbstständig um den Diabetes kümmern und ist sowohl bei den Blutzuckermessungen (oder Sensormessung) als auch bei der Berechnung und der Abgabe des Insulins auf Fremdhilfe durch geschulte Erwachsene angewiesen. Für diese Hilfe gibt es nach Kenntnis der Fragesteller die Möglichkeit des Pflegedienstes sowie der Einzelfallhilfe durch die kommunalen Träger. Bei den genannten Maßnahmen handelt es sich um eine Kombination aus medizinischen (Messung, Insulin) und allgemeinen (Berechnung des Essens, Sicherstellung des Aufessens) Maßnahmen. Für diese kombinierten Maßnahmen gibt es derzeit keine feste gesetzliche Regelung. Flächendeckend finden sich die Eltern hier in einer Konfliktsituation, in der sich Krankenkassen und kommunale Träger um das Ausmaß der Kosten streiten. Das Ausmaß beruht derzeit auf einer Entscheidung des zuständigen Landkreises. Leidtragende sind die Patienten.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Für den Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gilt, dass Kinder mit Diabetes im Vorschul- oder Grundschulalter grundsätzlich häusliche Krankenpflege (HKP) nach § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erhalten können. Die HKP kann auch in Schulen und Kindergärten erbracht werden und umfasst nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, HKP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beispielsweise die Blutzuckermessung zur Ermittlung und Bewertung des Blutzuckerwertes kapillaren Blutes mittels Testgerät (z. B. Glucometer) bzw. die Insulininjektion.

Hinsichtlich der umfassenden Betreuung von Kindern mit Diabetes im Vorschul- und Grundschulalter fallen nach der verfassungsrechtlich festgelegte Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern die Regelungen des Schul- und Landesbeamtenrechts sowie damit verbundener weiterer Vorschriften des öffentlichen Dienstrechts in die ausschließliche Zuständigkeit der Länder. Nach Kenntnis der Bundesregierung haben diverse Bundesländer Richtlinien, Verwaltungsvorschriften oder allgemeine Leitlinien zur Verabreichung von Arzneimitteln an Schülerinnen und Schüler erlassen.

Auch soweit Leistungen der Eingliederungshilfe in Betracht kommen, führen Länder und Kommunen das Recht der Eingliederungshilfe nach den verfassungsrechtlichen Vorgaben in eigener Zuständigkeit aus.

1. Wie hat sich in den Jahren von 2009 bis 2020 die Zunahme der Erkrankungen an Diabetes bei Kindern und Jugendlichen nach Kenntnis der Bundesregierung entwickelt (bitte nach Typ 1 und Typ 2, nach Altersgruppen sowie nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Nach Daten der Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut (RKI) für die Jahre 2014 bis 2019 nahm die Neuerkrankungsrate (Inzidenz) des Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren in diesem Zeitraum jährlich um etwa ein Prozent zu.

Insgesamt lag die Inzidenz des Typ-1-Diabetes im Zeitraum 2014 bis 2019 bei rund 26 pro 100 000 Personenjahren. Somit sind jährlich etwa 3 500 Kinder und Jugendliche neu an einem Typ-1-Diabetes erkrankt. Nach Altersgruppen aufgeschlüsselt betrug die Inzidenz pro 100 000 Personenjahren rund 18 bei 0 bis 4-Jährigen, rund 33 bei 5 bis 9-Jährigen, rund 44 bei 10 bis 14-Jährigen und rund 14 bei 15 bis 17-Jährigen.

Die Neuerkrankungsrate (Inzidenz) des Typ-2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen in der Altersgruppe von 11 bis 18 Jahren nahm im Zeitraum 2014 bis 2019 jährlich um etwa sieben Prozent zu. Kinder unter elf Jahren sind generell nur in sehr seltenen Ausnahmefällen von Typ-2-Diabetes betroffen, daher erfolgte für diese Altersgruppe keine Datenauswertung.

Insgesamt lag die Inzidenz des Typ-2-Diabetes im Zeitraum 2014 bis 2019 bei rund drei pro 100 000 Personenjahre. Somit sind jährlich etwa 200 Kinder und Jugendliche neu an einem Typ-2-Diabetes erkrankt. Nach Altersgruppen aufgeschlüsselt betrug die Inzidenz pro 100 000 Personenjahren rund drei bei 11 bis 14-Jährigen und rund 4 bei 15 bis 18-Jährigen.

Nach Bundesländern aufgeschlüsselte Daten liegen der Bundesregierung nicht vor.

2. Welche Begleiterkrankungen (nicht Folgeerkrankungen) traten im Zusammenhang mit einer Diabetes-mellitus-Erkrankung nach Kenntnis der Bundesregierung auf (bitte nach Typ 1 und Typ 2, nach Altersgruppen sowie nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Nach Daten der Diabetes-Surveillance des RKI hatten im Zeitraum 2007 bis 2017 rund 40 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes einen Bluthochdruck, rund 50 Prozent eine Fettstoffwechselstörung und rund drei Prozent eine Adipositas. Im Zeitverlauf blieb der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit diesen Begleiterkrankungen konstant.

Daten zu weiteren Begleiterkrankungen, zu Begleiterkrankungen bei Typ-2-Diabetes oder nach Altersgruppen und Bundesländern aufgeschlüsselte Daten liegen der Bundesregierung nicht vor.

3. Wie stellt sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Versorgungsdichte einer intensivierten Insulintherapie mittels CSII bei Diabetes Typ 1 im Bundesgebiet dar (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Wenn die Versorgung mit CSII nicht flächendeckend ist, hält die Bundesregierung dann Maßnahmen für erforderlich, und wenn ja, welche?

Die aktuelle S3-Leitlinie der DDG und AGPD zu Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter empfiehlt als Behandlungsstandard bei pädiatrischen Patienten mit Typ-1-Diabetes eine intensivierete Insulintherapie. Bei bestimmten Indikationen soll erwogen werden, diese mittels kontinuierlicher subkutaner Insulininfusionstherapie (CSII, Insulinpumpentherapie) durchzuführen. Nach Daten der Diabetes-Surveillance wurden im Jahr 2019 über 90 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes in Deutschland leitliniengerecht mit einer intensivierten Insulintherapie behandelt. Etwas mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes wurde mit einer Insulinpumpe behandelt.

Konkrete nach Bundesländern aufgeschlüsselte Versorgungszahlen hinsichtlich der für die kontinuierliche subkutane Insulin-Infusion (CSII) erforderlichen Insulinpumpen, die präzise Rückschlüsse auf die Versorgungsdichte einer intensi-

vierten Insulintherapie mittels CSII zulassen, liegen der Bundesregierung nicht vor.

Nach Aussage des Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) lässt sich jedoch insgesamt in den letzten Jahren eine deutliche Fallzahlensteigerung bei den Versorgungen mit den betreffenden Produkten sowie eine kontinuierliche Ausweitung der Versorgung beobachten. Am Markt sind mehrere Anbieter für diese Produkte etabliert.

Weder der Bundesregierung noch dem GKV-Spitzenverband liegen Informationen oder Hinweise auf etwaige Unterversorgungen in diesem Versorgungsbereich vor.

4. Wie stellt sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Versorgungsdichte einer kontinuierlichen Glukosemessung (CGM) bei Diabetes Typ 1 im Bundesgebiet dar (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Wenn die Versorgung mit CGM nicht flächendeckend ist, hält die Bundesregierung dann Maßnahmen für erforderlich, und wenn ja, welche?

Die kontinuierliche Glukosemessung (Continuous Glucose Monitoring, CGM) ist erst seit wenigen Jahren in breitem Umfang für die Stoffwechselfbstkontrolle der Patientinnen und Patienten mit Typ-1-Diabetes verfügbar, die Nutzungsdaten sind jedoch bereits stark angestiegen. Nach Daten der Diabetes-Surveillance des RKI lag der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit CGM in den Jahren 2009-2015 noch deutlich unter zehn Prozent und stieg bis zum Jahr 2019 auf etwa 70 Prozent an.

Konkrete nach Bundesländern aufgeschlüsselte Versorgungszahlen hinsichtlich der für die CGM erforderlichen Glukosemessgeräten, die präzise Rückschlüsse auf die Versorgungsdichte der CGM zulassen, liegen der Bundesregierung nicht vor.

Nach Aussage des GKV-Spitzenverbandes lässt sich insgesamt in den letzten Jahren eine deutliche Fallzahlensteigerung bei der Versorgung mit den betreffenden Produkten sowie eine kontinuierliche Ausweitung der Versorgung beobachten. Am Markt sind mehrere Anbieter für diese Produkte etabliert.

Weder der Bundesregierung noch dem GKV-Spitzenverband liegen Informationen oder Hinweise auf etwaige Unterversorgungen in diesem Versorgungsbereich vor.

5. Wie viele chronisch kranke Kinder haben nach Kenntnis der Bundesregierung eine Schulasistenz, die ihnen in der Schulzeit bei der Diabetesbehandlung hilft (bitte nach Art der Erkrankung, Schulform und Alter aufschlüsseln)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

6. Wie werden diese Schulasistenzen nach Kenntnis der Bundesregierung finanziert (bitte nach Krankenkassen und Sozialkassen aufschlüsseln)?

Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, die auch in Schulen und Kindergärten erbracht werden können, werden durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziert (siehe Vorbemerkung). Nach § 37 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erhalten Versicherte in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder an einem sonst geeigneten Ort, insbesondere

in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten häusliche Krankenpflege, soweit eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege). Dieser Anspruch auf häusliche Krankenpflege umfasst die erforderlichen Leistungen der Behandlungs- und Grundpflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung. Darüber hinaus erhalten Versicherte nach § 37 Absatz 2 SGB V in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder an einem sonst geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn dies zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (Sicherungspflege). Voraussetzung dafür ist, dass die oder der Versicherte wegen Krankheit der ärztlichen Heilbehandlung bedarf und die häusliche Krankenpflege Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplanes ist. Zudem kann die Krankenkasse in ihrer Satzung bestimmen, dass zusätzlich zur Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht wird, sofern Versicherte nicht pflegebedürftig im Sinne des Elften Buchs Sozialgesetzbuch sind. Der Anspruch sowohl bei der Krankenhausvermeidungspflege als auch bei der Sicherungspflege besteht jedoch nur dann, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann (§ 37 Absatz 3 SGB V).

Welche Leistungen und unter welchen Bedingungen konkret erbracht werden, wird in der Richtlinie des G-BA über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, HKP-RL) festgelegt.

Als mögliche Leistungsorte werden in der Regelung bereits u. a. Schulen und Kindergärten genannt. In der HKP-RL des G-BA wurden allgemeine Kriterien für geeignete Orte wie die Möglichkeit der zuverlässigen Durchführung, geeignete räumliche Verhältnisse sowie Erforderlichkeit der Leistungserbringung während des Aufenthalts an dem Ort festgelegt (§ 1 Absatz 2 HKP-RL). Auch danach können geeignete Orte u. a. insbesondere Schulen und Kindergärten sein.

Gemäß dem Leistungsverzeichnis der HKP-RL sind beispielsweise als Leistungen im Rahmen der Behandlungspflege die Blutzuckermessung zur Ermittlung und Bewertung des Blutzuckergehaltes kapillaren Blutes mittels Testgerät (z. B. Glucometer) bzw. die Insulininjektion vorgesehen.

Nachrangig gegenüber den Leistungen anderer (Sozialleistungs-)Träger können durch die Träger der Eingliederungshilfe für Kinder mit Diabetes Schulassistenten als Leistungen zur Teilhabe an Bildung finanziert werden (§ 112 Absatz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – SGB IX).

Ausschlaggebend für die Abgrenzung zwischen Eingliederungshilfe und Behandlungspflege ist nach der Rechtsprechung die Zielrichtung der Leistung. Abzustellen ist darauf, ob die erforderliche Leistung die Zeit des Schulbesuchs betrifft und ob ohne die Hilfe eine Teilnahme am Unterricht nicht gesichert wäre (zum Beispiel Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 18. Januar 2017, L 15 SO 355/16 B ER; Landessozialgericht Baden-Württemberg, Beschluss vom 12. Dezember 2017, L 7 SO 3798/17 ER-B).

7. Über welche Qualifikationen verfügen nach Kenntnis der Bundesregierung die Schulassistenten, wie werden diese auf die jeweiligen Krankheitsbilder geschult?

Wer kommt nach Kenntnis der Bundesregierung für die Schulungsmaßnahmen auf, und plant die Bundesregierung ggf. Maßnahmen, um diese Verfahren zu vereinheitlichen (wenn ja, welche Maßnahmen)?

Anforderungen an die fachliche Qualifikation zur Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind in den gemeinsamen Rahmenempfehlungen über die Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege enthalten, die der GKV-Spitzenverband mit den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene gemäß § 132a Absatz 1 Satz 1 SGB V abgeschlossen hat. Danach sind die von ambulanten Pflegediensten angebotenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft durchzuführen. Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft erfüllen beispielsweise Personen, die eine Ausbildung als Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) oder als Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. als Gesundheits- und Krankenpfleger nach dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) oder als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach dem KrPflG oder nach dem PflBG abgeschlossen haben. Die vollständigen Rahmenempfehlungen können unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/haeusliche_krankenpflege/haeusliche_krankenpflege_1.jsp abgerufen werden.

Für den Bereich der Eingliederungshilfe hängt die Qualifikation der Schulassistenten vom Umfang der Assistenzleistung ab. Sofern die notwendigen Assistenzleistungen über einfache Hilfestellungen wie die Begleitung der Leistungsberechtigten hinausgehen und die Befähigung der Leistungsberechtigten zu einer eigenständigen Alltagsbewältigung zum Ziel haben, werden die Assistenzleistungen von qualifizierten Fachkräften erbracht. Dies ist jeweils im Einzelfall zu entscheiden.

Grundsätze bzw. Einzelheiten etwa zu den Inhalten der Leistungen, der Qualität und zur notwendigen Qualifikation des Personals werden in den Landesrahmenverträgen bzw. den Leistungsvereinbarungen zwischen den Trägern der Eingliederungshilfe und den Leistungserbringern nach den Vorgaben in den §§ 123 ff. SGB IX geregelt. Wie in der Vorbemerkung dargestellt, besteht hier keine bundesgesetzliche Zuständigkeit für die Ausgestaltung der Verträge. Dies betrifft ebenso die Schulung der Fachkräfte.

8. Sieht die Bundesregierung eine Änderung der gesetzlichen Grundlage zur Einstufung von Diabetes-Erkrankten vor, die diese für einen Schwerbehindertenausweis GdB50 berechtigt, und wenn nein, warum nicht?

Die Begutachtungskriterien für die Bewertung des Grades der Behinderung (GdB) bei einem Diabetes mellitus sind in Nummer 15.1 des Teils B der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (Versorgungsmedizinische Grundsätze) festgelegt. Der GdB kann je nach Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung zwischen 0 und 50 liegen, in Ausnahmefällen auch höher. Ein starrer GdB von 50 würde der hohen Variabilität der mit der Gesundheitsstörung einhergehenden Teilhabebeeinträchtigung nicht gerecht. Eine Änderung der Begutachtungskriterien ist nicht vorgesehen.

9. Sind seitens der Bundesregierung Maßnahmen geplant, um den Familien im Bundesgebiet eine einheitliche und rechtssichere Lösung für ihre chronisch kranken Kinder zur Teilhabe an Kindergarten und Schulunterricht zu gewährleisten, und wenn ja, welche?

Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen. Regelungen des Schul-, Beamten- und öffentlichen Dienstrechts fallen in die ausschließliche Zuständigkeit der Länder, so dass eine entsprechende bundeseinheitliche Regelung für Schulen nicht möglich ist.

Die Bundesregierung ist bestrebt, dass alle Kinder mit Beeinträchtigungen die individuell erforderlichen Leistungen zur Teilhabe zügig, umfassend und koordiniert erhalten. Dazu wurden insbesondere mit dem Bundesteilhabegesetz im SGB IX Regelungen eingeführt bzw. geschärft, die dies sicherstellen sollen. Dies sind beispielweise eine schnelle Zuständigkeitsklärung zwischen den Rehabilitationsträgern sowie eine Teilhabe- und Gesamtplanung, bei der ggf. weitere beteiligte Träger einzubeziehen sind. Eine Möglichkeit des Bundes zur Durchsetzung einer einheitlichen Lösung besteht, wie in der Vorbemerkung der Bundesregierung dargelegt, nicht. In verschiedenen Formaten finden jedoch regelmäßige Austausche zwischen Bund und Ländern – insbesondere auch zum Leistungsrecht der Eingliederungshilfe – statt, in denen Erfahrungen und Probleme aus der Verwaltungspraxis erörtert und erforderliche Nachbesserungen geprüft werden.

10. Sind seitens der Bundesregierung Maßnahmen geplant, um den Zuckerkonsum und das Übergewicht zu reduzieren, und wenn ja, welche?

Mit der am 19. Dezember 2018 beschlossenen Nationalen Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten (NRI) leistet die Bundesregierung einen Beitrag zur Förderung einer gesunden Lebensweise. Übergeordnetes Ziel ist es, den Anteil der Übergewichtigen und Adipösen in der Bevölkerung, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, zu senken und die Häufigkeit von Krankheiten, die durch die Ernährung mitbedingt werden, zu verringern.

Im Rahmen der NRI haben sich bereits neun Verbände der Lebensmittelwirtschaft in Form von Zielvereinbarungen mit ihren Mitgliedunternehmen dazu verpflichtet, bis zum Jahr 2025 die Gehalte an Zucker, Fetten, Salz oder Energie in ihren Produkten zu reduzieren. Dass die Strategie bereits Wirkung entfaltet, zeigen die im April 2020 veröffentlichten Ergebnisse der ersten Folgeerhebung des vom Max Rubner-Institut (MRI) durchgeführten Produktmonitorings: in allen untersuchten Produktgruppen wurden reduzierte Energie- oder Zuckergehalte festgestellt. Insbesondere bei Produkten mit Kinderoptik sind positive Entwicklungen zu verzeichnen. Weiterhin ist im Rahmen der NRI am 29. Mai 2020 ein nationales Verbot des Zusatzes von Zucker und anderen süßenden Zutaten zu Kräuter- und Früchtetee für Säuglinge oder Kleinkinder in Kraft getreten (Vierte Verordnung zur Änderung der Fruchtsaft- und Erfrischungsgetränkerverordnung vom 18. Mai 2020 – BGBl I S. 1075).

Zudem hat die Bundesregierung im Jahr 2008 den Nationalen Aktionsplan „INFORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten beschlossen. Erreicht werden soll dies durch eine Kombination von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen. In bisher über 200 Projekten in allen Lebenswelten wurde das Ziel verfolgt, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland nachhaltig zu verbessern. Im Ernährungsbereich bilden dabei von Anfang an Maßnahmen zur Inten-

sivierung der Ernährungsbildung und Stärkung der Ernährungskompetenz in allen Altersklassen einen Schwerpunkt.