

Wahlprüfsteine für eine gesicherte ernährungstherapeutische Versorgung in Deutschland

Der VDD fragt anlässlich der Bundestagswahl 2021 kurz und knackig, wie Parteien die ernährungstherapeutische Versorgung in Deutschland zukünftig sichern wollen:

1. 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. Welche Maßnahmen planen Sie, um die unzureichende ernährungstherapeutische Versorgung in Kliniken zu verbessern?*

Ursache für die Unterversorgung in der Klinik ist die fehlende Erlösrelevanz von Ernährungstherapie: Durch Ausgliederung der Pflege aus den DRGs steigt das Bestreben, Ernährungstherapie nominelle dieser zu übergeben. Wie sollen die Fehlanreize und Lücken im Rahmen des DRG-Systems korrigiert werden?

2. Ambulante Versorgung

*Für nahezu alle Indikationen gibt es keine Ernährungstherapie auf Rezept durch die gesetzlichen Krankenkassen. Welche Maßnahmen planen Sie, um allen Menschen in Deutschland einen geregelten niederschweligen Zugang zu ambulanter Ernährungstherapie durch Diätassistent*innen zu ermöglichen?*

3. Ausbildung

*Die Anforderungen an die Kompetenzen der Diätassistent*innen haben sich durch zunehmend multimorbide chronisch Kranke verändert, das Berufsgesetz seit 1994 nicht. Wie werden Sie die Nachwuchssituation im Bereich der Diätassistent*innen sichern und die Novellierung des Berufsgesetzes vorantreiben?*

4. 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 treiben Sie im Bereich der Ernährungstherapie eine europäische Ausbildungsharmonisierung voran?*

5. Patientensicherheit

*Ernährungsberatung und Ernährungstherapie sind ungeschützte Begriffe. Unsachgemäße Ernährungstherapie kann Schaden verursachen, Leben gefährden. Wie gewährleisten Sie eine überprüfbar und sanktionsbewehrt qualitätsgesicherte Patient*innenversorgung im Bereich der Ernährungstherapie?*

Details und Hintergründe lesen Sie gerne auf den folgenden Seiten.

Wahlprüfsteine 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.

„Verhungert statt an Krebs gestorben“ – eine Schlagzeile, die leider tatsächlich die derzeitige Situation von Betroffenen in Deutschland – in Kliniken und im häuslichen Bereich widerspiegelt. 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. Die statistischen Daten machen die völlig unzureichende Versorgung der Patient*innen mit Ernährungstherapie in Deutschland deutlich:

1. 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. Nur 10% aller Stationen der deutschen Kliniken verfügen laut 14. DGE Ernährungsbericht über Diätassistent*innen. Europaweit sind es dagegen 63%! Folglich erhalten Patient*innen 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 wochenlangem Aufenthalt und massivem Gewichtsverlust durch COVID 19 werden völlig entkräftet entlassen, ohne je von 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

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.

Unsere Frage: *Welche Maßnahmen plant Ihre Partei, um die unzureichende ernährungstherapeutische Versorgung in den Krankenhäusern zu verbessern? Wie sollen die Fehlanreize und Lücken im Rahmen des DRG-Systems korrigiert werden?*

2. Ambulante Versorgung

Der überwiegende Anteil der Patient*innen wird ambulant versorgt. Besonders im ambulanten Bereich sollte daher die ernährungstherapeutische Versorgung sichergestellt 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.

Unser Frage: *Welche Maßnahmen plant Ihre Partei, um allen Menschen in Deutschland bei Bedarf einen geregelten niederschweligen Zugang zu ambulanter Ernährungstherapie durch Diätassistent*innen zu ermöglichen?*

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

Unsere Frage: *Wie wird Ihre Partei die Nachwuchssituation im Bereich der Diätassistent*innen sichern und die Novellierung des Berufsgesetzes vorantreiben? Welche Punkte hält Ihre Partei in diesem Zusammenhang für unabdingbar?*

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.

Unsere Frage: *In wieweit plant und unterstützt Ihre Partei im Bereich der Ernährungstherapie eine europäische Ausbildungsharmonisierung mit der Möglichkeit zu einer international vergleichbaren Berufsanerkennung?*

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.

Für Betroffene 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.

Unsere Fragen: *Inwieweit wird Ihre Partei eine überprüfbar und sanktionsbewehrt qualitätsgesicherte Patient*innenversorgung im Bereich der Ernährungstherapie gewährleisten.*