

Herrn Bundesgesundheitsminister
Prof. Dr. Karl Lauterbach
Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstraße 108
10117 Berlin
Per E-Mail: karl.lauterbach@bundestag.de

20.12.2023

Offener Brief

Sehr geehrter Herr Bundesgesundheitsminister Lauterbach,

mit großem Interesse erwarten wir die Eckpunkte des geplanten Pflegekompetenzgesetzes. Heute beziehen wir uns auf den Artikel auf Zeit Online vom 19. Dezember, 6:36 Uhr, in dem Sie zu diesen Plänen zitiert werden. Unter anderem planen Sie, dass Pflegekräfte künftig beispielsweise Ernährungsberatung anbieten.

Als maßgebliche Verbände der Ernährungstherapie vertreten wir bundesweit den Gesundheitsfachberuf der Diätassistent*innen bzw. Ernährungswissenschaftler*innen und Ökotropholog*innen, und damit rund 10.000 Mitglieder.

Wir erachten es als immens wichtig, dass der Pflege im Rahmen ihrer pflegerischen Kompetenzen verantwortungsvolles Arbeiten ermöglicht wird, und unterstützen daher entsprechende rechtliche Regelungen, wie die Heilkundeübertragung, sehr. Das Aufheben der Modellprogramme nach § 63 Abs. 3bⁱ und die Übernahme in die Regelversorgung mit Durchführung durch nach § 14 PflBG qualifizierte Pflegefachpersonen begrüßen wir. Dies kann aber nur zu einer leitliniengerechten Versorgung von Pflegebedürftigen mit beispielsweise diabetischer Stoffwechsellage und demenziellen Erkrankungen führen, wenn zugleich eine fachgerechte, eigenverantwortliche, prozessgeleitete Ernährungstherapie durch Fachkräfte mit entsprechender grundständiger Qualifikation durchgeführt wird.

Wir sehen die Pflege im Zusammenhang mit unserem Kernkompetenzgebiet der Ernährungstherapie als wichtigen Partner im interprofessionellen Team. In Kliniken wie auch im ambulanten Sektor müssen unsere Berufsgruppen Hand in Hand mit der Pflege arbeiten. Unsere qualifizierten Ernährungsfachkräfte sind auf die Unterstützung und den Informationsaustausch durch bzw. mit der Pflege angewiesen. Durch die enge Arbeit mit den Pflegebedürftigen erkennen Pflegekräfte beispielsweise sich ändernde Essgewohnheiten oder verringerte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme, Stoffwechsellageleistungen und bei Patient*innen mit Demenz Kau- und Schluckstörungen.

Diese werden im Rahmen der Pflegedokumentation festgehalten und sind Anlass für die ernährungstherapeutische Betreuung bzw. gehören zum Monitoring einer Ernährungsintervention. Die Sensibilisierung der Pflegeberufe durch entsprechende Weiterqualifikationen ist daher unbedingt wichtig und sinnvoll.

Für eine fachgerechte, eigenverantwortliche, prozessgeleitete Ernährungstherapie bedarf es jedoch einer entsprechenden grundständigen Qualifikation. Die bundeseinheitliche Ausbildungs- und Prüfungsordnung der Diätassistent*innenⁱⁱ gibt einen guten Überblick, wie vielfältig und tief diese Qualifikation sein muss. Weder die fachlichen (vor allem ernährungsphysiologischen, lebenswissenschaftlichen, diätetischen) noch die methodischen Kompetenzen zur Durchführung dieser therapeutischen Beratung können durch genannte Fortbildungen (nach § 14 PflBG) erworben werden. In diesem Zusammenhang weisen wir auf die zahlreichen, wissenschaftlich evidenzbasierten sowie statistisch und ökonomisch relevanten Gesundheitsrisiken durch unsachgemäße Ernährungsberatung bzw. -therapie hin (z. B. Fehl-, Mangelernährung, Stigmatisierung, Essverhaltens-/Essstörungen, Wechselwirkung mit Medikamenten usw.), respektive derer im Sinne des Patient*innenschutzes keine andere als eine adäquate, qualifizierte Ausführung akzeptabel sein kann.

Ein signifikantes Ernährungsdefizit stellt einen bedeutenden und eigenständigen Risikofaktor für Mortalität und erneute Krankenhausaufenthalte dar. Die Ergebnisse der vor vier Jahren abgeschlossenen Studie "Effect of Early Nutritional Therapy on Frailty, Functional Outcomes and Recovery of Undernourished Medical Inpatients Trial" (kurz EFFORT-1) (Schuetz et al. 2019) weisen darauf hin, dass eine ernährungstherapeutische Unterstützung während des stationären Aufenthalts das Risiko unerwünschter klinischer Ergebnisse bei Patient*innen mit Ernährungsrisiko reduziert und zu einer wirtschaftlichen Entlastung führt. Mangelernährung ist für schwer Erkrankte (z.B. mit onkologischen Erkrankungen, COVID-19 und Post-/Long-COVID, Depressionen sowie in der Geriatrie) ein hohes Risiko. Sie sind in besonderem Maße auf eine bedarfsgerechte Ernährung angewiesen, um kräftezehrende Therapien zu überstehen (Bischoff et al. 2013; Arends et al. 2015; Volkert et al. 2013; Weimann et al. 2013; Wirth et al. 2013). Die fehlende strukturelle Verankerung einer ernährungstherapeutischen Versorgung im stationären und ambulanten Setting führt einerseits zu einer rund 20 % erhöhten Mortalität (Schuetz et al. 2019; Insel Gruppe AG, 3010 Bern 2021) und vielfach höheren Therapie- bzw. Pflegekosten, andererseits zur fortschreitenden Minderung der Teilhabe am sozialen Leben sowie zu deutlich schlechteren Chancen auf Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Durch eine interdisziplinäre ernährungsmedizinische Betreuung verbessern sich nicht nur die Überlebenschancen der Patient*innen, auch langfristige gesamtwirtschaftliche Folgekosten lassen sich reduzieren.

Die Pflege ist bereits hochgradig überlastet und offene Stellen können nicht besetzt werden. Unsere Berufsgruppen können durch konsequente ernährungstherapeutische Betreuung aller Pflegebedürftigen mit entsprechendem Bedarf stark unterstützend wirken. Als Therapeut*innen könnten wir durch die Verpflichtung zum Vorhalten eines Ernährungsteams einen nachhaltigen Beitrag zur Entlastung der Pflege leisten. So können beispielsweise durch die frühe Erkennung und Behandlung von Mangelernährung durch unsere Kolleg*innen Komplikationen (z. B. durch Stürze) und ein höherer Pflegebedarf (Lagerung geschwächter Pflegebedürftiger) vorgebeugt werden. Auch im Zusammenhang mit Wundheilungsstörungen kann durch den Einsatz von Ernährungsfachkräften eine deutliche Verbesserung und somit ein geringerer Versorgungsbedarf erwirkt werden.



Im Sinne der Patient*innensicherheit stellen wir als dafür qualifizierte Ernährungsfachkräfte eine individuelle Ernährungstherapie gemäß aktuellen Leitlinien sicher. Diese zusätzliche Verantwortung kann nicht der Pflege aufgebürdet werden. Es bedarf einer klaren Abgrenzung der Aufgabenbereiche, um die Qualität der Pflege und der Ernährungstherapie gleichermaßen zu gewährleisten.

Gerne würden wir mit Ihnen zu diesem Thema in einen konstruktiven und zielgerichteten Dialog eintreten und erlauben uns, in den ersten Tagen des neuen Jahres mit Ihrem Büro Kontakt aufzunehmen. Für die bevorstehenden Feiertage wünschen wir Ihnen alles Gute und viel Optimismus für das Jahr 2024.

A handwritten signature in blue ink, reading 'Uta Köpcke'.

Uta Köpcke
Präsidentin VDD

A handwritten signature in blue ink, reading 'Johannes Erdmann'.

Prof. Dr. med. Johannes Erdmann
Vorsitzender QUETH EB

A handwritten signature in blue ink, reading 'Dr. Silke Lichtenstein'.

Dr. Silke Lichtenstein
VDOE-Vorstandsvorsitzende

Literaturverzeichnis

- Arends, J.; Bertz, H.; Bischoff, S.; Fietkau, R.; Herrmann, H.; Holm, E. et al. (2015): S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e. V. (DGHO), der Arbeitsgemeinschaft „Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin“ der Deutschen Krebsgesellschaft (ASORS) und der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (AKE). In: *Aktuel Ernährungsmed* 40 (05), e1-e74. DOI: 10.1055/s-0035-1552741.
- Bischoff, S.; Arends, J.; Dörje, F.; Engeser, P.; Hanke, G.; Köchling, K. et al. (2013): S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES und der AKE. In: *Aktuel Ernährungsmed* 38 (05), e101-e154. DOI: 10.1055/s-0033-1349549.
- Insel Gruppe AG, 3010 Bern (2021): EFFORT II-Studie. internezzo ag, CH-6343 Rotkreuz, www.internezzo.ch. Online verfügbar unter <https://www.udem.insel.ch/de/lehre-und-forschung/forschungsschwerpunkte/ernaehrungsmedizin/effort-ii-studie/>, zuletzt aktualisiert am 19.11.2021, zuletzt geprüft am 19.11.2021.
- Schuetz, Philipp; Fehr, Rebecca; Baechli, Valerie; Geiser, Martina; Deiss, Manuela; Gomes, Filomena et al. (2019): Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. In: *The Lancet* 393 (10188), S. 2312–2321. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32776-4.
- Volkert, D.; Bauer, J.; Frühwald, T.; Gehrke, I.; Lechleitner, M.; Lenzen-Großimlinghaus, R. et al. (2013): Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG. In: *Aktuel Ernährungsmed* 38 (03), e1-e48. DOI: 10.1055/s-0033-1343169.
- Weimann, A.; Breitenstein, S.; Breuer, J.; Gabor, S.; Holland-Cunz, S.; Kemen, M. et al. (2013): S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE, der DGCH, der DGAI und der DGAV. In: *Aktuel Ernährungsmed* 38 (06), e155-e197. DOI: 10.1055/s-0033-1359887.
- Wirth, R.; Dziewas, R.; Jäger, M.; Warnecke, T.; Smoliner, C.; Stingel, K.; Leischker, A. (2013): Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE, der DGN und der DGG. In: *Aktuel Ernährungsmed* 38 (04), e49-e89. DOI: 10.1055/s-0033-1343317.

ⁱ https://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20_RL-63Abs3c.pdf

ⁱⁱ https://www.gesetze-im-internet.de/di_tass-aprv/BJNR208800994.html