

Gesicherte ernährungstherapeutische Versorgung in Deutschland:

Was braucht es in der neuen Legislaturperiode?

Der VDD fasst anlässlich der Bundestagswahl 2025 kurz und knackig zusammen, was Parteien für eine adäquate ernährungstherapeutische Versorgung in Deutschland zukünftig anpacken sollen:

1. Neue Berufsbezeichnung für Diätassistent*innen

Die Berufsgruppe der Diätassistenten benötigt eine neue Berufsbezeichnung, die dem komplexen Handlungsfeld und der verbrieften eigenverantwortlichen Tätigkeit Ausdruck verleiht. Nur so ist es dem Adressatenkreis – also der Bevölkerung, ganz besonders auch den Ärzten und Krankenkassen - möglich, die Expertise für das Handlungsfeld sofort zu erkennen.

Frage: Was planen Sie zu tun, um den Ausbildungsrückgang zu stoppen und der Bevölkerung es zu ermöglichen, schnell und zielsicher die kompetente Berufsgruppe zu erreichen?

Zum Hintergrund: Wir sehen dafür eine gute Chance, wenn die Berufsbezeichnung zu „Ernährungstherapeut*in“ geändert wird.

2. Versorgung in Kliniken

Einen Klinik-Stellenschlüssel für Diätassistent*innen gibt es nicht. 10% aller Stationen haben Diätassistent*innen, entsprechend unterversorgt sind Patient*innen mit Ernährungstherapie. Das KHVVG inkludiert Therapieberufe nicht. Es braucht Maßnahmen wie einen Klinik-Stellenschlüssel, um die unzureichende ernährungstherapeutische Versorgung in Kliniken zu verbessern. Ursache für die Unterversorgung in der Klinik ist die fehlende Erlösrelevanz von Ernährungstherapie. Das KHVVG schafft keine Abhilfe: Die gemäß § 135e Abs. 1 SGB V in Leistungsgruppen einzuteilenden Leistungen der Krankenhaus-behandlung berücksichtigen Diätassistenten nicht. Durch Ausgliederung der Pflege aus den DRGs steigt das Bestreben, Ernährungstherapie nominell dieser zu übergeben.

Frage: Was planen Sie, um Fehlanreize und Lücken im DRG-System und im KHVVG zu korrigieren?

Hintergrund: Personalschlüssel für Therapieberufe wie Diätassistent*innen gemeinsam mit diesen entwickeln, Verankerung der Therapieberufe in die Leistungsgruppen und Aufnahme der Verbände in entsprechende Gremien.

3. Ambulante Versorgung

Ernährung ist ein wichtiger Auslöser für zahlreiche Erkrankungen. Im Verlauf zahlreicher Erkrankung ist Ernährungstherapie gemäß Leitlinie wichtiger Therapiebaustein. Ernährungsfehler erfolgen im heimischen Umfeld. Für nahezu alle Indikationen gibt es keine Ernährungstherapie auf Rezept durch die gesetzlichen Krankenkassen. Somit werden wichtige Zielgruppen nicht erreicht, was zu Komplikationen wie Krankenhausaufenthalten und Arbeitsausfall führt.

Frage: Welche Maßnahmen, um allen Menschen in Deutschland einen geregelten niederschweligen Zugang zu ambulanter Ernährungstherapie durch Diätassistent*innen zu ermöglichen, könnten Sie sich vorstellen?

4. Ausbildung

Die Anforderungen an die Kompetenzen der Diätassistent*innen haben sich durchzunehmend multimorbide chronisch Kranke, Digitalisierung, Interprofessionalität usw. verändert, das Berufsgesetz seit 1994 nicht. Der

Beruf ist aufgrund seiner Ausbildung ohne Aufstiegsmöglichkeit und seiner Benennung unattraktiv, was kontinuierlich rückläufige Bewerberzahlen zeigen.

Frage: Was planen Sie, um die Nachwuchssituation im Bereich der Diätassistent*innen zu sichern und die Novellierung des Berufsgesetzes vorantrieben. Wie denken Sie können Diätassistent*innen langfristig eine evidenzbasierte, hoch flexible ernährungstherapeutischen Versorgung von Patient*innen aller Altersstufen, in den diversen Settings gewährleisten. Welche Weiterentwicklung hinsichtlich höherer Verantwortungsübernahme (also über die eigenverantwortliche Ernährungstherapie als delegierte Leistung hinaus) können Sie sich vorstellen? Wie wollen Sie zukünftig die Basis schaffen für Forschung im Bereich Diätetik?

5. Europäische Anschlussmöglichkeit

Die defizitäre Ausbildungssituation bewirkt, dass Stellen oft durch ausländische oder anderweitig akademisierte Fachkräfte statt durch den deutschen Gesundheitsfachberuf Diätassistent*in besetzt werden.

Wie möchten Sie die europäische Ausbildungsharmonisierung vorantreiben?

6. Patientensicherheit

Ernährungsberatung und Ernährungstherapie sind ungeschützte Begriffe. Unsachgemäße Ernährungstherapie kann Schaden verursachen, Leben gefährden.

Wie könnten Sie sich vorstellen, den Markt für Patienten überschaubar zu machen? Welche überprüfbare und sanktionsbewehrt qualitätsgesicherten Patient*innenversorgung im Bereich der Ernährungstherapie schwebt Ihnen vor?

Vertiefende Informationen für eine gesicherte ernährungstherapeutische Versorgung in Deutschland

Ernährung hat unbestritten einen hohen Einfluss auf die Krankheitslast in Deutschland. Mindestens 7 von 10 der dominierenden Erkrankungen sind ernährungsabhängig bzw. bedürfen im Rahmen der Therapie ernährungstherapeutischer Unterstützung. Ernährungsabhängige Krankheiten kosten unser Gesundheitssystem fast 17 Mrd. Euro pro Jahr, 20-60% aller Patient*innen sind bereits bei Aufnahme in die Klinik von Mangelernährung betroffen* – wie hoch die Rate in Pflegeeinrichtungen und im häuslichen Bereich liegt, ist gänzlich unklar.

Diese Unterversorgung geht selbstverständlich weit über onkologische Patient*innen hinaus. Diätassistent*innen sind *der* Gesundheitsfachberuf für Ernährung. Doch nach Angaben des statistischen Bundesamtes (Grunddaten der Krankenhäuser 2017) versorgen nur etwa 9000 Kolleginnen und Kollegen das Feld der Diät- und Ernährungstherapie. Dies entspricht nur 6000 Vollzeitäquivalenten. Ein aktuelle Untersuchung aus Baden-Württemberg unterstreicht die flächendeckende Unterversorgung der Krankenhäuser durch Ernährungsteams, die eine konstante Versorgung der Patient*innen gewährleisten.**

1. Neue Berufsbezeichnung für Diätassistent*innen

Für Betroffene, aber auch Zuweiser und Krankenkassen ist nicht erkennbar, wer die erforderlichen Kompetenzen für die Ernährungstherapie besitzt. Das Berufsbild der/des Diätassistent*in muss daher dringend in Ernährungstherapeut*in umbenannt werden. Darüber hinaus ist auch die Erstattungsfähigkeit für Ernährungstherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zwingend an die Ausbildung zur/zum Ernährungstherapeut*in zu knüpfen.

In diesem Sinne muss auch die Regelung des Zugangs zur Ernährungstherapie für Absolvent*innen vergleichbarer Studiengänge gesichert werden.

2. Versorgung in Kliniken

§ 39 SGB V verpflichtet Krankenhäuser u.a. zur Vorhaltung bzw. Versorgung mit Heilmitteln. Von 1925 Krankenhäusern in Deutschland beschäftigen 715 allgemeine Krankenhäuser 2242 Diätassistent*innen, davon 1181 Teilzeitkräfte. Im Gegenschluss heißt das, dass 1125 Krankenhäuser keine Diätassistent*innen beschäftigen! (https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00031019/2120732157004.pdf;jsessionid=26E0176D45DCAB14CE13A793D5CC4FEC).

Einen Stellenschlüssel für Diätassistent*innen im Krankenhaus gibt es nicht. Zwar ist der Anteil an Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, die über ein Ernährungsteam verfügen laut 15. DGE Ernährungsbericht gestiegen, doch beziehen sich diese Daten auf die teilnehmenden Institutionen an den jährlichen nutritionDay 2019-2022. Im Zeitraum 2019–2022 nahmen in Deutschland (DE) 48 (!) Kliniken mit 149 Stationen und 2 017 Patient*innen am nutritionDay teil***. Europaweit waren es, folgt man dem 14. DGE Ernährungsbericht 63%! Folglich erhalten Patient*innen in Deutschland häufig keine adäquate ernährungstherapeutische Versorgung mit der jeweils nötigen Kostform vor Ort, werden nicht oder unzureichend mit Nahrungsergänzung oder Supplementen versorgt und durch Beratung auf die notwendige Ernährungsumstellung zu Hause vorbereitet. Selbstverständlich fehlt meist auch die Erwähnung im Entlassmanagement und somit die gute Überleitung in die Rehabilitation oder das häusliche Umfeld. Patient*innen nach großen Darm-OPs oder massivem Gewichtsverlust durch onkologische Erkrankungen und kräftezehrende Therapien werden völlig entkräftet entlassen, ohne je ernährungstherapeutisch betreut worden zu sein. Heilungsprognosen, Wiedereinstiegsmöglichkeiten ins Berufsleben und Komplikationsraten sind entsprechend ungünstig.

Ursache für diese Unterversorgung ist die fehlende Erlösrelevanz von Ernährungstherapie: In den DRGs ist die Versorgung mit Heilmitteln zwar inkludiert, Ernährungstherapie jedoch nicht spezifisch ausgewiesen. Häuser erhalten somit Pauschalbeträge – egal ob Ernährungstherapie durchgeführt wird oder nicht. OPS-Codes fokussieren auf Behandlungsteams, jedoch ist die Ernährungstherapie bzw. die Qualifikation der Durchführenden zur Erfüllung des Codes nicht verpflichtend vorgesehen. Einzelne Codes, wie z.B. Mangelernährung, sind zwar gegeben, haben aber keinen finanziellen Effekt.

Da also durch Ernährungstherapie kein Gewinn generiert werden kann und das Vorhalten von Heilmitteln nicht überprüft wird, werden Diätassistent*innen oder gar ernährungstherapeutische Teams nicht bzw. nur in seltenen Fällen finanziert. Auch das KHVG wird in diesem Zusammenhang zu keiner Änderung führen, da bisher keine Therapieberufe in den Leistungsgruppen benannt werden.

Durch die Ausgliederung der Pflege aus den DRGs verschärft sich der Druck auf die Diätassistent*innen weiter. Das Bestreben der Krankenhäuser steigt, Ernährungstherapie nominell der Pflege zu übergeben. Derzeit werden Vergütungsstrukturen für ernährungstherapeutische Tätigkeiten für Pflegekräfte entwickelt, die über eine undefinierte Ernährungsfortbildung verfügen. Hier besteht inzwischen eine konkrete Gefahr der Patient*innensicherheit: Weder hat die Pflege die zeitliche Ressource für Ernährungstherapie, noch ist sie umfassend für Ernährungstherapie ausgebildet. Eine Ernährungsfortbildung kann eine reglementierte Spezialausbildung, wie sie Diätassistent*innen mit über 3000 Stunden theoretischem Unterricht und 1400 Stunden praktischer Ausbildung im Bereich Ernährungstherapie besitzen, nicht ersetzen.

2. Ambulante Versorgung

Der überwiegende Anteil der Patient*innen wird ambulant medizinisch und therapeutisch versorgt. Besonders im ambulanten Bereich sollte daher die ernährungstherapeutische Versorgung sichergestellt und der Zugang zu dieser niederschwellig gehalten werden. Bisher gibt es jedoch ausschließlich für die sehr seltenen Indikationen Mukoviszidose und seltene angeborene Stoffwechselstörungen (SAS) einen Rechtsanspruch auf Ernährungstherapie und einen geregelten niederschweligen Zugang. Für alle anderen Indikationen sind ernährungstherapeutische Angebote im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließlich in die Initiative des Patienten, in den persönlichen Einsatz des Arztes und in die Finanzierungskulanz der jeweiligen Krankenkasse (bis maximal 80%) gelegt.

Der Umfang der Therapie ist nicht definiert, zumeist finden 3 – 5 Termine statt, teilweise besteht keine freie Therapeut*innenwahl. Bei gleicher Diagnose wird Ernährungstherapie oft nur alle 2 Jahre bezuschusst, obwohl viele Betroffenen chronisch krank sind und einer kontinuierlichen Betreuung bedürfen.

Für chronisch Erkrankte und andere vulnerable Gruppen ist Ernährungstherapie somit entweder nicht zugänglich oder nicht gewährleistet. Eine Überleitung vom stationären in den ambulanten Sektor findet, wie gesagt, nicht statt.

3. Ausbildung

Die Anforderungen an eine ernährungstherapeutische Begleitung der Patient*innen haben sich in den letzten Jahrzehnten grundlegend gewandelt. Ursache ist weniger ein fragwürdiges Ernährungsverhalten als vielmehr der medizinisch-technische Fortschritt, der zu einer hohen Anzahl an langfristig zunehmend multimorbid chronisch erkrankter Patient*innen führt. Die bereits für die Legislaturperiode 2017-2021 geplante Novellierung des über weite Strecken veralteten Berufsgesetzes von 1994 muss daher dringend umgesetzt werden.

Um den aktuellen komplexen Anforderungen gerecht zu werden, braucht es eine Überarbeitung vor allem in folgenden Punkten:

- ✓ Etablierung eines attraktiven Berufsbildes mit explizit therapeutischer Kompetenz und persönlichen Entwicklungsperspektiven zur Sicherung der Nachwuchssituation
- ✓ Aktualisierung der Ausbildungsinhalte (z.B. fachliche Inhalte, interdisziplinäres und wissenschaftliches Arbeiten, Digitalisierung)
- ✓ Grundständige akademische Ausbildung, um eigenverantwortlich dem komplexen und sich häufig verändernden Therapiegebiet gerecht zu werden, und um eine Forschungslandschaft z.B. für Therapie- und Versorgungsforschung in der Ernährungstherapie aufzubauen
- ✓ Kostenfreie berufliche Erstqualifizierung

4. Europäische Anschlussfähigkeit

Die defizitäre Ausbildungssituation in Deutschland führt dazu, dass das erforderliche Qualifizierungsniveau für eine sinnvolle Berufsausübung eher durch ausländische oder durch anderweitig akademisierte Fachkräfte als durch in Deutschland ausgebildete Diätassistent*innen gewährleistet wird. Dringend erforderlich ist es daher, die Qualifizierungs- und Ausbildungssituation an europäischen Standards mindestens auf Bachelor-Niveau auszurichten und entsprechend zu harmonisieren.

Auch eine solche Harmonisierung mit der europäischen Ausbildungs- und Versorgungsrealität würde die Attraktivität des potentiellen Nachwuchses für die Berufswahl zur bzw. zum Diätassistent*in (bzw. dann Ernährungstherapeut*in) deutlich erhöhen.

5. Patientensicherheit

Ernährungsberatung und Ernährungstherapie sind ungeschützte Begriffe der Berufsausübung. Unsachgemäße Ernährungstherapie kann Schaden verursachen und im schlimmsten Fall Leben gefährden. Die therapeutischen Aspekte und Qualifikationen der Berufsausübung müssen zukünftig explizit genannt und konkret abgesichert werden. Auch aus Gründen der Patientensicherheit muss Ernährungstherapie daher vorbehaltene Tätigkeit werden, für die eine gesetzlich reglementierte Ausbildung mit staatlicher Prüfung Voraussetzung ist.

**<https://mangelernaehrung-bekaempfen.de/maw-2024/>*

*** [https://www.zefq-journal.com/article/S1865-9217\(24\)00009-6/fulltext](https://www.zefq-journal.com/article/S1865-9217(24)00009-6/fulltext)*

**** <https://www.dge.de/fileadmin/dok/wissenschaft/ernaehrungsberichte/15eb/15-DGE-Ernaehrungsbericht.pdf>*