



**SITUATION DER AMBULANTEN
ERNÄHRUNGSTHERAPIE**
*ERGEBNISSE DER UMFRAGE
2021*

UMFRAGE

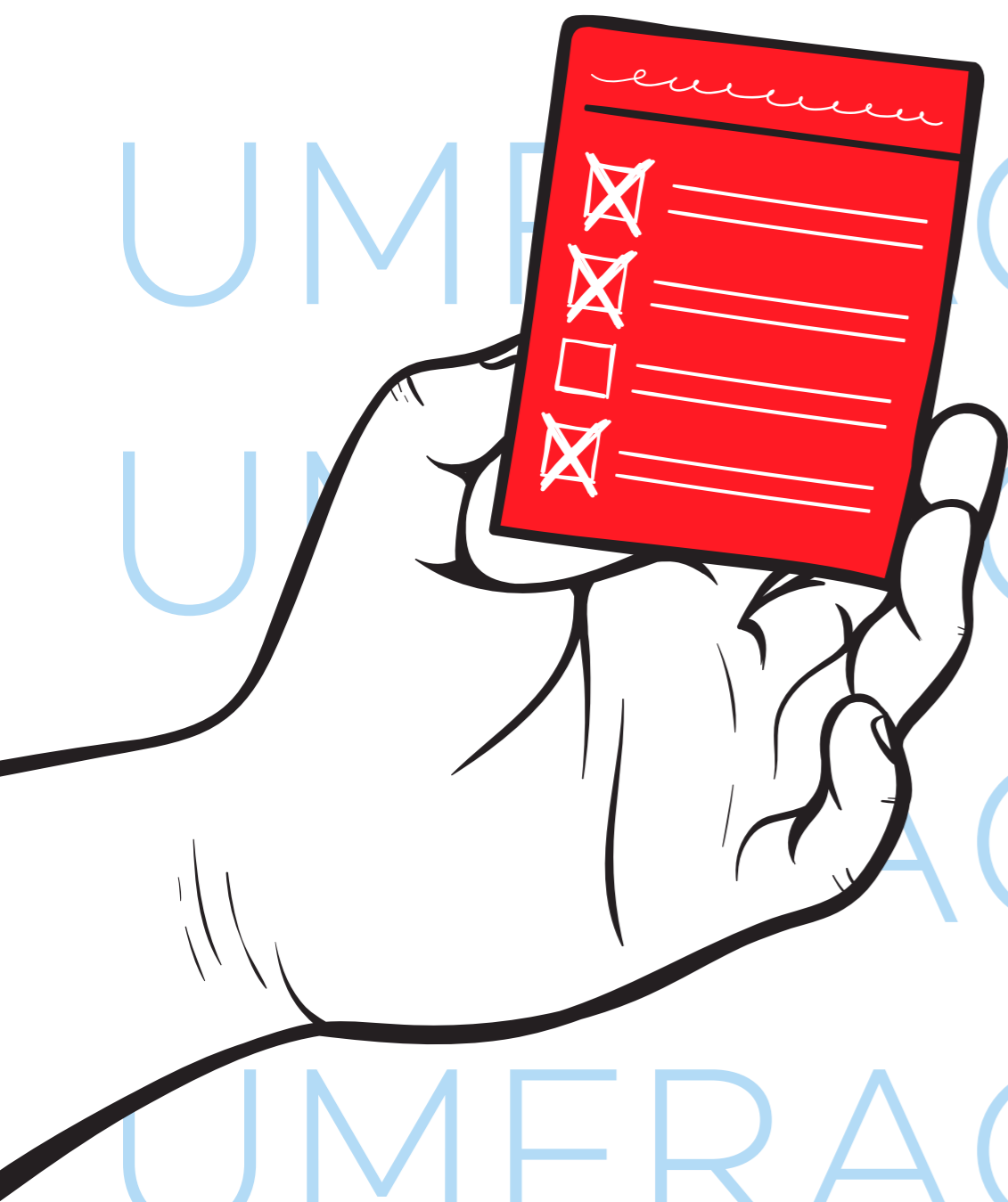
UMFRAGE

UMFRAGE

UMFRAGE

UMFRAGE

UMFRAGE



Vorwort

Den VDD, speziell die Fachgruppe Ambulante Ernährungstherapie und Freiberuflichkeit, erreichten zunehmend besorgte Äußerungen freiberuflicher Diätassistent*innen bezüglich der Zukunftsaussichten in der ambulanten Ernährungstherapie. Es ging um Ablehnungen von Kostenbeteiligung, Forcierung von online-gestützten Angeboten für die Patient*innen durch die Krankenkassen sowie weniger Empfehlungen von Ärzt*innen.

Um einen objektivierbaren Überblick zum Status zu erhalten, hat die Fachgruppe Ambulante Ernährungstherapie und Freiberuflichkeit des VDD vom 20.04. bis 10.05.2021 eine Online-Umfrage zur aktuellen Bestandsaufnahme durchführt. Die Umfrage richtete sich an Diätassistent*innen und Oecotropholog*innen, die ambulante Ernährungstherapie bei verschiedenen Diagnosen durchführen, die bisher nicht im Heilmittelkatalog verankert sind und daher nicht als verbindliche Kassenleistung zur Verfügung stehen. Diese Leistung wird häufig als Ernährungstherapie nach § 43 SGB V bezeichnet.

Die Ergebnisse der Umfrage, an der knapp 400 Kolleg*innen teilgenommen haben, geben einen Einblick über die Ist-Situation der ambulanten Ernährungstherapie. Sie zeigen Barrieren für den Zugang zu dieser und schaffen damit eine wichtige Arbeitsgrundlage, um die dringend notwendige ambulante Versorgung der Patient*innen mit einer Ernährungstherapie zu verbessern.

Ein besonderes Dankeschön geht an die Fachgruppe Ambulante Ernährungstherapie & Freiberuflichkeit, besonders an Iris Flöhrmann, für die Initiative und Vorbereitung der Umfrage sowie die Unterstützung bei deren Auswertung und an Annika Schmidt für die statistische Aufbereitung der Daten. Wir bedanken uns beim VDOE für die Unterstützung bei der Verteilung des Umfragelinks.

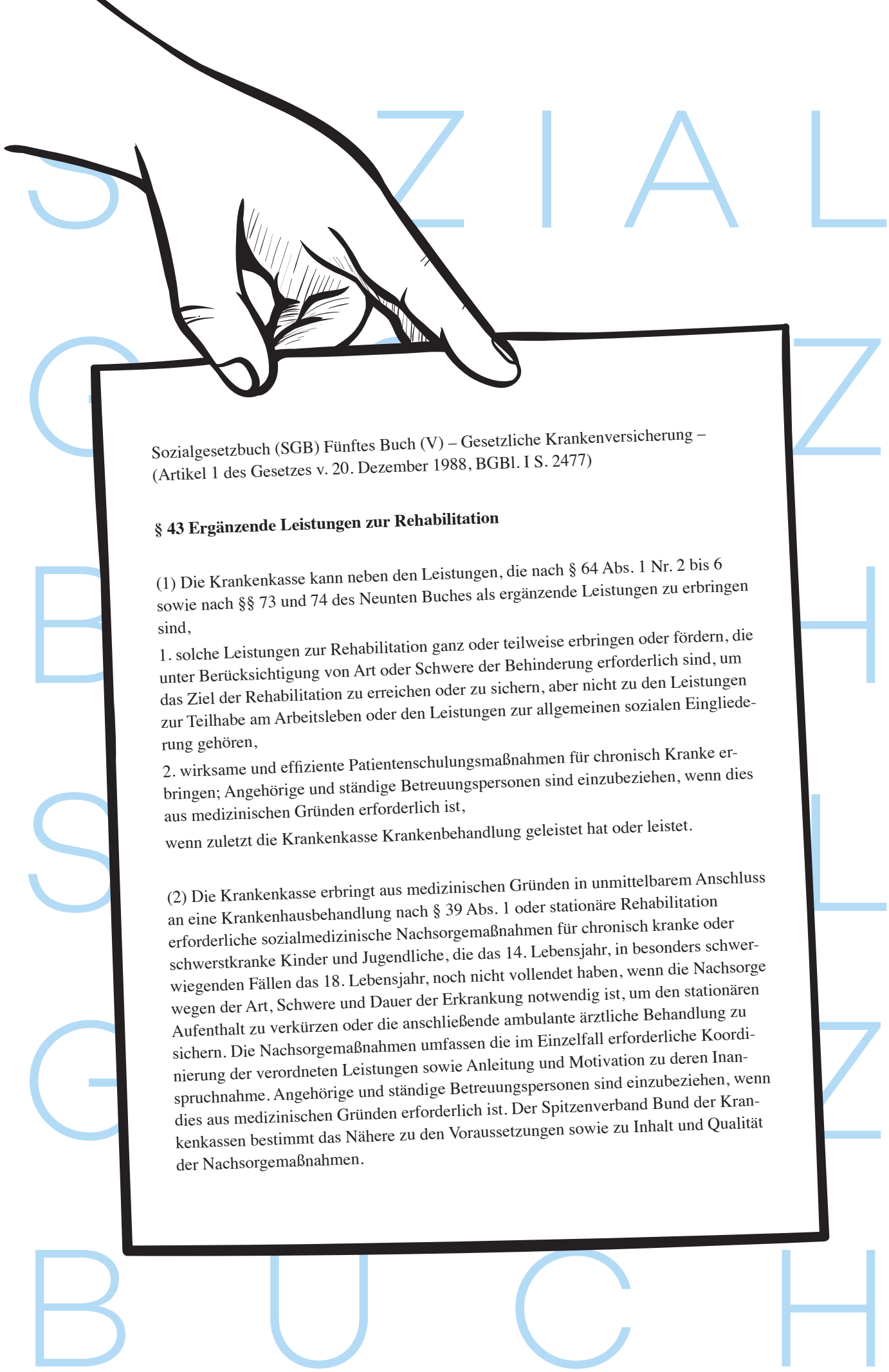
Uta Köpcke
Präsidentin VDD e. V.

Sabine Ohlrich-Hahn
Vize-Präsidentin VDD e. V.

Status quo – fehlende Verankerung der Ernährungstherapie im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen

Bisher fehlt eine bindende Verankerung der Ernährungstherapie im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Das Heilmittel Ernährungstherapie greift nur bei den Indikationen Mukoviszidose und seltene angeborene Stoffwechselstörungen (SAS), darüber hinaus gibt es keine Möglichkeit einer Rezeptierung für individuelle ambulante Ernährungstherapie. Dies unterscheidet die Ernährungstherapie beispielsweise von der Physio- und Ergotherapie. Auch ohne diese Verankerung im Heilmittelkatalog nehmen zahlreiche Krankenkassen seit Jahren den Bedarf an Ernährungstherapie wahr und unterstützen ihre Mitglieder mit bundesweit unterschiedlichen Bezuschussungsmodellen. Als „Notlösung“ wird in diesen Fällen bei der Finanzierung auf den **§ 43 SGB V** verwiesen. Für viele Betroffene, z.B. bei onkologischen und gastroenterologischen Erkrankungen, Nierenerkrankungen oder Osteoporose, bietet dieses „wacklige Konstrukt“ derzeit die einzige Möglichkeit für ambulante Ernährungsberatung, wenn sie auf eine Zuschussung durch die Krankenkassen angewiesen sind. Für zahlreiche freiberufliche Kolleg*innen stellen Patient*innen, die von ihren Krankenkassen bezuschusst werden, die Haupteinnahmequelle und somit ein wichtiges existentielles Standbein dar.

Ein Blick auf diese gesetzliche Grundlage zeigt: Im Wortlaut des Paragraphen tauchen weder die Begriffe Ernährungstherapie noch Ernährungsberatung auf. Und im Eingangssatz wird ganz eindeutig formuliert: „Die Krankenkasse kann ...“. Es gibt keine verpflichtenden Vorgaben. Das führt dazu, dass gesetzliche Krankenkassen ernährungstherapeutische Leistungen im Rahmen dieses Paragraphen sehr unterschiedlich auslegen und auf den Prüfstand stellen (müssen). Die Krankenkassen folgen damit ihrem gesetzlichen Auftrag, über den sie Rechenschaft ablegen müssen.



Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung –
(Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

§ 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

(1) Die Krankenkasse kann neben den Leistungen, die nach § 64 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 sowie nach §§ 73 und 74 des Neunten Buches als ergänzende Leistungen zu erbringen sind,

1. solche Leistungen zur Rehabilitation ganz oder teilweise erbringen oder fördern, die unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, aber nicht zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung gehören,

2. wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen; Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist, wenn zuletzt die Krankenkasse Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet.

(2) Die Krankenkasse erbringt aus medizinischen Gründen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 oder stationäre Rehabilitation erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern. Die Nachsorgemaßnahmen umfassen die im Einzelfall erforderliche Koordination der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt das Nähere zu den Voraussetzungen sowie zu Inhalt und Qualität der Nachsorgemaßnahmen.

1. Unsere Teilnehmenden – was macht sie aus?

Die folgenden Tabellen und Abbildungen geben einen Überblick über Qualifikation, Geschlecht, Alter, Berufserfahrung, Tätigkeitsort und Form der Tätigkeitsausübung.

Tabelle 1

Qualifikation der Teilnehmenden (n = 356)

Abschluss	Häufigkeit absolut	Häufigkeit in %
Diätassistent*in	53	15
Diätassistent*in mit Weiterbildung (WB)	94	26
Diätassistent*in mit Studienabschluss Diätetik	7	2
Diätassistent*in mit Studienabschluss Oec/EW	12	3
Diätassistent*in mit sonstigem Studienabschluss	11	3
Studienabschluss Oecotrophologie/ Ernährungswissenschaft	40	11
Studienabschluss Oecotrophologie/ Ernährungswissenschaft mit WB	139	39

Abbildung 1

Tätigkeitsort nach Bundesland (n = 319)

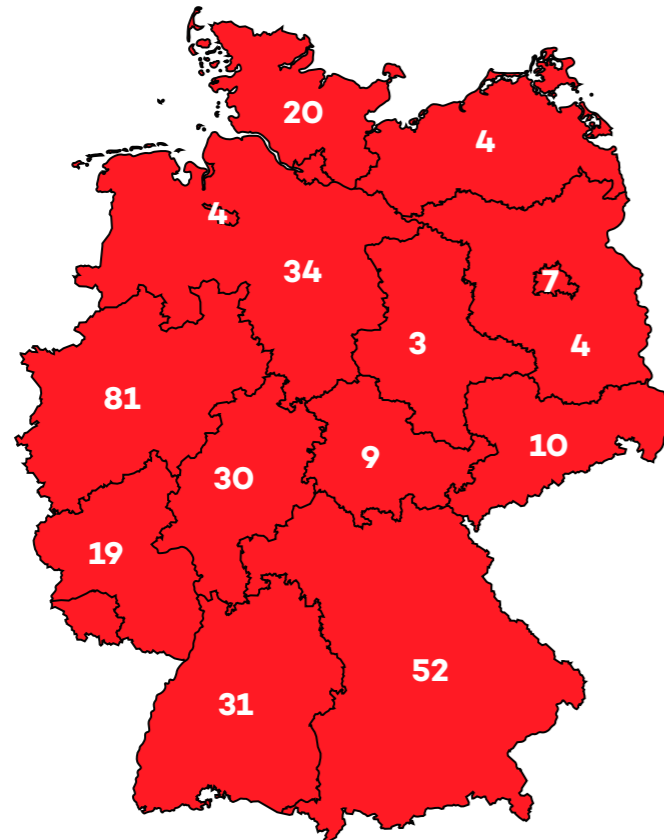


Abbildung 2

Geschlecht der Teilnehmenden (n = 319)

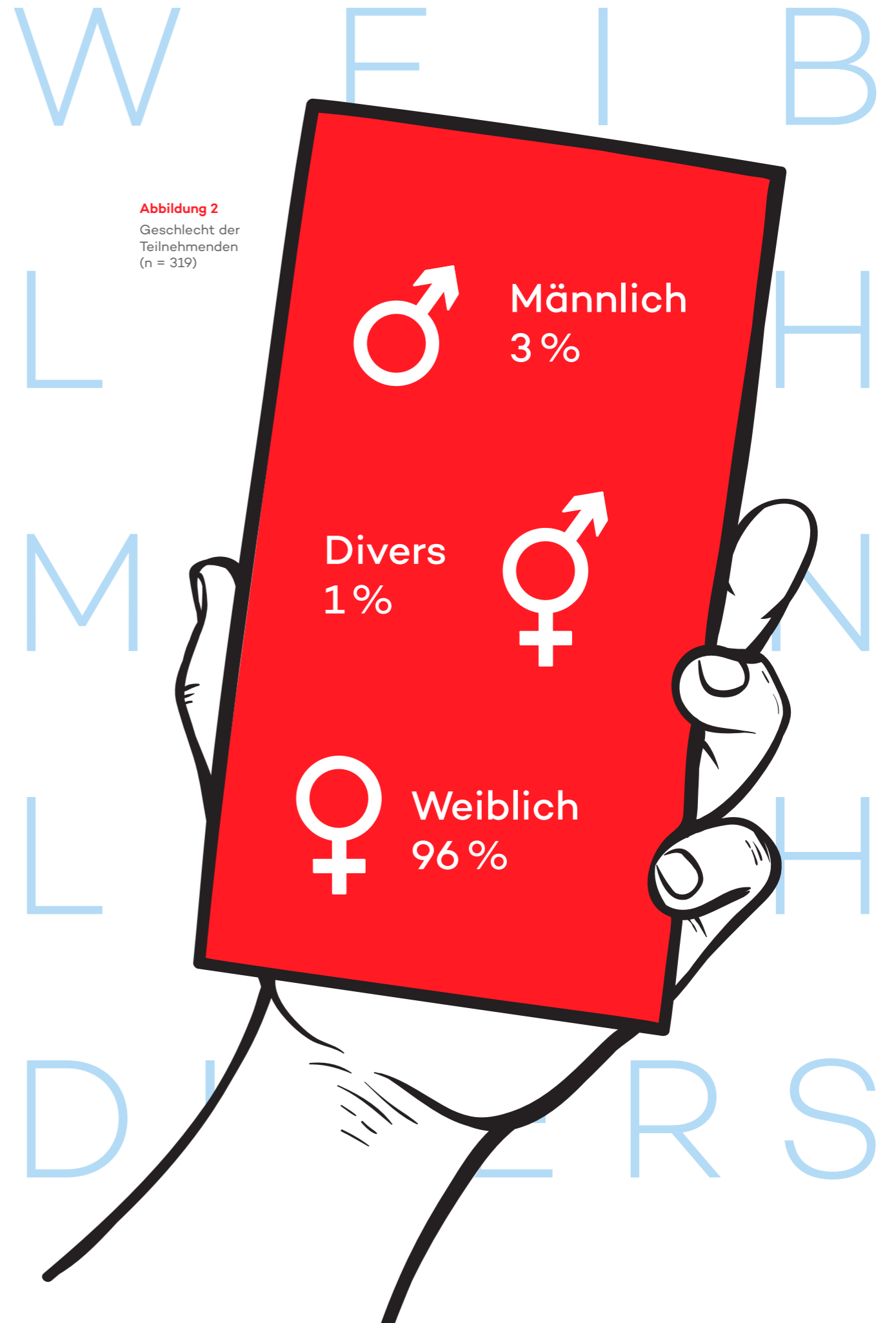


Abbildung 3
Dauer der Tätigkeit in der Freiberuflichkeit bzw. im Bereich ambulante Ernährungstherapie (n = 319)

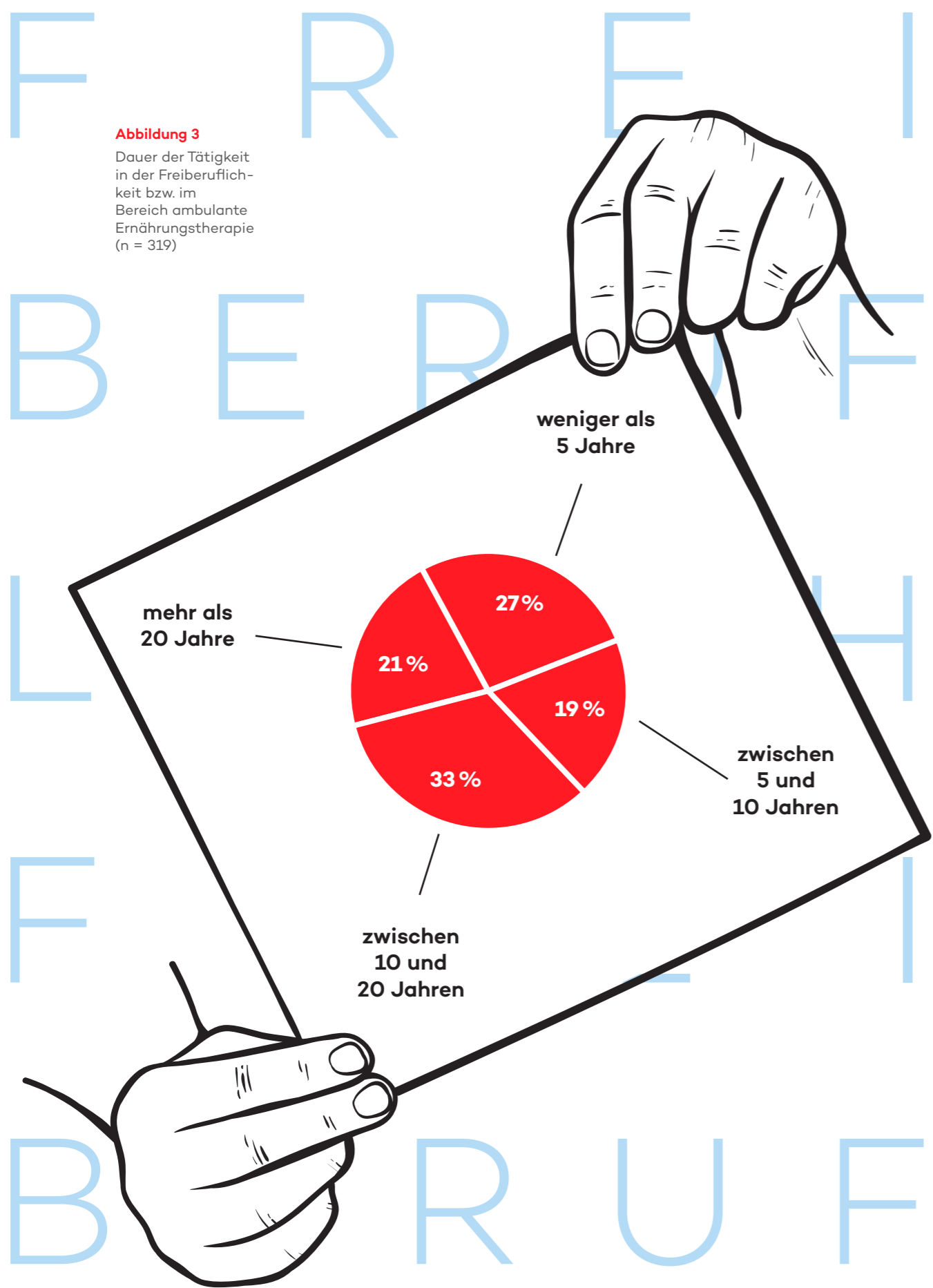


Abbildung 4
Altersstruktur der Teilnehmenden (n = 319)

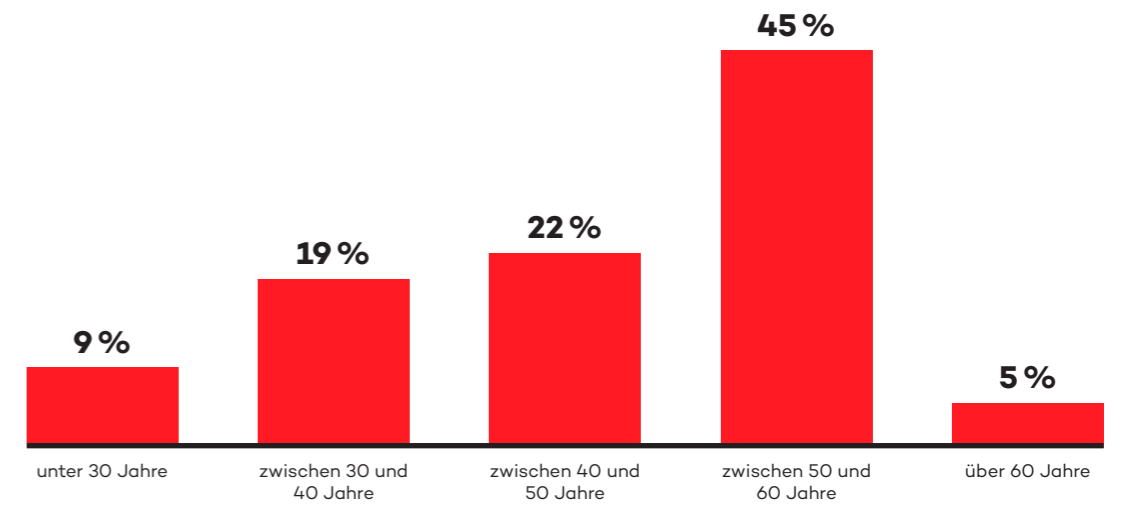


Tabelle 2
Form der Tätigkeitsausübung in der ambulanten Ernährungstherapie (n = 319)

Tätigkeitsausübung	Häufigkeit absolut	Häufigkeit in %
hauptberuflich allein in eigener Praxis	128	40
nebenberuflich allein in eigener Praxis	102	32
ab und zu nebenberuflich auf Honorarbasis	25	8
angestellt in einem MVZ o. Ää.	21	7
angestellt in einer ärztlichen (Gemeinschafts-)Praxis	17	5

Absolut gaben damit 142 Personen an, hauptberuflich in eigener Niederlassung zu arbeiten, während 177 Personen diese Tätigkeit im Anstellungsverhältnis oder ergänzend zu einer Festanstellung ausüben.

2. Angebote und Entwicklung der Nachfrage

Abbildung 5
Art des Angebotes für ambulante Ernährungstherapie (n = 746, Mehrfachnennungen möglich)



Ambulante Ernährungstherapie und Ernährungsberatung erfordern einen intensiven Austausch zwischen Betroffenen und Beratenden, der idealerweise im direkten persönlichen Kontakt stattfinden sollte. Als Effekt der Corona-Pandemie haben sich neue Beratungsformate wie Videoberatung und Telefonberatung etabliert. Es ist zu erwarten, dass Abrechnungsmöglichkeiten insbesondere für Videoberatung und online-gestützte Angebote auch nach der Corona-Pandemie erhalten bleiben und künftig zum Portfolio für die ambulante Ernährungstherapie zählen werden.

Wie entwickelt sich die Nachfrage nach ambulanter Ernährungstherapie?

Bei der Frage bezüglich der Häufigkeit von Anfragen nach ambulanter Ernährungstherapie im Vergleich der Kalenderjahre 2019 und 2020 sowie 2020 gegenüber dem 1. Quartal 2021 ergab sich ein heterogenes Bild, wobei die gleichbleibende und steigende Nachfrage deutlich überwiegen. Einzelheiten zeigt Tabelle 3.

Tabelle 3
Vergleich der Anfragen nach individueller ambulanter Ernährungstherapie 2019-2021 (n = 322)

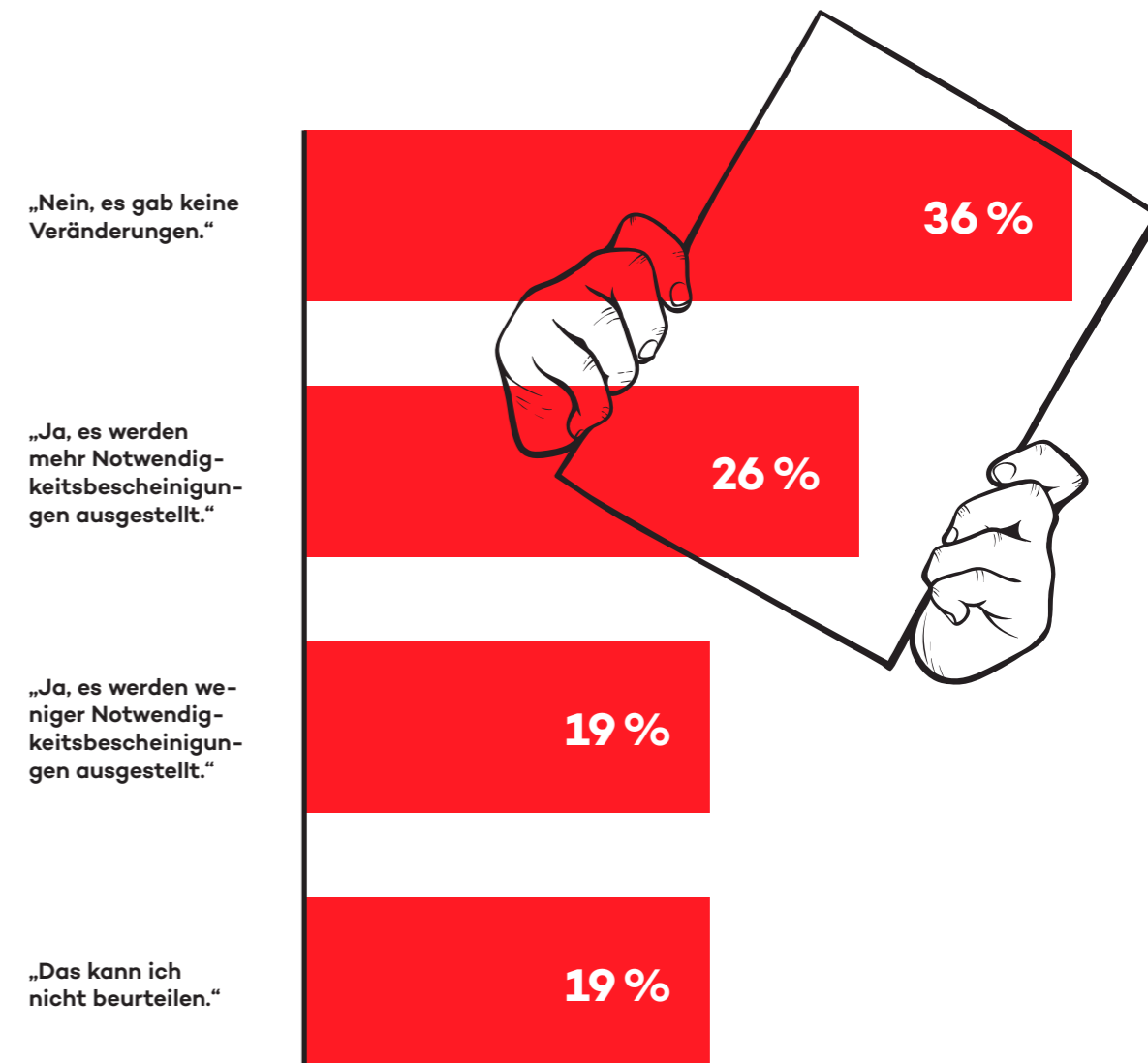
	Vergleich 2019 und 2020		Vergleich 2020 und 1. Quartal 2021	
	absolut	prozentual	absolut	prozentual
Anfragen sind unverändert geblieben	62	19	77	24
Anfragen sind gestiegen	138	43	160	50
Anfragen haben sich verringert	122	34	85	26

3. Einflussfaktoren auf die Nachfrage

Ärztliche Zuweisung

Bei Veränderungen in Bezug auf Ansuchen von Patient*innen und das Ausstellungsverhalten der ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung zeigte sich ein ähnliches Bild wie im Zusammenhang mit den Nachfragen (siehe Abbildung 6). Diese Zahlen lassen erkennen, dass es insgesamt einen steigenden Bedarf für die individuelle ambulante Ernährungstherapie gibt.

Abbildung 6
Ausstellen einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung in den letzten 10 Monaten im Vergleich zu 2019 (n = 322)



Warum werden Kostenübernahmen durch die Krankenkassen abgelehnt?

Die Gründe für die Ablehnung von Kostenübernahmen waren sehr vielfältig. 11 % sind formal zu erklären, z.B. wenn die Praxis nicht bei der ZPP gelistet, also nicht zugelassenzertifiziert anerkannt ist oder keinen Rahmenvertrag mit der Krankenkasse abgeschlossen hat. In 28 % der Fälle verweisen Krankenkassen auf eigene Anbieter und vergeben nur an diese. Sehr bedenklich sind jedoch Ablehnungen, weil die Diagnose nicht anerkannt wurde (17%) oder innerhalb der letzten 12 Monate bereits eine Ernährungstherapie in Anspruch genommen wurde (20 %). Damit wird Patienten der Zugang zur Ernährungstherapie trotz Vorliegens einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung verwehrt. 21 % der Befragten konnten auf diese Frage keine Antwort geben, 4 % gaben an, dass bisher keine Ablehnungen erfolgten (n = 437, Mehrfachnennungen möglich).

49 % der Befragten erwähnten, dass die Ablehnungen nur bestimmte Krankenkassen betreffen würden, 13 % sagten aus, dass (fast) alle Krankenkassen betroffen seien. 38 % konnten diese Frage nicht beantworten (n = 355).

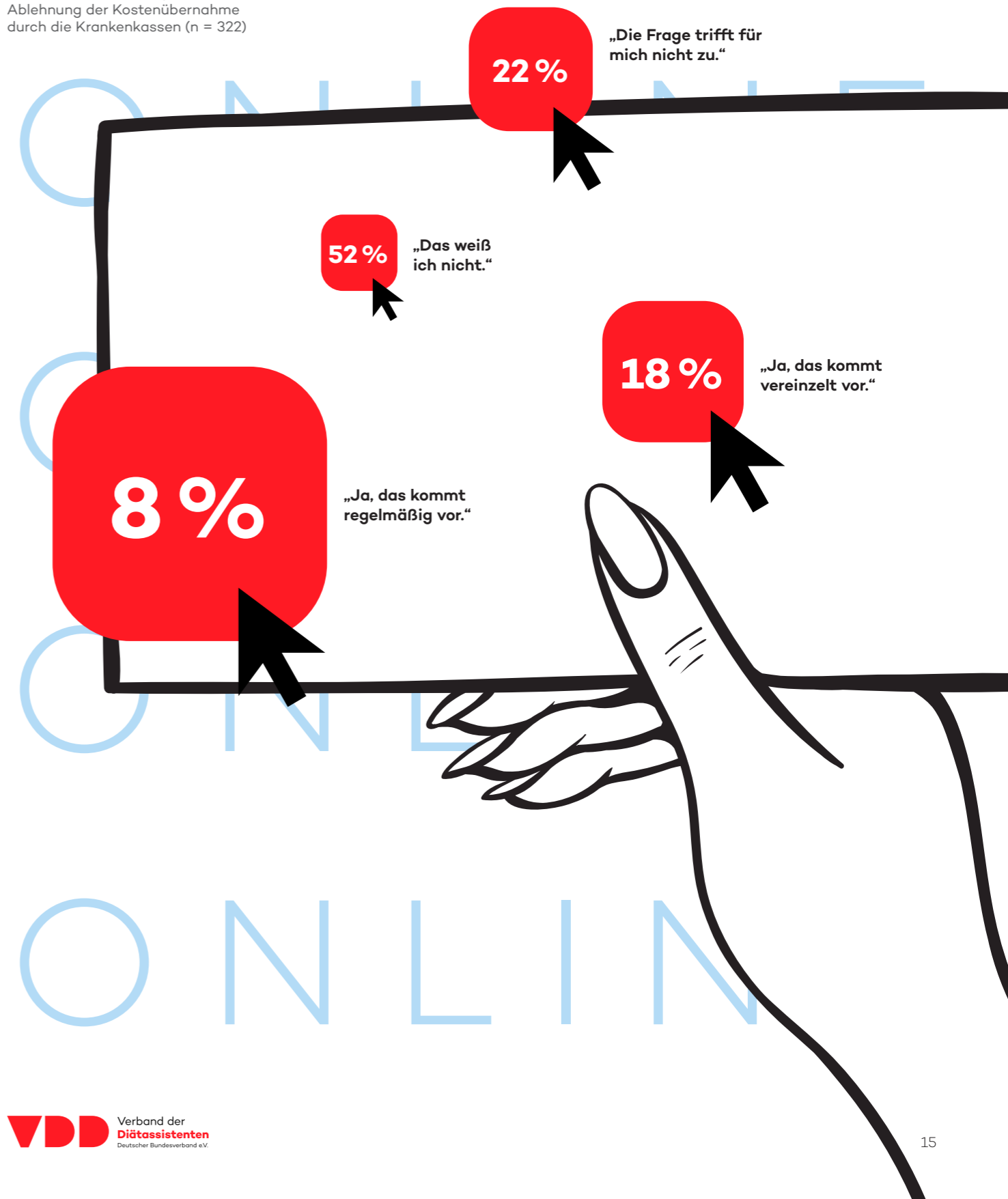
Gefragt wurde auch, ob Informationen vorlägen, dass Patient*innen bei Ablehnung der Kostenübernahme Widerspruch einlegten. Dies bejahten nur 14 % der Befragten. 87% wussten dies nicht genau oder konnten die Frage nicht beantworten (n = 318). In 11 % der Fälle waren diese Widersprüche erfolgreich, in 13 % nicht. Auch hier konnten 76 % keine Auskunft geben (n = 322).

Abbildung 9 zeigt die Ergebnisse auf die Frage, ob Patient*innen bei Ablehnung durch die Krankenkasse alternative Angebote für eine Online-Beratung bei kommerziellen Anbietern unterbreitet wurden (n = 322). Im Moment ist das eher die Ausnahme. Da sich bedingt durch die Zulassung der ersten Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) für die Unterstützung der Adipositas-Therapie und die Corona-Pandemie der Online-Markt für Ernährungsberatung gerade sehr dynamisch entwickelt, ist davon auszugehen, dass hier Veränderungen eintreten werden.

ONLINE

Abbildung 9

Alternative Online-Angebote bei Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkassen (n = 322)



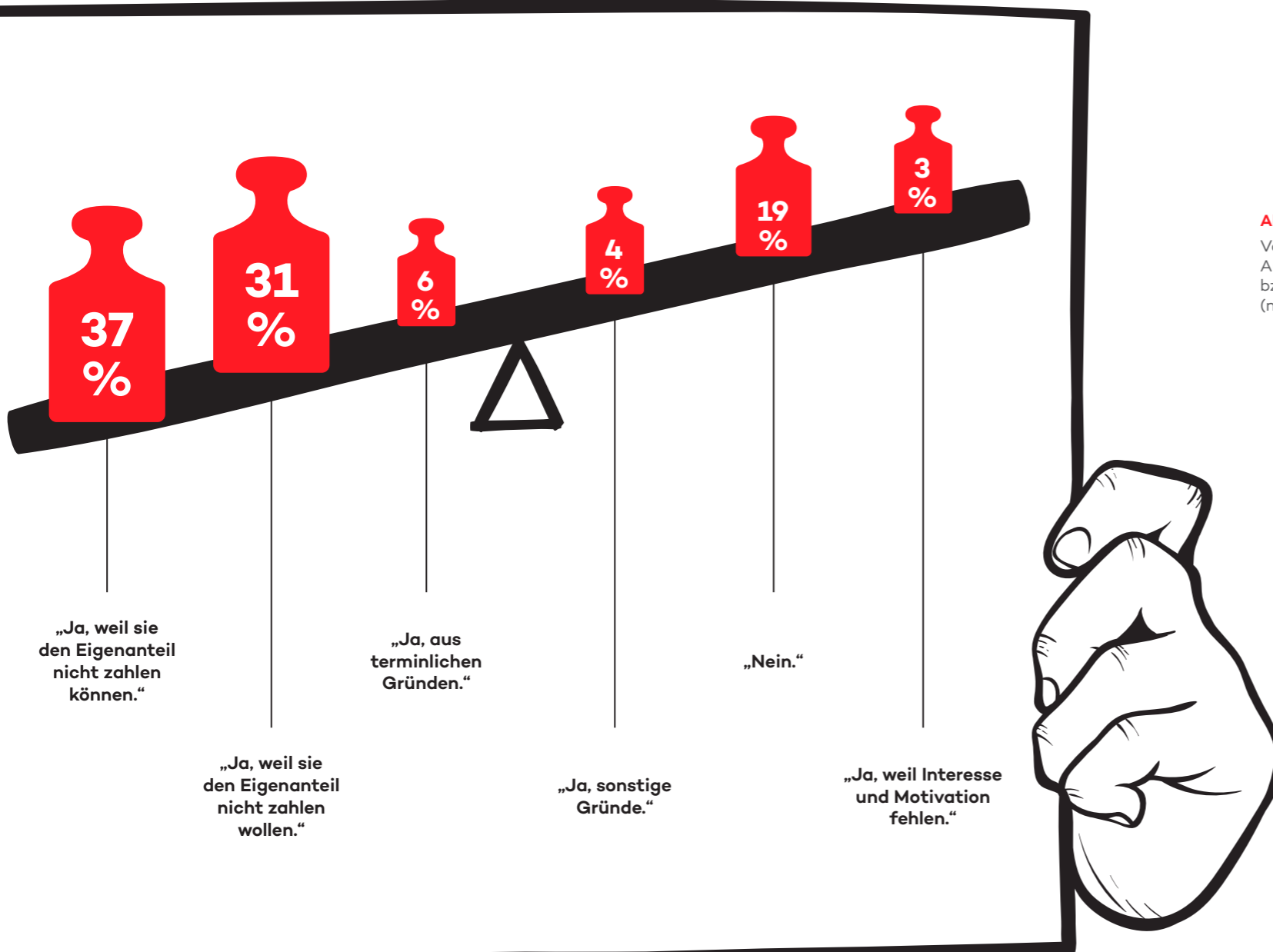
Keine Inanspruchnahme trotz Kostenbeteiligung

Ob und warum Patient*innen trotz Vorliegens der Notwendigkeitsbescheinigung und Kostenübernahme durch die Krankenkasse von der Maßnahme zurücktraten, zeigt Abbildung 10.

Abbildung 10

Rücktritte von der Ernährungstherapie trotz vorliegender Notwendigkeitsbescheinigung und Kostenübernahme durch die Krankenkasse (n = 468, Mehrfachantworten möglich)

Das verweist auf einen dringend reformbedürftigen Zustand. 68 % der Befragten gaben den Eigenanteil als Grund an; 31 %, weil Patient*innen den Eigenanteil nicht zahlen wollen, aber 37 %, weil Patient*innen den Eigenanteil nicht zahlen können. Dagegen treten nur 3 % der Patient*innen zurück, weil ihnen Motivation und Interesse fehlen.

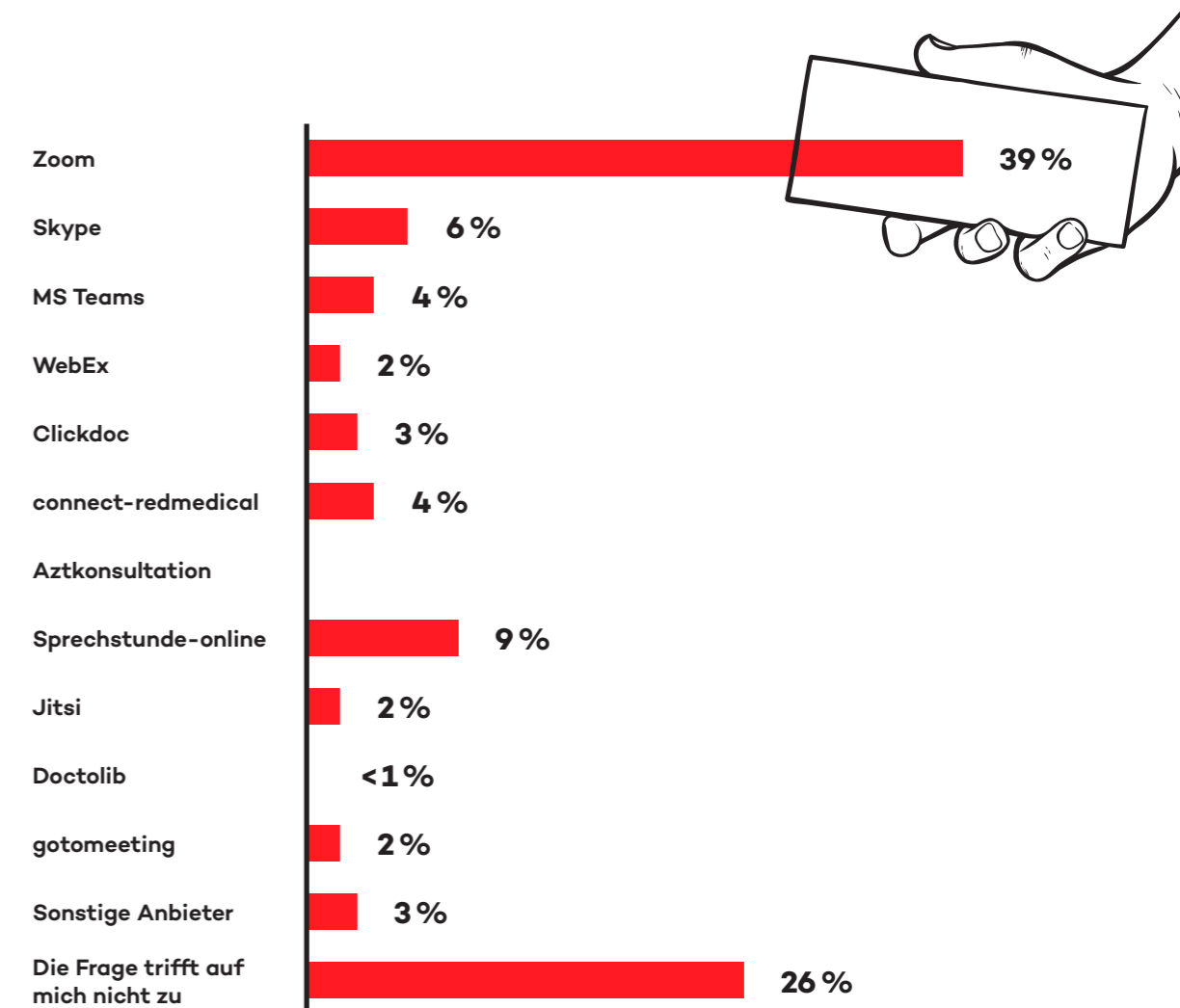


4. Online-Angebote – datenschutzkonform arbeiten in der Ernährungstherapie

Wie bereits erwähnt, führten die Auswirkungen der Corona-Pandemie zu der Notwendigkeit, Beratungen auch online anzubieten. Deshalb wurde die Umfrage zugleich genutzt, um eine erste Bestandsaufnahme zu erstellen, welche Online-Tools zur Anwendung kommen (Abbildung 11). Hier zeigt sich Nachholbedarf: Obwohl die Berufsverbände zeitnah nach dem Beginn der Pandemie über die Notwendigkeit der Nutzung datenschutzkonformer Anbieter informiert haben, nutzen nur 13 % der Befragten die von der KBV geprüften datenschutzkonformen Anbieter in ihrer täglichen Arbeit. Im Sinne der Qualitätssicherung und des Daten- bzw. Patientenschutzes sollten die Regelungen, die für die Heilmittelerbringer in der Ernährungstherapie gelten, zur üblichen Praxis werden. Für die Berufsverbände bedeutet dies, gemeinsam mit ihren Mitgliedern Ursachenforschung zu betreiben und sie intensiv zu unterstützen.

Abbildung 11

Vorrangig genutzte Anbieter für Online- bzw. Videoberatung (n = 318)



Fazit

Die Ergebnisse der Umfrage bestätigen die unbefriedigende Situation sowohl für Bedürftige als auch für die Anbietenden von ambulanter Ernährungstherapie. Sie lassen erkennen, dass Ernährungstherapie im Vergleich zu anderen etablierten Therapiearten bzw. -formen im GKV-System einen ungesicherten Stellenwert einnimmt.

Aus Sicht der Patient*innen

↓
kein niederschwelliger Zugang zur Ernährungstherapie

Für Patient*innen ist der Zugang zur Ernährungstherapie nicht niederschwellig und häufig nur mit einem hohen persönlichen Engagement und Aufwand erreichbar. Dies unterscheidet sich deutlich von anderen Therapieberufen wie Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen, die mit ihren Leistungen fest im SGB V via Heilmittel verankert sind. Für diese Therapieformen gibt es eine hohe Zahl selbstständiger Praxen, über die gesetzlich Versicherte wohnortnah und unkompliziert Zugang haben. Sie erhalten ein Rezept, das sie in einer Therapiepraxis vorlegen, und bezahlen nur 10 % der Behandlung sowie eine Praxisgebühr, wobei eine Zuzahlungsbefreiung greift, wenn die Kosten für therapeutische Leistungen jährlich 2 % der Bruttoeinkünfte zum Lebensunterhalt, bei chronisch Kranken 1 % überschreiten. Folgerezeptierungen sind vorgesehen.

↓
kein Rechtsanspruch auf ambulante Ernährungstherapie

Demgegenüber gibt es mit Ausnahme der Indikationen Mukoviszidose und SAS keinen Rechtsanspruch auf ambulante Ernährungstherapie. Vielmehr entscheidet die Kassenzugehörigkeit darüber, ob und in welcher Höhe eine Ernährungstherapie bezuschusst wird, und nicht die medizinische Notwendigkeit. Zudem schränken bestimmte Kassen die freie Therapeut*innenwahl ein. Somit sind die Initiative und das Handlungsvermögen sowie der Geldbeutel mit ausschlaggebend, ob die medizinisch notwendige Ernährungstherapie in Anspruch genommen werden kann. Der Zusammenhang zwischen niedrigem sozioökonomischen Status und erhöhten Gesundheitsrisiken ist hinlänglich bekannt. Ergebnisse der Umfrage untermauern, dass der zu zahlende Eigenanteil ursächlich verantwortlich ist, wenn Patient*innen die Therapie nicht antreten, obwohl eine ärztliche Notwendigkeit bescheinigt wurde und sogar eine Kostenübernahme vorlag.

↓
keine freie Therapeut*innenwahl

Bereits seit Jahren erteilen die Krankenkassen Ablehnungen für die Bewilligung von ambulanter Ernährungstherapie, weil die Diagnose nicht anerkannt wird oder bereits in den letzten zwölf Monaten eine Ernährungstherapie durchgeführt wurde, was auch in der Umfrage mit als Hauptablehnungsgründe bestätigt wurde. Diese Gründe für Ablehnungen entsprechen zwar den Rahmenempfehlungen der Krankenkassen, gehören aber dringend auf den Prüfstand, weil auch hier nur formell und nicht nach medizinischer Notwendigkeit entschieden wird.

Aus Sicht der Leistungserbringer*innen

↓
hoher Bedarf und steigende Nachfrage für Ernährungstherapie

Durch die Umfrage werden Ergebnisse der VDD-Berufsfeldanalyse 2020 bestätigt. Diese hatte aufgezeigt, dass nur ein geringer Anteil der Diätassistent*innen ausschließlich freiberuflich tätig sein kann. Das muss eher auf die Unsicherheit der Finanzierung selbstständiger Tätigkeit zur Sicherung des Lebensunterhaltes zurückgeführt werden als auf den niedrigen Bedarf für ambulante Ernährungstherapie. Im Gegenteil: Die Umfrage untermauert den hohen Bedarf und die steigende Nachfrage an Ernährungstherapie. Aber die Situation führt dazu, dass es nur wenige Praxen für ambulante Ernährungstherapie gibt – ganz anders als bei etablierten Heilmitteln wie Physiotherapie oder Logopädie – und es somit ggf. für Patient*innen schwierig ist, wohnortnahe Angebote zu finden.

Das bedeutet für die Verbandsarbeit ...

↓
Heilmittelrichtlinie um zusätzliche Indikationen ausweiten

Ein ganz praktischer Aspekt der Umfrage ist das Thema Digitalisierung. Sie hat z. B. mit der Videotherapie Einzug in die ambulante Ernährungstherapie gehalten. Auf dieses Aufgabengebiet muss die Berufsgruppe nicht nur vorbereitet sein, sondern dessen Entwicklung selbst mitbestimmen. Die Fachgruppe Digitalisierung des VDD ist hierzu ein kompetenter Ansprechpartner.

↓
angemessene Vergütung therapeutischer Leistungen

Der Fokus der berufspolitischen Arbeit des VDD muss im Schulterschluss und in enger Zusammenarbeit mit den weiteren maßgeblichen Verbänden erfolgen und sich darauf konzentrieren, dass die Heilmittelrichtlinie um zusätzliche Indikationen ausgeweitet wird. Statt „Krankenkassen-Bashing“ fordert der VDD von den Entscheider*innen in der Gesundheitspolitik: Für individuelle ambulante Ernährungstherapie muss ein Rechtsanspruch auch außerhalb der Indikationen Mukoviszidose und seltene angeborene Stoffwechselstörungen geschaffen werden, was auf eine Ausweitung der Heilmittelrichtlinie hinausläuft. Ernährungstherapie auf Rezept, ggf. mit Unterstützung durch Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), und eine angemessene Vergütung dieser therapeutischen Leistung gewährleisten, dass Patient*innen diese unkompliziert in Anspruch nehmen und Kolleg*innen in diesem Feld zugleich ihre Existenz sichern können.

Über die Studie

Zielgruppe

Diätassistent*innen, Oecotropholog*innen und Studienabsolvent*innen mit vergleichbaren Studiengängen, die in der ambulanten Ernährungstherapie arbeiten

Anzahl der Teilnehmer*innen

426

Zeitraum

20.04. bis 10.05.2021 per Online-Umfrage

Der Teilnahmelink wurde über die Medienkanäle der Berufsverbände VDD e. V. und VDOE e. V. mit der Bitte um Weiterleitung an Kolleg*innen im Berufsfeld versendet.

Herausgeber

Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V.
Susannastr. 13 · 45136 Essen
Telefon 0201 94685370 · Fax 0201 94685380
vdd@vdd.de · www.vdd.de

Satz, Gestaltung und Collagen

Grafik- und Werbeagentur Kaisers Ideenreich
Traminerweg 7 · 76835 Rhodt unter Rietburg
www.kaisers-ideenreich.de

Bildnachweise

- © Adobe Stock – oatawa (Titelbild / Cover)
- © Adobe Stock – Vikivector (Hände)
- © Adobe Stock – Larisa Zaytseva (Checkliste / Seite 2)
- © Adobe Stock – archivector (Gewichte / Seite 16)