

Die rechtliche Situation der Ernährungsberatung in Deutschland

Liebe Leserinnen und Leser,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

in dieser Ausgabe der Diät & Information haben wir Ihnen eine Spezialausgabe zusammengestellt zur rechtlichen Situation der Ernährungsberatung in Deutschland. Sie finden sie auf den nächsten Seiten und künftig auch als PDF auf der VDD-Webseite, zum Download jederzeit.

Hintergrund dieses Sonderteils ist eine rechtliche Stellungnahme zum § 43 SGB V, die der VDD Ende des vergangenen Jahres in Auftrag gegeben hatte. Wir haben insbesondere prüfen lassen, inwieweit die 2013 neu gefassten Gemeinsamen Empfehlungen der Verbände der Krankenkassen zur Durchführung von Patientenschulungen mit dem § 43 SGB V kompatibel sind und ggf. unser Recht, das im DiätAssG und in der zugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsordnung niedergelegt ist, berührt.

Denn es kommt immer wieder zu Irritationen, wenn Patientenschulungen im therapeutischen Bereich nach dem § 43 SGB V abgerechnet werden sollen. Es geht um Patientenschutz und die Anerkennung unserer berufsrechtlichen Grundlagen. Mit den Gemeinsamen Empfehlungen zu Patientenschulungen nach § 43 SGB V wenden die Krankenkassen eine Durchführungsempfehlung an, die sie berechtigterweise erlassen haben, um das Verfahren der Kostenübernahme der Ernährungsberatung zu vereinheitlichen. Darin haben sie festgelegt, welche Qualifikation ein „Ernährungsberater“ haben muss, um Patientenschulungen nach § 43 SGB V durchführen zu

können. Doch die Gemeinsamen Empfehlungen kollidieren mit dem Diätassistentengesetz, das zum Schutz der Patienten unsere Qualifikation genau beschreibt und festlegt.

Fokussiert auf die Ernährungsberatung lesen Sie zunächst einen Grundsatzbeitrag zum Gesundheitssystem in Deutschland, zu den Beteiligten und ihren Rollen, Aufgaben und Kompetenzen. Des Weiteren haben wir Antworten auf Fragen zusammengestellt, die uns häufig zur rechtlichen Situation der Diätassistenten begegnen. Professor Dr. Gerhard Igl erläutert die Ergebnisse seiner rechtlichen Überprüfung: Problematisch ist danach, dass die Krankenkassen durch das Gesetz nicht ermächtigt werden, Gemeinsame Empfehlungen zu Patientenschulungen nach § 43 SGB V erlassen zu dürfen. Weil diese als bindend betrachtet werden, aber im Widerspruch zu geltendem Recht stehen (Diätassistentengesetz), kommt es zu einer Benachteiligung der Diätassistenten.

VDD-Vizepräsidentin Sabine Ohlrich-Hahn fasst zusammen, was der VDD bisher auf den Weg gebracht hat und welche Aufgaben noch vor uns liegen.

Wir hoffen, Sie hiermit sachgerecht zu informieren und Ihnen Argumente für die Diskussionen mit Kostenträgern zu liefern.

Ihre Ina Lauer



INHALT für diesen Sonderteil

Editorial <i>VDD-Präsidentin Ina Lauer</i>	Seite 21
Die Ernährungsberatung in Deutschland und die Krankenkassen Welche Aufgaben hat die GKV? <i>Doris Steinkamp / Luise Richard</i>	Seite 22
Das Recht der Diätassistentinnen und Diätassistenten in Deutschland <i>Dr. Markus Plantholz / Dr. Daniel Buchholz</i>	Seite 27
Patientenschulungen der Krankenkassen für chronisch Kranke sind rechtlich problematisch Gesetzgeber ist gefordert <i>Interview mit Prof. Dr. Gerhard Igl</i>	Seite 31
Status Quo und Implikationen zur Situation des Diätassistentenberufs Auf dem Weg in die Zukunft <i>VDD-Vizepräsidentin Sabine Ohlrich-Hahn</i>	Seite 34

GLOSSAR für diesen Sonderteil

BÄK	Bundesärztekammer
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSG	Bundessozialgericht
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DiätAss-APrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Diätassistentinnen und Diätassistenten [DiätAss-APrV]
DiätAssG	Diätassistentengesetz
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung(en)
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
LSG	Landessozialgericht
SG	Sozialgericht
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
VDD	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V.

Die Ernährungsberatung in Deutschland und die Krankenkassen

Welche Aufgaben hat die GKV?

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist kompliziert. Wer sich darin bewegen will, sollte Systemkenntnis haben. Eine zentrale Rolle spielen die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), die Leistungen in einem rechtlich definierten Rahmen finanzieren. Wir geben Ihnen einen Überblick über die Strukturen der GKV, die rechtliche Situation der Ernährungsberatung sowie die Möglichkeiten und Grenzen für Diätassistenten.

Für alle Leistungen, die im Gesundheitssystem erbracht werden, regelt das Sozialgesetzbuch V (SGB V) die Finanzierung. Bezahlt werden die definierten Leistungen zum größten Teil von den gesetzlichen Krankenkassen. Der Gesetzgeber will mit strikten Regelungen dafür sorgen, dass die Beiträge der Versicherten nicht willkürlich, sondern sachgemäß und wirtschaftlich verwendet werden. Für die Ernährungsbera-

tung der Diätassistenten sind v. a. die Paragraphen 20 und 20a sowie 43 des SGB V relevant. Wie ist nun der Weg, damit eine Leistung von der GKV finanziert werden kann? Es lohnt sich ein Blick aufs System.

Wer entscheidet?

Da ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das als Teil der Bundesregierung dafür sorgen muss, dass die von Bundestag und

Ernährungsberatung im System der GKV

Diätassistenten bieten Ernährungsberatung häufig als individuelle Ernährungsberatung, also Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 SGB V/ergänzende Leistung zur Rehabilitation, an. Auch § 20 SGB V (Primärprävention) ist vielfach die Basis für eine individuelle Ernährungsberatung, mit der Mangel- und Fehlernährung vermieden, Übergewicht und Folgeerkrankungen reduziert und die betriebliche Gesundheitsförderung ausgebaut werden.

Bundesrat (Gesetzgeber) beschlossenen Gesetze ausgeführt und umgesetzt werden. Das BMG führt u. a. die rechtliche Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (vgl. auch Abbildung 1).

Dem G-BA kommt im deutschen Gesundheitswesen eine überaus wichtige Rolle zu, da er als oberstes Selbstverwaltungsorgan des Gesundheitssektors vom Gesetzgeber die Aufgabe erhalten hat, Gesetze und Rechtsverordnungen in inhaltliche Richtlinien zu fassen. Der Gesetzgeber erkennt damit die fachliche und wissenschaftliche Kompetenz der dort versammelten Fachleute an und überträgt dem G-BA weitgehende Befugnisse. Das BMG selbst kann bei Richtlinien des G-BA nur eingreifen, wenn es sich um Rechtsfehler handelt, die eine Neubefassung in der Sache notwendig machen (so geschehen beim Beschluss des G-BA zum Heilmittel im vergangenen Jahr). Im Gesundheitssystem hat der G-BA – losgelöst von der Politik – damit eine sehr zentrale und entscheidende Position inne.

Der G-BA ist, vor allem was seine Zusammensetzung angeht, in den letzten Jahren in der Öffentlichkeit zunehmend in die Kritik geraten. Ärzte und Krankenkassen haben im G-BA eine herausgehob-

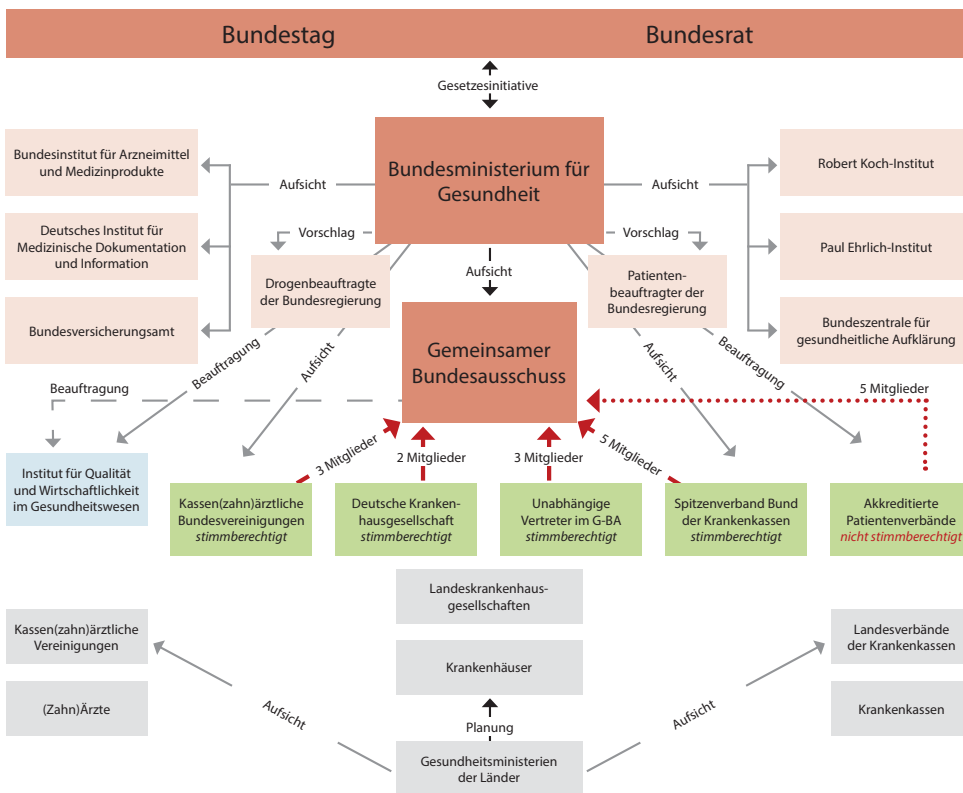


Abbildung 1: Das deutsche Gesundheitssystem ist von einer Vielzahl an Entscheidern, Behörden und Sicherungssystemen geprägt, die der Sicherheit der Patienten sowie der Verteilung der Gelder in der Solidargemeinschaft dienen soll. Faktisch führt diese Struktur zu einem Gewirr von Zuständigkeiten und Kompetenzen sowie einer Konzentration im Gemeinsamen Bundesausschuss [G-BA] mit weitgehenden von der Politik übertragenen Befugnissen. Quelle: BMG 2016 (veränderte Darstellung)

bene Stellung: Die gesetzlichen Krankenkassen werden durch den GKV-Spitzenverband vertreten und entsenden fünf stimmberechtigte Mitglieder. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung entsenden ebenfalls zusammen fünf stimmberechtigte Mitglieder. Daneben gibt es fünf Vertreter von Patientenverbänden, die mitberaten, aber kein Stimmrecht haben, sowie drei unparteiische Mitglieder, von denen eines den Vorsitz des Gremiums innehat. Neun Unterausschüsse arbeiten dem G-BA fachlich und inhaltlich zu.

Wer finanziert?

Wenn es nun um die Verteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfonds geht, soll das nach dem Willen des Gesetzgebers die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen selbst organisieren. Der G-BA als wichtige Institution entscheidet über die Anerkennung bestimmter Methoden und Verfahren und soll das fachlich unabhängig und auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse tun. Der Gesetzgeber hat mit diesen Bestimmungen das Patientenwohl im Blick, damit einerseits den Patienten die bestmögliche Hilfe gewährt werden kann und andererseits die Mittel sachgemäß, gerecht und auch wirtschaftlich verteilt und eingesetzt werden (§ 2 Absatz 4 SGB V).

Der Gesundheitsfonds (s. Kasten „Fakten zur GKV“), in den hauptsächlich alle Versicherten und die Arbeitgeber einzahlen, ist also ein Gesamtpf, aus dem die Krankenkassen Geld zugewiesen bekommen. Diese Zuweisung richtet sich erstens in einem Sockelbetrag nach der Anzahl der Versicherten sowie zweitens nach dem erhöhten Bedarf für bestimmte Patienten. Mit diesem sog. Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi RSA) erhalten die Kassen mehr Geld, wenn z.B. Patienten mit Depressionen, dialysepflichtige Patienten oder

Fakten zur GKV

- ▶ Ca. 90% der Versicherten in Deutschland
- ▶ Enormer Schrumpfungsprozess der GKV bis 2016: Es gibt derzeit nur noch 118 verschiedene Krankenkassen in sechs Dachverbänden. Die beiden größten sind der Verband der Ersatzkassen (vdek) mit ca. 38% Marktanteil und der AOK-Spitzenverband mit einem Marktanteil von knapp 35%. Zwischen 1970 und 2000 sind etwa drei Viertel der Krankenkassen vom Markt verschwunden und seit 2000 bis heute noch einmal knapp drei Viertel.
- ▶ Die GKV finanzieren sich aus drei Quellen: Gesundheitsfonds, Zusatzbeiträge und Steuern [Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen]. In den Gesundheitsfonds gehen die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge ein, die gesetzlich geregelt sind. Der Arbeitgeberbeitrag ist fix und liegt derzeit bei 7,3%, der Arbeitnehmeranteil ist variabel und liegt bei 7,3 bis 9%.
- ▶ Die gesetzlichen Krankenkassen handeln nach zwei Prinzipien: Das Solidaritätsprinzip besagt, dass ein bestimmter Prozentsatz in Abhängigkeit vom Einkommen in die Krankenkassen eingezahlt wird. Unabhängig vom eingezahlten Beitrag erhalten alle Versicherten die Leistungen, die sie brauchen. Nach dem Sachleistungsprinzip bezahlt die Kasse dem Leistungserbringer die Sache direkt, der Patient erhält also keine Rechnung. Dem steht das Kostenerstattungsprinzip entgegen, das die Grundlage der Privaten Krankenversicherung ist: Der Patient tritt in Vorleistung und beantragt die Kostenerstattung bei der Kasse nachträglich. In der GKV ist das die Ausnahme.

auch Patienten mit Diabetes bei ihnen versichert sind (der Morbi RSA-Katalog umfasst derzeit insgesamt 80 Krankheiten).

Hoher Anteil Pflichtleistungen

Wichtig ist aber vor allem eines: Die Krankenkassen müssen aus den ihnen jeweils zugewiesenen Mitteln ca. 94 Prozent Pflichtleistungen finanzieren. Diese sind für alle Krankenkassen gleich. Nur etwa 6 Prozent der Ausgaben stehen ihnen für Satzungs- und Mehrleistungen, für Disease-Management-Programme (DMP-Programme) und für Verwaltungskosten zur Verfügung. Das zeigt, wie eng die Kalkulationen zum Teil sind und wie wenig Spielraum vorhanden ist, zusätzliche Kann-Leistungen zu finanzieren. Hinzu kommt, dass der Konzentrationsprozess auf dem Markt der Krankenkassen in den letzten Jahrzehnten enorm war. Von vormals mehr als 1.800 Krankenkassen (1970) sind

heute nur noch 118 übrig, die sich den Markt teilen und 90 Prozent der Bevölkerung versichern. Es gibt also wenige Anbieter, die sich zudem in ihren Leistungen (hauptsächlich Pflicht-Leistungen) nur unwesentlich unterscheiden.

Im Entscheidungsgremium G-BA haben die GKV zusammen mit den Ärzte- und Krankenhausvertretern die übergroße Mehrheit und entscheiden über Methoden und Verfahren und damit über den Leistungskatalog der Krankenkassen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, wie die Ausgaben des Gesundheitsfonds tatsächlich verteilt sind und wer davon profitiert (s. Abbildung 2, Seite 24).

Es zeigt sich, dass 2014 nur ein Bruchteil der Finanzmittel für Heil- und Hilfsmittel und für Prävention und Selbsthilfe ausgegeben wurde (zusammen nur 7,7 %). Die Ausgaben für Krankenhausbehandlungen, für Arzneimittel, für ärztliche und

Leistungsbereich	Anteil an den gesamten Leistungsausgaben in Prozent	Betrag in Euro	Betrag pro Versichertem in Euro ca.
Krankenhaus	35,0	67,9 Mrd.	884,64
Arzneimittel	17,2	33,4 Mrd.	432,00
ambulante ärztliche Behandlung	17,3	33,4 Mrd.	405,26
zahnärztliche Versorgung inkl. Zahnersatz	6,7	13,0 Mrd.	168,55
Heil- und Hilfsmittel	6,8	13,1 Mrd.	164,35
Prävention und Selbsthilfe	0,9	1,8 Mrd.	24,39

Abbildung 2: Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für bestimmte Leistungsbereiche [Gesamtausgaben 2014, Tabelle gekürzt]. Quelle: vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2014

zahnärztliche Versorgung dagegen lagen bei insgesamt mehr als drei Viertel der Gesamtausgaben.

Ein Zwischenfazit

Festzuhalten bleibt an dieser Stelle, dass die GKV sich in einem engen gesetzlichen Rahmen bewegen und wenig finanziellen Spielraum für zusätzliche sogenannte Kann-Leistungen haben.

Wer als Diätassistent mit Krankenkassen zu tun hat, sollte auch den Auftraggeber gut kennen. Es reicht nicht, nur den Patienten im Blick zu haben, sondern man sollte sich auch mit der finanzierenden Seite auskennen, die grundsätzlich nach dem Solidaritätsprinzip handelt. Nur in seltenen Ausnahmen werden rückwirkend Kosten erstattet, für die der Patient in Vorleistung gegangen ist (s. Kasten).

Ernährungsberatung im System der GKV

Wozu Diätassistenten ausgebildet sind, was sie nach Abschluss der Ausbildung können müssen und was sie dürfen, regeln das Diätassistentengesetz und die zugehörige Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Der Gesetzgeber hat mit diesem staatlich geregelten und

geprüften Beruf einen Spezialberuf etabliert, der sich als einziger (Therapie-)Beruf monothematisch mit der Ernährungsberatung von Kranken und Gesunden befasst. Qua Gesetz sind Diätassistenten also befugt, Ernährungsberatung eigenverantwortlich durchzuführen. Der Arzt stellt dafür eine Notwendigkeitsbescheinigung aus und verordnet die Ernährungsberatung. Formal ist die Ernährungsberatung aber zurzeit nicht Bestandteil der Pflichtaufgaben der GKV.

Welche Möglichkeiten haben nun Diätassistenten, Ernährungsberatung im Rahmen der GKV und im Rahmen des SGB V anzubieten?

- Das Sozialgesetzbuch V regelt in § 20 die Leistungen der Krankenkassen im Rahmen der Primärprävention. Im Handlungsfeld Ernährung geht es um die Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung, die Vermeidung und Reduktion von Übergewicht sowie die betriebliche Gesundheitsförderung und u.a. gesundheitsgerechte Verpflegung am Arbeitsplatz. Die zentrale Prüfstelle Prävention der GKV ist ein Zusammenschluss der Krankenkassen. Sie überprüft Kurse, Angebote und Anbieter zentral auf ihre Qualität hin. Wer

diese Qualifikation erhalten kann, ist in den mit den Krankenkassen-Verbänden abgestimmten Mindestanforderungen definiert (s. weiter unten). Solch anerkannte Qualifikationen sind für Diätassistenten das Fortbildungszertifikat des VDD und z. B. der Ernährungsberater (DGE).

- Das neue Präventionsgesetz von 2015 definiert zahlreiche Ziele, die mit einer Ernährungsberatung verbunden sind: u. a. Verhindern und Verringern von Diabetes mellitus und dessen Folgeerkrankungen, gesund aufwachsen und gesund älter werden, depressive Erkrankungen verhindern und behandeln sowie Reduktion von Tabak- und Alkoholkonsum. Für all diese Ziele stehen den GKV nach dem Präventionsgesetz (nicht nach § 20 SGB V) jetzt deutlich mehr Finanzmittel, insgesamt mehr als doppelt so viel wie bisher, zur Verfügung. Es geht neben der individuellen Prävention auch um betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) sowie die Prävention in nichtbetrieblicher Lebenswelt (z. B. Kitas, Schulen, Lebenswelt älterer Menschen). Was tatsächlich wie künftig umgesetzt und finanziert wird, wird sich im Laufe des Jahres abzeichnen. Diätassistenten ist deshalb nur zu raten: Halten Sie guten Kontakt zu den Kassen und pflegen Sie die Kontakte zu den Partnern der betrieblichen Gesundheitsförderung, den Kommunen und den Gesundheitsämtern! Für die BGF in kleinen und mittleren Betrieben wird es künftig regionale Koordinierungsstellen geben, die über die GKV gefördert werden. Das Präventionsgesetz könnte also gute Berufschancen für Diätassistenten bieten.
- Das Sozialgesetzbuch V hält noch einen anderen Paragraphen bereit, wonach die gesetzlichen Krankenkassen Kosten für eine Ernährungsberatung erstatten können: Nach § 43 SGB V kann

die Krankenkasse „wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen; Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist“, heißt es darin. Wichtig ist hier, dass es sich um eine sog. *Kann-Leistung* handelt. Das heißt, ein Patient hat keinen Anspruch auf eine solche GKV-Leistung, sondern es ist immer nur eine Einzelfallentscheidung. Standardmäßig werden fünf bis sechs Beratungen bezuschusst. Welche Berufsgruppen nach § 43 SGB V Ernährungsberatung, sprich Patientenschulungen, durchführen dürfen, ist dort nicht geregelt. Die Gemeinsamen Empfehlungen der GKV sind insofern für die Durchführung von Patientenschulungen grundsätzlich ein sinnvoller Ansatz, um eine qualitativ hochwertige Patientenschulung zu gewährleisten, die anderweitig im SGB V und den ausführenden Bestimmungen nicht ausreichend definiert ist (s. auch Interview mit Prof. Igl auf Seite 31 ff.).

- Seit 2004 gibt es für Arztpraxen die Möglichkeit, fachübergreifende Medizinische Versorgungszentren (MVZ) unter ärztlicher Leitung zu betreiben, bei denen Angestellte oder Honorarkräfte die Ernährungsberatung abdecken. Sie bieten für Diätassistenten Chancen durch die multiprofessionelle Zusammenarbeit sowie auch Raum für Schulungs- und Präventionsprogramme, Disease-Management-Programme (DMP), Patiententage und die sog. IGeL-Leistungen (individuelle Gesundheitsleistungen), die der Patient selbst zahlt.

Die Paragraphen in der Anwendung der GKV

An dieser Stelle ist noch einmal herauszuheben, dass die Krankenkassen gemäß Gesetzgeber und G-BA verpflichtet sind, so zu

arbeiten, wie sie es tun. Viel Entscheidungsspielraum zur Finanzierung der Ernährungsberatung haben sie derzeit nicht.

Was in der Praxis der Anerkennung von Qualifikationen vielfach übersehen oder ignoriert wird, ist die Tatsache, dass die Zusatzqualifikation wie z. B. der Ernährungsberater (DGE) allein nur die Ernährungsberatung nach § 20 SGB V, d. h. für den Bereich Prävention, abdeckt. Die Ausbildung der Diätassistenten geht darüber hinaus: Diätassistenten sind durch die per se für beide Bereiche – Prävention (§ 20 SGB V) wie auch Therapie (§ 43 SGB V) – qualifiziert und weisen ihre Fortbildung mit dem VDD-Zertifikat nach (entsprechend der freiwilligen Fortbildungspflicht/Berufsordnung als VDD-Mitglied).

Jedoch regelt der § 43 SGB V nicht eindeutig, welche Qualifikationen für die dort definierten Aufgaben (Patienten-Schulungsprogramme) erforderlich sind. Die Folge ist, dass jetzt die Krankenkassen über die Anerkennung von Patienten-Schulungsprogrammen Qualifikationen anerkennen müssen. Ihnen wird die Kompetenz zugebilligt, Basis- und Zusatzqualifikationen überprüfen zu können. Damit entsteht – und vor allem das ist nach Ansicht des VDD kritikwürdig – abseits der etablierten Berufsgesetze (wie des DiätAssG) und staatlicher Regelungen eine Ordnung, die nicht einheitlich, nicht nachvollziehbar und nicht rechtens ist. Der Staat tritt zentrale Aufgaben ab und überlässt sie nachgeordneten Institutionen, ohne sie geregelt zu haben.

Die DGE hat seinerzeit unter Berücksichtigung des Diätassistentengesetzes sowie in Zusammenarbeit mit allen relevanten Berufsverbänden Mindestanforderungen für die Zulassung zur Fortbildung als Ernährungsberater (DGE) formuliert (vgl. Brehme in Ernährungs Umschau 7/2014, S. M397 ff.). Dort ist der zusammen mit DGE und allen Verbänden gefundene Konsens für

die Anforderungen in Sachen Prävention dokumentiert. Wörtlich heißt es in diesem Artikel: „Das bedeutet im Umkehrschluss, dass Berufsgruppen ohne die genannten Grundqualifikationen keine Möglichkeit haben, die Anbieterqualifikation zu erwerben.“

Wenn das also bereits für die Anwendung des § 20 SGB V (Prävention) gilt und akzeptiert wird, sollte es mehr noch für die Zulassung nach § 43 SGB V (Therapie/Patientenschulung) der Fall sein. Deshalb ist es höchst problematisch, dass der GKV-Spitzenverband diese grundständigen Berufsgesetze bei den Berufszulassungen nach § 43 SGB V nicht berücksichtigt. Die akademischen Studiengänge in ihrer Vielzahl bilden die fachlichen Inhalte der Berufsgesetze zumeist nicht ab. Wenn Leistungserbringer auf Grundlage einer Regelung des GKV-Spitzenverbandes aber zugelassen werden, sind zumindest die Studiengänge dahingehend zu überprüfen, ob sie den Mindestanforderungen und dem Diätassistentengesetz genügen. Das sollte auf Basis der Prüfpraxis der Berufserlaubnisbehörden geschehen und transparent und nachvollziehbar sein.

Patientenschutz ist oberstes Gebot

Aus Sicht des VDD ist ein weiterer Punkt problematisch: Eine staatliche Berufsausbildung trägt dazu bei, den verfassungsrechtlichen Auftrag des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung zu sichern. Das Diätassistentengesetz ist mithin die Grundlage für den Patientenschutz. Aus genau diesem Grund haben die Heilberufe ihre geschützten Berufsbezeichnungen – damit der Patient sofort erkennt, wer ihn versorgt. Nun haben die Krankenkassen laut GKV-Spitzenverband aber den Auftrag, sowohl die Grundqualifikation als auch die Zusatzqualifikationen zu prüfen. Bei unbekanntem Studiengang mit nicht einheitlich definierten Inhalten soll eine Gleich-

wertigkeitsprüfung durchgeführt werden. Gleichwertig zu welcher Referenz? Wer führt diese Gleichwertigkeitsprüfung durch? Wer kann das überhaupt? Die Universitäten, die einzelnen Krankenkassen? Eine zentrale Stelle, die für die Anerkennung der Qualifikationen zuständig wäre, existiert nicht. Allerdings gibt es auf Länderebene die zuvor genannten Berufserlaubnisbehörden, die auch die ausländischen Berufsabschlüsse anerkennen. An ihnen könnte und sollte sich der GKV-Spitzenverband orientieren.

Um Missverständnissen vorzubeugen: Patientenschulungen nach § 43 SGB V bedürfen nicht per se einer Befähigung zur Heilkunde (die Diätassistenten ja mitbringen), sondern es kommt auf die einzelne Maßnahme an. Doch sind die Gemeinsamen Empfehlungen der GKV für Patienten-Schulungsprogramme nach § 43 SGB V aus Sicht des VDD

im Hinblick auf den Patientenschutz absolut unzureichend. Wenn nicht einmal die Qualifikation als Diätassistentin ausreicht und weitere Zusatzqualifikationen erforderlich sind: Wie können die Krankenkassen Personen für Patientenschulungen zulassen, deren Ausbildung sie dazu nicht befähigt? Aus VDD-Sicht kollidieren das SGB V und die daraus abgeleiteten Gemeinsamen Empfehlungen der GKV ganz klar mit dem Diätassistentengesetz bzw. unterlaufen in ihrer Anwendung das staatliche Ziel „Gesundheitsschutz“.

Fazit

Es gibt für Diätassistenten auch im System der Gesetzlichen Krankenkassen Möglichkeiten für die Ernährungsberatung nach § 20 SGB V (Prävention) und nach § 43 SGB V (Therapie). Allerdings ist der Spielraum für eine Abrechnung mit den Krankenkassen eng. Für Heil- und

Hilfsmittel sowie Prävention und Selbsthilfe geben die Krankenkassen systembedingt nur sehr geringe Beträge aus. Die Ernährungsberatung nach § 20 SGB V und die individuelle Ernährungsberatung nach § 43 SGB V sind Leistungen, auf die der Patient nur eingeschränkt Anspruch hat.

Die Gemeinsamen Empfehlungen der GKV zu Patientenschulungsprogrammen fußen als „Ausführungsregeln“ auf diesen beiden Paragraphen des SGB V. Als Folge einer gesetzlichen Lücke werden die Anerkennung von Patienten-Schulungsprogrammen und die Prüfung auf Eignung der Ernährungsberater den Krankenkassen überlassen. Das Diätassistentengesetz spielt dabei faktisch keine Rolle. Ein wirksamer Patientenschutz im Sinne des Gesetzgebers lässt sich aus VDD-Sicht so nicht umsetzen. Es ist Zeit, das zu ändern.

Literatur

- Brehme, Ute (2014): Qualifikationen für die primärpräventive Ernährungsberatung. Anforderungen für die Zertifikate/die Registrierung im Überblick. In: Ernährungs Umschau 7.2014, S. M397 – M402
- Daten zum Gesundheitswesen: Finanzierung; Verband der Ersatzkassen (vdek) (2016): https://www.vdek.com/presse/daten/c_einnahmen-ausgaben.html; 23.06.2016
- Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (in Kraft seit 01.01.2015); <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/finanzierungs-und-qualitaetsgesetz/weiterentwicklung-der-finanzstruktur.html>; 23.06.2016
- Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung. GKV Spitzenverband (2016): https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung_grundprinzipien/grundprinzipien.jsp; 23.06.2016
- Schaubild „Das Gesundheitssystem – Der Staat setzt den Rahmen“. Bundesministerium für Gesundheit (2016): http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Ministerium/sonstiges/Plakat_Schaubild_Das_Gesundheitssystem_Der_Staat_setzt_den_Rahmen.pdf; 23.06.2016
- SGB 5 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (V); 14. SGB V-Änderungsgesetz – 14. SGBVÄndG Vierzehntes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch: <http://www.bmg.bund.de/service/gesetze-und-verordnungen/abgeschlossene-gesetzgebung-und-verordnungsverfahren/gesetze-und-verordnungen-s.html>; 23.06.2016
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/index.html; 23.06.2016
- Steinkamp, Doris (2016): Ernährungsberatung in Deutschland. Perspektiven als Ernährungsberaterin/DGE. Aktuelle Rahmenbedingungen und politische Entwicklungen. Vortrag Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Bonn, 18.03.2016

Autoren

Doris Steinkamp, Diätassistentin

Kompetenz Ernährung Beratungsagentur
Grotenburgstraße 37, 47800 Krefeld
info@doris-steinkamp.de

Luise Richard, Diplom-Ingenieurin

Redaktionsbüro Richard
Amtshofweg 11, 48317 Drensteinfurt
info@redaktionsbuero-richard.de

Das Recht der Diätassistentinnen und Diätassistenten in Deutschland

Heilmittelerbringer oder Nicht-Heilmittelerbringer?

Regelmäßig erreichen den VDD Fragen der Mitglieder, die rechtliche Situation von Diätassistentinnen und Diätassistenten und deren Tätigkeitsfelder – insbesondere die Ernährungstherapie – betreffend. Hier lesen Sie Antworten auf häufige Fragen.

Ist der Beruf des Diätassistenten ein Heilberuf?

Ja, der Beruf des Diätassistenten zählt zu den Heilberufen. Heilberufe werden im allgemeinen – nicht juristischen – Sprachgebrauch auch als Gesundheitsfachberufe, Gesundheitsdienstberufe oder (veraltet) als Medizinalfachberufe bezeichnet.

Hintergrundinformationen:

Die erste gesetzliche Regelung des Berufes der Diätassistentin/des Diätassistenten fand durch das Gesetz zur „Ausbildung, Prüfung und staatlichen Anerkennung von Diätassistenten (Diätassistentinnen) und Diätküchenleitern (Diätküchenleiterinnen)“ im Jahr 1937 statt (RMBliB IV B 385/37/3842); die Berufsbezeichnung „Diätassistentin“ ist auf den Arzt Dr. Ludolph Brauer im Jahr 1924 zurückzuführen [1]. Die vorläufig letzte gesetzliche Änderung erfolgte durch das „Diätassistentengesetz vom 8. März 1994“ (DiätAssG 1994).

Nach dem derzeit gültigen Berufsgesetz gehören Diätassistentinnen/

Diätassistenten in Deutschland zu den Heilberufen. Die Gesetzgebungskompetenz hierfür liegt beim Bund (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz). Dieser Artikel regelt u. a. die Kompetenz für die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen sowie für das Recht der Heilmittel. Die Ausbildungsziele nach dem DiätAssG 1994 liegen insbesondere in der

- eigenverantwortlichen Durchführung diättherapeutischer und ernährungsmedizinischer Maßnahmen und
- der Mitwirkung bei der Prävention und Therapie.

Diese Tätigkeiten stellen die Ausübung von Heilkunde dar. Nach

der bis heute nicht überarbeiteten gesetzlichen Definition des § 1 Abs. 2 Heilpraktikergesetz aus dem Jahre 1939 stellen alle berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommenen Maßnahmen Heilkunde dar, die der Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden dienen. Die auf bestimmte Indikationen mit Krankheitswert bezogene Ernährungsberatung und -therapie lässt sich zwanglos hier einordnen. Neben der Therapie als klassische heilkundliche Tätigkeit wird heute auch die gezielte Prävention als heilkundliche Tätigkeit angesehen [2].

Was bedeutet der Begriff „eigenverantwortlich“ im Diätassistentengesetz?

Der Begriff „eigenverantwortlich“ bedeutet, dass eine Diätassistentin oder ein Diätassistent die inhaltliche und rechtliche Verantwortung für ihr bzw. sein Handeln trägt. Ein Arzt stellt eine medizinische Diagnose bei einem Patienten und veranlasst die Ernährungstherapie durch eine Diätassistentin. Diese trägt dann die volle inhaltliche (fachliche Richtigkeit) und rechtliche Verantwortung. Zugleich darf sich der veranlassende Arzt – anders als bei einer Delegation an Dritte, die nicht einem zu diesem Zweck ausgebildeten Heilberuf angehören – grundsätzlich darauf verlassen, dass die Ernährungsberatung durch einen Diätassistenten aufgrund von dessen formaler Qualifikation die notwendige Qualität aufweist.

Hintergrundinformationen:

Der § 3 des Diätassistentengesetzes betont die „eigenverantwortliche Durchführung von diättherapeutischen und ernährungsmedizinischen Maßnahmen auf ärztliche An-

ordnung oder Verordnung“. Der Begriff der „Eigenverantwortlichkeit“ von Heilberufsangehörigen wird so verstanden, dass „der allgemein anerkannte Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer

und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse, [...] der alleinige Maßstab ihres Handelns [ist]“ [2]. Folglich bedeutet dies für Diätassistenten „nichts anderes, als dass der Diätassistent mit dem Arzt in der

Weise kooperiert, dass der Arzt den Anlass für die Maßnahmen gibt, und dass der Diätassistent kraft seiner Fachlichkeit die Maßnahmen in Kooperation mit dem Arzt *oder alleine* definiert“ [2].

Soweit Diätassistenten (in Zukunft) auf ärztliche Verordnung hin tätig werden, geschieht dies wirtschaftlich selbstständig. Der Diätassistent ist vollständig selbst für die Leistungserbringung verantwortlich und erfüllt einen mit ihm zustande kommenden Behandlungsvertrag; der verordnende Arzt muss sich die Tätigkeit nicht als eigene zurechnen lassen, weil der Diätassistent selbstständig und nicht als Erfüllungshelfer (§ 278 BGB) des Arztes tätig wird.

Soweit Diätassistenten für den Arzt im Wege der Anordnung und also im Rahmen einer Delegation tätig

werden, führen die Zugehörigkeit zu einem Heilberuf und die Befähigung zur eigenverantwortlichen Tätigkeit dazu, dass die haftungsrechtlichen Anforderungen an die Delegation im Vergleich zur Übertragung an Dritte deutlich herabgesetzt sind. Der Arzt darf sich auf die formale Qualifikation eines Diätassistenten verlassen; es ist nicht notwendig, dass er überprüft, ob eine (sektorale) Heilpraktikererlaubnis für die delegierte Tätigkeit – also die Ernährungsberatung oder -therapie – besteht. Ausreichend ist, dass der delegierende Arzt vor Beginn der Leistungserbringung überprüft, dass die Leistungen auch tatsächlich eine der formalen Qualifikation entsprechende Qualität haben. Ansonsten bedarf es im Rahmen der Delegationsverantwortung nur noch einer stichprobenhaften Überprü-

fung des Behandlungsgeschehens. Bei der Übertragung an Dritte, die nicht einem Heilberuf mit einer der Behandlung entsprechenden Qualifikation angehören, verhält sich dies anders. Hier muss der Arzt zunächst prüfen, ob der Mitarbeiter aufgrund seiner allgemeinen Fähigkeiten für eine Delegation der betreffenden Leistung geeignet scheint (Auswahlpflicht). Sodann muss er ihn zur selbstständigen Durchführung der zu delegierenden Leistung anlernen (Anleitungspflicht). Auch nachdem er sich davon überzeugt hat, dass der Mitarbeiter die Durchführung der betreffenden Leistung beherrscht, muss der Arzt ihn dabei regelmäßig überwachen, bevor er sich mit der Zeit wie bei einem Fachberufsangehörigen auf Stichproben beschränken kann (Überwachungspflicht) [5].

Sind Diätassistenten Heilmittelerbringer?

Ja, Diätassistenten sind Heilmittelerbringer, allerdings im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung derzeit ohne ein Heilmittel. Im Jahr 2000 stellte das Bundessozialgericht in Kassel fest, dass es sich bei der Diättherapie um ein Heilmittel handelt, das – in Übereinstimmung mit dem § 3 DiätAssG – verordnet werden kann. Dies macht den Diätassistenten zu einem Heilmittelerbringer. Die Entscheidung zur Aufnahme einzelner ernährungstherapeutisch relevanter Indikationen in die Heilmittelrichtlinien steht noch aus.

Hintergrundinformationen:

In Deutschland zählt die Diättherapie nicht zu den sogenannten Heilmitteln im Sinne des § 92 SGB V, wie beispielsweise die Physiotherapie oder Sprachtherapie. Hiergegen klagte eine selbstständige Kollegin aus Köln mit Unterstützung des VDD im Jahr 1995. Das Sozialgericht Köln (SG Köln, 26.11.1997 – S 19 Ka 11/97) und das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (LSG Nordrhein-Westfalen, 24.02.1999 – L 11 KA 19/98) wiesen die Klage zurück. Das Bundessozialgericht entschied am 28. Juni 2000, dass es sich bei der Diättherapie grundsätzlich um ein Heilmittel handelt und deshalb der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) über Art und Umfang der Aufnahme in die Heilmittelrichtlinien entscheiden muss (BSG,

28.06.2000 – B 6 KA 26/99 R). Die Tatsache, dass der BSG entschieden hat, dass es sich bei der „Diättherapie“ grundsätzlich um ein Heilmittel handelt, das vom Arzt verordnet werden kann, macht den Diätassistenten jetzt schon zu einem Heilmittelerbringer, jedoch ohne in der GKV anerkanntes Heilmittel. Der G-BA prüft seit dem Jahr 2005 aufgrund der Verpflichtung durch das BSG die Aufnahme der Ernährungsberatung in die Heilmittelrichtlinie. Allerdings prüfte der G-BA aus methodischen Gründen nicht die Effektivität der Diättherapie (also die Wirksamkeit einer therapeutisch angelegten Diät), sondern den Nutzen der „ambulanten Ernährungsberatung“. Im Jahr 2015 beendete der G-BA die Nutzenbewertung mit dem Ergebnis, dass aufgrund fehlender oder hinsichtlich ihrer

Evidenz nicht ausreichender Studien kein Nutzen für die Effektivität von Ernährungsberatung festgestellt werden konnte. Einzige Ausnahme bilden die Mukoviszidose sowie die angeborenen Stoffwechselstörungen. Das Verfahren ist jedoch noch immer nicht abgeschlossen [3, 4].

Derzeit ist also davon auszugehen, dass die Ernährungsberatung nicht pauschal als Heilmittel in die Heilmittelrichtlinien aufgenommen wird, sondern lediglich für einzelne Indikationen. Im Falle der Aufnahme einzelner Indikationen in die Heilmittelrichtlinien geschieht dann in einem nächsten Schritt die Zulassung des Heilmittelerbringers, gefolgt von der Festlegung der Vergütung.

Die Zulassung zum Heilmittelerbringer findet auf Grundlage des § 124 SGB V statt. Demnach ist zu-



Das Recht ist eindeutig: „Diätassistent/in“ ist ein Heilberuf und Diätassistenten sind Heilmittelerbringer, denn bei der „Diättherapie“ handelt es sich um ein Heilmittel, das – in Übereinstimmung mit dem § 3 DiätAssG - verordnet werden kann. Eine abschließende Entscheidung zur Aufnahme des Heilmittels „Ernährungsberatung“ in die Heilmittelrichtlinien steht jedoch noch aus.

zulassen, wer „die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt“. Diese Vorschrift betont die Ausbildung und die Berufsbezeichnung (Berufstitelschutz, vgl. berufsrechtliche

Einordnung der Diätassistenten). Sie nimmt daher eindeutig Bezug auf die berufsrechtliche Situation der Gesundheitsfachberufe. Diätassistenten – als Heilberuf im Bereich Ernährungstherapie – könnten aufgrund dieser gesetzlichen Grundlage als Heilmittelerbringer zugelas-

sen werden und hätten somit einen festen Platz im Gesundheitssystem. Die einzelnen Voraussetzungen z. B. für die Räume einer Praxis werden durch Rahmenempfehlungen der Krankenkassen auf Bundesebene für die Zulassung von Heilmittelerbringern geregelt (§ 125 SGB V).

Welche Konsequenzen ergäben sich für Diätassistenten und Patienten, wenn die Ernährungsberatung Heilmittel werden würde?

Patienten hätten bei Vorliegen einer entsprechenden ärztlichen Verordnung einen [einklagbaren] Anspruch auf die ambulante Ernährungstherapie als Sachleistung der gesetzlichen Krankenkasse. Um den Sachleistungsanspruch erfüllen zu können, müssten flächendeckende Verträge mit den Berufsangehörigen geschlossen werden. Die teilweise mühsame Antragstellung, wie sie derzeit bei Ernährungsberatungen auf der Grundlage des § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V notwendig ist, entfällt für die Indikationen, für welche Ernährungsberatung als Heilmittel anerkannt ist. Im stationären Bereich entsteht eine Verpflichtung, das Heilmittel (durch entsprechend den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie bzw. der Bundesrahmenempfehlung nach § 125 SGB V qualifiziertes Personal) für diese Indikationen vorzuhalten.

Hintergrundinformationen:

Die Implikationen bei der Aufnahme einzelner ernährungstherapeutisch relevanter Indikationen in die Heilmittelrichtlinie sind umfassend und betreffen die Patienten sowie die im Indikationsgebiet tätigen Diätassistenten:

a) Für den ambulant behandelten Patienten bestünde die Möglichkeit,

auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung für die in den Heilmittel-Richtlinien benannten Indikationen diättherapeutische Leistungen als Sachleistung von der gesetzlichen Krankenkasse einzufordern, was zurzeit nicht gegeben ist. Weiterhin werden die Kosten der entsprechenden Leistungen dann von den gesetzlichen Kassen auf der

Grundlage der Vergütungsvereinbarungen übernommen. Dies ist zwar heute auch teilweise unter Berücksichtigung des § 43 SGB V möglich, allerdings nur anteilig und als „Kann-Leistung“ der gesetzlichen Krankenkassen, d. h., die teilweise Kostenübernahme einer Ernährungsberatung (Patientenschulung) bei Vorliegen einer medizinischen

Indikation kann durch die Kassen auch verweigert werden, was letztlich insbesondere sozial schwache Patienten trifft.

b) Für freiberufliche Diätassistenten besteht die Möglichkeit (nicht die Verpflichtung), auf der Grundlage vertragsärztlicher Verordnungen erbrachte Leistungen mit Bezug zu einer in die Heilmittelrichtlinien aufgenommenen Indikation direkt mit den gesetzlichen Krankenkassen abzurechnen. Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung sowie auch die Darlegung der weiteren Unterlagen, wie dies beispielsweise heute bei der Leistungserbringung im Kontext des § 43 SGB V notwendig ist, ist für diese Indikationen nicht erforderlich.

c) Für Krankenhäuser bedeutet die Aufnahme der Indikationen in die Heilmittelrichtlinie und die Zulassung von Diätassistenten als Heilmittelerbringer, dass das Heilmittel

im Rahmen einer stationären Behandlung von Patienten mit Mukoviszidose oder anderen angeborenen Stoffwechselstörungen auch verfügbar sein muss. Dabei könnten an die Qualifikation der konkret beratenden Person unseres Erachtens keine geringeren Anforderungen gestellt werden als nach den Heilmittel-Richtlinien.

Krankenhausambulanzen könnten Ernährungsberatung bei den anerkannten Indikationen ebenfalls als Heilmittel durchführen. Die Abrechnung des Heilmittels gegenüber den Krankenkassen setzt allerdings voraus, dass die Krankenhausambulanz die personellen Voraussetzungen erfüllt, die in den Bundesrahmenempfehlungen und in der Heilmittel-Richtlinie vorgesehen sind (§ 124 Abs. 3 SGB V).

Würde für die selbstständige Leistungserbringung nach der Heilmittel-

tel-Richtlinie die Ausbildung zur Diätassistentin mit Zusatzqualifikation für die Ernährungsberatung bei Mukoviszidose und angeborenen Stoffwechselerkrankungen verlangt, müsste auch eine Krankenhausambulanz die Leistung durch entsprechend qualifiziertes Personal erbringen. Während bisher für die Ernährungsberatung der Krankenhausambulanzen in der Regel keine Möglichkeit der Refinanzierung besteht, hätte die Aufnahme in die Heilmittel-Richtlinien für die auf diese Indikationen spezialisierten Ambulanzen zur Folge, dass sie die Ernährungsberatung – wie eine selbstständig tätige Diätassistentin – unmittelbar mit den Krankenkassen abrechnen können.

Literatur

- [1] Brauer L (1935): Vorwort. In: Brauer L, Schlayer E, von Soós A: Die Diätassistentin. Beruf und Ausbildung. Band 9. Hamburg: Paul Hartung Verlag
- [2] Igl G (2010): Öffentlich-rechtliche Regulierungen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe und ihrer Tätigkeit auf den Gebieten der Diätetik, der Medizintechnik, Orthoptik und der Pharmazie. München: Springer Medizin, Urban & Vogel GmbH
- [3] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der Heilmittelrichtlinie: ambulante Ernährungsberatung bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose vom 22.01.2015 [Internet]. [zitiert am 22.06.2016]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3094/2015-01-22_HeilM-RL_Amb-Ernaehrung_TrG.pdf.
- [4] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Zusammenfassende Dokumentation Beratungsverfahren gemäß § 38 SGB V Ambulante Ernährungsberatung vom 09.02.2015. [Internet]. [zitiert am 22.06.2016]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3102/2015-01-22_HeilM-RL_Amb-Ernaehrung_ZD.pdf.
- [5] Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2008): Persönliche Leistungserbringung. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen (2008). [Internet]. [zitiert am 22.06.2016]. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3225>.

Autoren

Dr. Daniel Buchholz MPH

Diätassistent DKL/DGE | Diplom-Oecotrophologe [FH]
Hochschule Neubrandenburg –
University of Applied Sciences
Fachbereich Agrarwirtschaft und
Lebensmittelwissenschaften
Brodaer Straße 2, 17033 Neubrandenburg

Dr. Markus Plantholz

DORNHEIM Rechtsanwälte & Steuerberater
Brahmsallee 9, 20144 Hamburg

Kontakt zu den Autoren über: vdd@vdd.de

Patientenschulungen der Krankenkassen für chronisch Kranke sind rechtlich problematisch

Gesetzgeber ist gefordert

Die Verbände der Krankenkassen haben im Dezember 2013 auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V neue Gemeinsame Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen veröffentlicht (vom 2. Dezember 2013 in der Fassung vom 21.04.2015). In der Umsetzung dieser Gemeinsamen Empfehlungen kommt es immer wieder zu Irritationen in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen. Daher hat der VDD e. V. den renommierten Sozialrechtler Prof. Dr. Gerhard Igl, Hamburg, gebeten, diese Empfehlungen rechtlich zu begutachten. Wir haben ihn nach den Ergebnissen befragt.

Sehr geehrter Herr Professor Igl, die Krankenkassen können nach SGB V über eine Krankenhausbehandlung und andere ergänzende Rehabilitationsleistungen hinaus effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen. Wer für eine solche Patientenschulung qualifiziert ist, legt das Gesetz nicht fest. Wohl aber soll sie qualitativ hochwertig sein. Wie wird das gesichert?

Professor Igl: Das SGB V, also das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, ist in der Beschreibung seiner Leistungen nie sehr ausführlich. In der Regel wird die Beschreibung der Leistungen und auch die Art und Weise, wie die Leistungen von bestimmten Leistungserbringern erbracht werden, auf einer unteren Ebene geregelt: in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, in Verträgen zwischen den Beteiligten oder z. B. auch in einschlä-

gigen Empfehlungen der Verbände. Normalerweise erteilt das SGB V per Gesetz also eine Ermächtigung, wer was wie im Einzelnen regeln soll. Eine solche gesetzliche Ermächtigung fehlt aber für die Gemeinsamen Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V.

Man könnte sich jetzt zwar auf den Standpunkt stellen, diese Empfehlungen seien rechtlich nicht bindend. Aber jeder, der die Praxis kennt, weiß, dass solche Empfehlungen für die beteiligten Krankenkassen grundsätzlich als bindend empfunden werden. Auf einer solchen Rechtsgrundlage könnten dann auch weitere Hinweise für die Anforderungen an die Qualität der Leistungen gegeben werden.

Um nicht falsch verstanden zu werden: Gemeinsame Empfeh-

„ Auch Empfehlungen bedürfen einer gesetzlichen Ermächtigung. Das haben wir z. B. für die Heilmittelerbringer in § 125 SGB V, wonach Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit Heilmitteln zu vereinbaren sind. Bei den Gemeinsamen Empfehlungen zur Durchführung von Patientenschulungen fehlt diese Ermächtigung.

Prof. Dr. Gerhard Igl

lungen sind nicht per se das falsche Umsetzungsinstrument für die gesetzlichen Anliegen des § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V. Nur: Es bedarf einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage hierfür.

Es wäre deshalb gut, wenn der Gesetzgeber eine entsprechende Rechtsgrundlage im Gesetz schaffen würde. Sie könnte detailliert auch den Kreis der an der Erstellung sol-

Gemeinsame Empfehlungen

Im Wortlaut des GKV-Spitzenverbandes heißt es: „Krankenkassen können als ergänzende Leistung zur Rehabilitation Patientenschulungen für chronisch Kranke sowie deren Angehörige und ihre ständigen Betreuungspersonen übernehmen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist [§ 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V]. Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen sind, dass die Patientenschulungsmaßnahmen wirksam und effizient sind. Patientenschulungen können chronisch kranken Menschen helfen, durch einen geschulten Umgang mit der Krankheit die Krankheitsfolgen zu lindern, Folgekrankheiten zu vermeiden und ihre Lebensqualität somit positiv zu beeinflussen.“ (<https://www.gkv-spitzenverband.de/>

[krankenkassenversicherung/rehabilitation/patientenschulungen/patientenschulungen_1.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenkassenversicherung/rehabilitation/patientenschulungen/patientenschulungen_1.jsp))

Die Gemeinsamen Empfehlungen, die einen allgemeinen und zwei spezielle Teile zu Patientenschulungsmaßnahmen bei adipösen bzw. an Neurodermitis erkrankten Kindern und Jugendlichen enthalten, sind als Leitlinie zu verstehen, nach welchen Kriterien Patientenschulungsprogramme qualitativ zu bewerten und mithin erstattungsfähig sind. Das ist auch für die Tätigkeit der Diätassistenten immens wichtig; denn bei einer Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 SGB V handelt es sich um eine ernährungstherapeutische Schulung, wie Diätassistenten sie klassisch durchführen.

cher Empfehlungen Beteiligten benennen und erweitern. Denkbar ist, auch die Berufsverbände bzw. ihre Spitzenorganisationen zu beteiligen und nicht nur die Krankenkassen.

Sie haben im Auftrag des VDD rechtlich geprüft, ob diese Vorschriften so zu halten sind, und kommen zum Ergebnis, dass die Gemeinsamen Empfehlungen der Krankenkassen rechtlich problematisch sind. Was ist daran problematisch?

Professor Igl: Neben der fehlenden gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage sind die Gemeinsamen Empfehlungen in mehreren Punkten rechtlich problematisch. Das beginnt erstens bei den Texten, die zum Teil unsystematisch, unklar, unvollständig oder widersprüchlich sind. Ohne das hier im Einzelnen aufzählen zu können, lässt sich aber sagen: Damit verstoßen sie gegen das Gebot der Bestimmtheit, Klarheit und Widerspruchsfreiheit. Dieses Gebot gilt für Gesetze und Verordnungen und auch für Texte wie Gemeinsame Empfehlungen, wenn diese faktisch normativ wirken.

Zweitens ist es ein rechtliches Problem, wenn die Gemeinsamen Empfehlungen bestimmte Zusatzqualifikationen für die Erbringung von Patientenschulungsmaßnahmen fordern. Wenn ein Beruf, wie der der Diätassistenten, bereits zu ernährungstherapeutischen Schulungen ausgebildet wird, wie es im Ausbildungsziel des Diätassistentengesetzes explizit heißt, muss man sich fragen, was dann eine entsprechende Zusatzqualifikation für die Durchführung von Patientenschulungen soll. Die Forderung nach einer Zusatzqualifikation ist lediglich eine zusätzliche Hürde für die grundrechtlich geschützte Berufsausübungsfreiheit der Diätassistenten, die nur dann zu rechtfertigen ist, wenn sie sachgerecht und verhältnismäßig ist.

Drittens lassen die Gemeinsamen Empfehlungen nicht erkennen, auf welcher Grundlage andere Berufe

zur Patientenschulung auf diesem Gebiet zugelassen werden.

Was hat das für die Diätassistenten und ihre Berufsausübung zu bedeuten?

Professor Igl: Das hat einerseits zu bedeuten, dass Diätassistenten sich trotz entsprechender Ausbildung zusätzlich qualifizieren müssen, also damit in ihrer Berufsausübung behindert werden. Auf der anderen Seite müssen sich Diätassistenten einer beruflichen Konkurrenz stellen, ohne dass klargelegt wird, ob und wie die beruflichen Konkurrenten eine vergleichbare Ausbildung erlangen.

Wer legt fest, welche Berufe berechtigt sind, Patientenschulungsmaßnahmen durchzuführen? Braucht man eine Anerkennung der Krankenkasse?

Professor Igl: Das läuft hier völlig anders als bei der Zulassung als Heilmittelbringer (§ 124 SGB V), die ein Verwaltungsakt gegenüber dem jeweiligen Therapeuten ist. Bei den Gemeinsamen Empfehlungen gibt es aber keinen direkten Zulassungsmechanismus für einzelne Berufe oder Personen mit bestimmten Ausbildungen.

Hier werden nicht einzelne leistungserbringende Personen, sondern bestimmte Schulungsprogramme anerkannt; sie müssen bestimmte Voraussetzungen an das Schulungskonzept und das Fachpersonal erfüllen. Die anerkennende Wirkung entsteht, wenn die jeweilige Krankenkasse das Schulungsprogramm zulässt.

Nach gegenwärtiger Rechtslage könnte jede Krankenkasse für sich die Qualifikationsanforderungen stellen. Insofern sind die Gemeinsamen Empfehlungen, die sich ja an die Krankenkassen richten, durchaus als Instrument für die Formulierung gemeinsamer Qualifikationsanforderungen hilfreich. Aber alles geschieht ohne hinreichende gesetzliche Ermächtigung.

Auch hier sehen wir wieder das Grundproblem der Gemeinsamen

Gemeinsame Empfehlungen und Patientenschutz

Was eine mögliche Verletzung des Patientenschutzes angeht, sind die Krankenkassen und die an der Erstellung der Gemeinsamen Empfehlungen beteiligten Verbände nach Ansicht von Professor Igl die falschen Adressaten. Seine Argumente:

1. Die Krankenkassen können nicht dafür verantwortlich gemacht werden, dass der Gesetzgeber die entsprechenden Vorgaben und Ermächtigungsgrundlagen nicht zur Verfügung stellt.

2. Die Gemeinsamen Empfehlungen haben das Ziel, grundsätzlich eine einheitliche Rechtspraxis bei den Patientenschulungsmaßnahmen herzustellen. Dieses Ziel ist nur zu begrüßen. Dass dann bei der Verwirklichung dieses Ziels nicht alles rechtlich und inhaltlich richtig gemacht wird, ist eine andere Sache.

Empfehlungen und der Gesetzeslage: Nirgendwo wird von Berufszulassungen oder Zulassungen zu bestimmten gesundheitlichen Leistungen im rechtlichen Sinn gesprochen. Faktisch handelt es sich aber um solche Zulassungen.

Nimmt man die Gemeinsamen Empfehlungen zu § 43 SGB V jetzt mal als „Durchführungsvorschrift“, so müssen Diätassistenten eine entsprechende Zusatzqualifikation für die speziellen Patientenschulungen vorweisen können. Sie haben eben bereits das Diätassistentengesetz genannt. Sind Diätassistenten – im Unterschied zu anderen, staatlich nicht geregelten Ausbildungen in diesem Bereich – nicht qua Gesetz extra dafür ausgebildet, solche Patientenschulungen eigenverantwortlich durchführen zu können?

Professor Igl: Das kann man eindeutig mit „Ja“ beantworten: Diätassistenten sind aufgrund des

Diätassistentengesetzes und der dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von vornherein dazu geeignet, Patientenschulungen eigenverantwortlich durchzuführen. Die Formulierung des Ausbildungszieles in § 3 DiätAssG ist hier ziemlich eindeutig. Auch in der Ausbildung selbst, festgelegt in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (DiätAss-APrV), werden im theoretischen und praktischen Unterricht 250 Stunden und in der praktischen Ausbildung 150 Stunden allein für die kommunikative Komponente der Diät- und Ernährungsberatung verwendet.¹ Im Ausbildungsziel ist nicht festgelegt, dass die ernährungstherapeutischen Beratungen und Schulungen nur unter Verantwortung eines Arztes stattfinden können. Eine ärztliche Anordnung oder Verordnung ist nur in den im Gesetz genannten Bereichen notwendig.

Es ist gerade die besondere Qualifikation der Heilberufe und hier eines Therapieberufs, dass deren Angehörige im Umgang mit Patienten theoretisch **und** praktisch geschult sind. Dieses Spezifikum des direkten Patientenkontaktes lassen Personen, die ein Hochschulstudium absolviert haben, vermissen. Insofern ist hier durchaus eine Ungleichbehandlung festzustellen.

Können die Krankenkassen überhaupt an den Diätassistenten vorbei, wenn sie Patientenschulungsmaßnahmen durchführen lassen? Wie überprüfen die Krankenkassen die Inhalte der Studiengänge? Wird dort so vorgegangen wie bei den Berufserlaubnisbehörden?

Professor Igl: Die Krankenkassen können nicht an den Diätassistenten vorbei, daran besteht kein Zweifel. Ob und wie die Krankenkassen andere Ausbildungsgänge bzw. Studien

etwa der Ernährungswissenschaften oder der Oecotrophologie überprüfen, ist mir nicht bekannt. Immerhin gibt es ein Zertifikat der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung e.V. (AGNES-Akademien) für die Qualifikation des Schulungspersonals, auf das in den Gemeinsamen Empfehlungen hingewiesen wird.

Welche Rolle spielt der wissenschaftliche Nachweis einer Wirksamkeit von Patientenschulungsmaßnahmen?

Professor Igl: Die Frage nach dem wissenschaftlichen Nachweis einer Wirksamkeit von Patientenschulungsmaßnahmen ist ein heikles Thema. Im Allgemeinen Teil der Gemeinsamen Empfehlungen wird darauf hingewiesen, dass für die meisten Patientenschulungen keine Wirksamkeitsnachweise vorliegen. Immerhin gibt es für Prävention und Therapie der Adipositas eine Leitlinie der Qualität S3, also der höchsten Stufe der Leitlinien. Auch zum allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse existiert eine Reihe von Leitlinien.

Interessant ist, dass die Gemeinsamen Empfehlungen sagen, dass sie selbst einen Beitrag zu qualitativer Weiterentwicklung von Patientenschulungsmaßnahmen liefern sollen.

Wenn es für die Gemeinsamen Empfehlungen auch keine gesetzliche Legitimation gibt und sie auch nicht bindend für die Krankenkassen sind, werden sie doch flächendeckend und einheitlich angewendet. Damit werde der Empfehlungsgeber faktisch – wie Sie es geschrieben haben – zum Normgeber. Ist das rechtlich anfechtbar?

Professor Igl: Wohl kaum. Rechtlich angreifbar ist nur der jeweilige Verwaltungsakt einer Krankenkasse, mit dem ein beantragtes Schulungs-

programm nicht zugelassen wird. Selbst wenn dann ein Sozialgericht diesen Verwaltungsakt für rechtlich fehlerhaft hält, kann das Gericht die Gemeinsamen Empfehlungen nicht aufheben oder für ungültig erklären. Es kann nur sagen, dass die Verwaltungsentscheidung, die sich auf bestimmte Inhalte der Gemeinsamen Empfehlungen bezieht, rechtswidrig ist.

Wäre Ihrer Ansicht nach der Gesetzgeber gefordert, nachzubessern?

Professor Igl: In der Tat, und zwar indem er eine Rechtsgrundlage für die Erstellung Gemeinsamer Empfehlungen schafft. In dieser Rechtsgrundlage müssten die Beteiligten der Gemeinsamen Empfehlungen aufgeführt werden, wozu auch die Berufsverbände auf Bundesebene gehören, und es sollten auch allgemeine Hinweise für Qualitätsanforderungen gegeben werden.

Vielen Dank für das Gespräch!

Das Gespräch führte Luise Richard.



KONTAKT:

Prof. Dr. iur. Gerhard Igl, Universitätsprofessor a. D.
Güntherstraße 51, 22087 Hamburg
gerhard.igl@t-online.de

¹ Die DiätAss-APrV bestimmt in § 1 Abs. 1 den kompletten Stundenumfang: „Die dreijährige Ausbildung für Diätassistentinnen und Diätassistenten umfasst den in der Anlage 1 aufgeführten theoretischen und praktischen Unterricht von 3.050 Stunden sowie die dort aufgeführte praktische Ausbildung von 1.400 Stunden.“

Zur Situation des Diätassistentenberufs

Auf dem Weg in die Zukunft

Was hat der VDD bisher unternommen? Was steht jetzt an?

Was ist machbar und realistisch? Status quo und Implikationen aus Sicht des VDD-Präsidiums.

Mit der Entscheidung der außerordentlichen Mitgliederversammlung im Jahr 2007 in Frankfurt am Main, den Berufstitel Diätassistent/-in zu ändern und das Diätassistentengesetz zu reformieren, ist der VDD politisch aktiv geworden. Damals geprägt von dem, rückblickend betrachtet, etwas naiven Gedanken, man könne eine Gesetzesänderung schnell erreichen.

Es stellte sich jedoch ziemlich schnell heraus, dass die Änderung eines Gesetzes Jahre bis Jahrzehnte dauern kann, und vor allem, dass es für die politische Diskussion fundierter Argumente und Dokumente bedarf. Die Änderung des Berufsgesetzes hat daher zusammen mit dem „Heilmittel Ernährungsberatung“ die Arbeit des VDD in der letzten Dekade maßgeblich geprägt und dazu geführt, dass der VDD sich intensiv mit den rechtlichen Aspekten des Gesundheits- und Bildungssystems beschäftigen musste.

Profil geschärft

In den letzten Jahren hat folglich auch eine Schärfung des eigenen Profils stattgefunden. Der VDD ging damit in die gleiche Richtung wie die anderen Gesundheitsfachberufe, die diesen Weg zum Teil jedoch bereits viel früher beschritten hatten. Trotz der noch immer nicht zufriedenstellenden Situation und Position von Diätassistentinnen und Diätassistenten in Deutschland ist eine Menge erreicht worden.

- Die Bundesagentur für Arbeit hat auf nationaler Ebene die **Klassifikation der Berufe 2010** (KldB 2010) eingeführt. Hier erreichte der VDD, dass die Kategorie „Berufe in der Ernährungstherapie“ als Untergruppe von „Therapie-

berufen“ neu geschaffen wurde, in der nun ausschließlich Diätassistenten erscheinen. Damit konnte erfolgreich verhindert werden, dass Diätassistenten den Berufen in der Ernährung zugeordnet werden, zu denen u. a. Bäcker, Metzger und Köche gehören.

- Der VDD gab eine **Berufsfeldanalyse** in Auftrag, die 2011 erschien. Es wurden Daten ermittelt, u. a. zum Schulabschluss, zu Arbeitsfeldern, zu Arbeitszeiten und zur Aus- und Fortbildung von Diätassistenten, die seither eine wichtige Grundlage für fachliche und politische Diskussionen darstellen.
- Klarheit in der **Leistungserbringung gemäß § 20 SGB V** wurde erreicht. Diätassistenten sind aufgrund ihres Berufsabschlusses zugelassen und müssen ihre regelmäßige Fort- und Weiterbildung nachweisen (VDD-Fortbildungszertifikat). Im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen sind sie ohne zusätzliche Qualifizierungsmaßnahmen berechtigt, Leistungen zu erbringen.
- **Noch keine endgültige Entscheidung** gab es beim Heilmittel: Bei der Entscheidung des G-BA, die Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Aufnahme der Ambulanten Ernährungsberatung als Heilmittel nicht zu ändern, wurden aber die Indikationen Mukoviszidose und angeborene Stoffwechselerkrankungen ausgenommen. Das BMG hat hier eine Teilbeanstandung des G-BA-Beschlusses vorgenommen und einen erneuten Prüfauftrag an den G-BA vergeben. Dazu steht eine abschließende Entscheidung noch aus.

- Die **Akademisierung** schreitet voran: Mit dem dualen Studiengang in Fulda und dem additiven verkürzten Studiengang in Neubrandenburg gibt es jetzt zwei Studiengänge mit dem Abschluss „Bachelor of Science in Diätetik“, die ebenso die Bedingungen des Diätassistentengesetzes erfüllen. Mittlerweile haben die ersten Absolventen aus dem Studiengang in Neubrandenburg sehr gut auf dem Arbeitsmarkt Fuß fassen können.
- Der VDD hat die Aspekte der Diätassistenten als therapeutischen Beruf in das **Branchenmonitoring** Gesundheitsberufe Rheinland-Pfalz einbringen können. Erstmals wurde für ein Bundesland aufbereitet, wie sich die Ausbildungs- und Beschäftigungssituation für Diätassistenten darstellt.
- Mit dem Manual für den **German Nutrition Care Process** ist der 1. Teil der VDD-Leitlinie erschienen, der das Handeln in der Diätetik strukturiert und vergleichbarer macht. Das G-NCP Manual stellt neben dem Manual für den Nutrition Care Process aus den USA das einzige Manual weltweit dar, das sich intensiv mit dem Handlungsfeld auseinandergesetzt hat. Erste Übernahmen des G-NCP in relevante Dokumente, z. B. das Weißbuch Adipositas (<http://de.ethicon.com/healthcare-professionals/bildung/Adipositas>) und die explizite Nennung unserer Berufsbezeichnung, beweisen, dass Diätassistenten zunehmend als professionell handelnde Experten auf dem Gebiet von Ernährung und Diätetik ins Blickfeld rücken.

- Der VDD beteiligt sich an **Netzwerken** und verfasste diverse **Stellungnahmen**, um auf die besondere Rolle und Kompetenzen der Diätassistenten aufmerksam zu machen. Darüber wurde regelmäßig in der D&I sowie im Newsletter berichtet.

Der Verband hat damit entscheidende qualitative Entwicklungsschritte vollzogen. Es wurden Rahmenbedingungen geschaffen bzw. verbessert, die dafür sorgen, dass die Berufsgruppe als auf dem Feld der Ernährung **spezialisierte Heilberufe** wahrgenommen und auch zukünftig Bestand haben wird.

Erreichtes ist Basis für Zukunft

Zusammen mit den in diesem Sonderteil der D&I publizierten Beiträgen zur rechtlichen Situation ergeben sich für den VDD folgende Schwerpunkte für die weitere Arbeit:

- 1. Änderung der Berufsbezeichnung:** Der VDD strebt an, dass eine solche künftige Berufsbezeichnung gesetzlich geschützt wird, die dem eigenverantwortlichen therapeutischen und präventiven Handeln auf dem Gebiet der Ernährung gerecht wird.
- 2. Klarheit in der Leistungserbringung nach § 43 SGB V:** Der Standpunkt des VDD, dass nur Diätassistenten aufgrund ihrer rechtlichen Situation Leistungserbringer für therapeutische Leistungen sind und alle anderen Berufe die Mindestanforderungen nach DiätAssG erfüllen müssen, soll weiter in die Diskussion mit politischen Entscheidern und Leistungserbringern eingebracht werden. Die ernährungstherapeutische Versorgung der Betroffenen sowie die Berufsausübungsfreiheit für Diätassistenten müssen gesichert werden.
- 3. Modernisierung der Ausbildungsinhalte:** Wie in den vom VDD veröffentlichten Grundlagen und Empfehlungen für ein bundesweites Curriculum dargestellt, sollen die Ausbildungsinhalte fächerübergreifend und kompetenzorientiert formuliert werden, damit sich Handlungsorientierung und Handlungskompetenz bereits in den Ausbildungsgrundlagen abbilden. Das Lebenslange Lernen ist in der Berufsgruppe weiter auszuprägen.
- 4. Implementierung des G-NCP/Dokumentation:** Der VDD hat sich vorgenommen, dass bis 2020 die Hälfte aller Verbandsmitglieder das Prozessmodell anwenden wird und Diätassistenten ihre Tätigkeit entsprechend dokumentieren. Damit wird herausgestellt, dass sich Diätassistenten von „Diätberatern“ und „Ernährungsberatern“ nicht nur fachlich, sondern auch durch ihr professionelles, systematisches Handeln unterscheiden. Der 2. Teil der VDD-Leitlinie, der biomedizinische Grundlagen zur Messung und Beurteilung von Körpergröße, Körpergewicht, Körperzusammensetzung und Handkraft beinhaltet, wird dies weiter fördern.
- 5. Verankerung des Heilmittels „Ambulante Ernährungsberatung“ für die Indikationen Mukoviszidose und angeborene Stoffwechselerkrankungen in der HeilM-RL und Ausgestaltung der konkreten Umsetzung mit den Kostenträgern durch bundesmantelvertragliche Regelungen.**
- 6. Akademisierung:** Der VDD schließt sich den Forderungen der anderen Therapieberufe nach vollständiger Akademisierung an! Dies ist als sehr langfristiges Ziel für die nächsten ca. 30 Jahre zu sehen. In nächster Zukunft wird es darum gehen, die gesetzlichen Ausbildungsgrundlagen für die Übergangszeit so zu gestalten, dass sich beide Ausbildungsformen nebeneinander weiterentwickeln können. Ebenso wäre gesetzlich zu regeln, in welcher Weise im Diätassistentengesetz eine Anrechnung gleichwertiger

Ausbildungen in definiertem Umfang erfolgen kann.

- 7. Auf die rechtliche Problematik bei der Erstellung Gemeinsamer Empfehlungen durch die Krankenkassenverbände aufmerksam machen** – wie aus dem Interview mit Prof. Igl (Seite 31 ff.) hervorgeht, fehlt bisher dafür die Rechtsgrundlage. Der VDD wird prüfen, in welcher Weise eine entsprechende gesetzliche Änderung zur Schaffung einer Ermächtigungsgrundlage für Rahmenempfehlungen bzw. Gemeinsame Empfehlungen der Krankenkassenverbände angeregt werden kann und ggf. in welcher Weise auch die Leistungserbringer einbezogen werden könnten.

Wie Sie unterstützen können

Der VDD kann diese Ziele nur durch die Unterstützung seiner Mitglieder erreichen.

- Verwenden Sie weiterhin aktiv die geschützte Berufsbezeichnung.
- Geben Sie uns Rückmeldungen, ob und wie Sie den G-NCP in Ihrem Arbeitsalltag anwenden.
- Bringen Sie die Position der Diätassistenten bei Teamsitzungen und in Projektgruppen ein.
- Seien Sie aufmerksam, wo sich Anknüpfungspunkte ergeben können, die eine Mitarbeit von Diätassistenten nach sich ziehen.
- Berichten Sie darüber, was Sie vor Ort tun, um die Berufsgruppe weiter voranzubringen, und lassen Sie andere an Ihren Erfahrungen teilhaben.
- Teilen Sie uns mit, wo es ggf. „klemmt“ und wobei Sie Hilfe und Unterstützung benötigen.

Autorin

Sabine Ohlrich-Hahn, VDD-Vizepräsidentin

Diätassistentin | Diplom-Medizinpädagogin
Susannastraße 13, 45136 Essen
sabine.ohlrich@vdd.de