

AMBULANTE ERNÄHRUNGSBERATUNG

# Kein Zweifel am therapeutischen Nutzen der Ernährungstherapie

Im Jahr 2000 hatte das Bundessozialgericht der Klage einer selbstständigen Diätassistentin stattgegeben, die sich in der Ausübung ihrer Berufsfreiheit behindert sah, weil die Diättherapie nicht in den Heilmittelrichtlinien (§ 92, Abs. 1 Nr. 6 SGB V) aufgeführt ist. Zur Klärung des Sachverhaltes forderte das Gericht den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, darüber zu entscheiden, bei welchen Indikationen ein therapeutischer Nutzen der alleinigen Ernährungsberatung gegeben ist und diese somit als Heilmittel in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden kann. Am 22. Januar 2015 – unfassbare 15 Jahre später – legte der G-BA seine Einsichten vor. In seinem Beschluss sieht der Ausschuss bei den meisten Indikationen keine medizinische Notwendigkeit für eine ambulante Ernährungsberatung. Dies hat weitreichende Folgen für betroffene Patienten sowie für die qualifizierten Anbieter ambulanter Ernährungstherapie.

Noch ist die G-BA-Entscheidung nicht endgültig, da das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als Rechtsaufsicht „Einspruch“ eingelegt hat. Warum die Entscheidung des G-BA einer Revision bedarf, begründen drei „Schwerge- wichte“ der deutschen Ernährungswissenschaft in einem aktuellen Artikel im „Deutschen Ärzteblatt“. Unter dem Titel: „Therapeutischer Nutzen und Förderung der Gesundheit – Ambulante Ernährungs- beratung ist medizinisch notwendig“ (Download im Internet: <http://bit.ly/1VunHdQ>) plädieren Prof. Anja Bosity-Westphal – Oecotrophologin, Ärztin und Professorin für angewandte Ernährungswissenschaft und Diätetik an der Universität Hohenheim –, Prof. Dr. med. Manfred Müller vom Institut für Humanernährung und Lebensmittelkunde, Christian-Albrechts Universität Kiel, und Prof. Hans Hauner vom Institut für Ernährungsmedizin Klinikum rechts der Isar für eine Neubewertung des Sachverhaltes. Die Initiative für diese Stellungnahme entstand in der AG Ernährungsforschung des VDOE. Im Interview mit der VDOE POSITION spricht Prof. Anja Bosity-Westphal, die im Übrigen auch Mitglied in der AG Ernährungsforschung des VDOE ist, über die Gründe für die aktuelle Stellungnahme.

**POSITION:** Was bedeutet die Entscheidung des G-BA ganz konkret für

qualifizierte Anbieter ambulanter Ernährungstherapie und für die Patienten?

**Bosity-Westphal:** Die fehlende Anerkennung des therapeutischen Nutzens der ambulanten Ernährungsberatung verhindert eine grundsätzliche Vereinbarung im Gesundheitssystem, die betroffenen Patienten eine qualifizierte Ernährungsthe-

---

>> *Das Ergebnis der G-BA-Bewertung erscheint widersinnig.* <<

---

rapie ermöglicht und die Erstattungsfähigkeit für berechtigte Indikationen sichert. Der Zuschuss für die Ernährungstherapie deckt heute oft nur einen Teil der entstehenden Kosten und ist nicht nur abhängig von der Indikation, sondern auch von der Krankenkasse und sogar regional unterschiedlich. Was die Patienten betrifft, darf die enttäuschende Entscheidung des G-BA nicht dazu führen, dass die Ernährungstherapie betroffenen Patienten und vor allem auch sozial schwachen Patienten verwehrt bleibt. Die Entscheidung über die Bezuschussung obliegt nun weiterhin der individuellen Auslegung der medizinischen Evidenz und Notwendigkeit durch die Krankenkassen. Diese sind nun gefordert, negative

Auswirkungen dieses Beschlusses (vor allem die Nichterstattung der ambulanten Ernährungstherapie) für Patienten und Therapeuten zu begrenzen.

**POSITION:** Um welche negativen Auswirkungen handelt es sich dabei?

**Bosity-Westphal:** Zum Beispiel, dass eine wertvolle Chance im Gesundheitssystem für eine kostengünstige Therapie mit extrem positivem Nutzen-Risiko-Verhältnis vertan wird. Denn die Ernährungstherapie bei Erkrankungen ist heute ein wichtiger Baustein von Therapiestrategien, was auch in vielen Leitlinien seinen Niederschlag findet. Angesichts des sich abzeichnenden Wandels im Krankheitsspektrum der Bevölkerung gewinnt Ernährungstherapie sogar an Bedeutung, da z. B. Mangelernährung bei Älteren aufgrund des demografischen Wandels zunimmt.

**POSITION:** Sehen Sie die Entscheidung des G-BA sachlich begründet?

**Bosity-Westphal:** Das Ergebnis der G-BA-Bewertung erscheint widersinnig, gelten die in Rede stehenden Hauptindikationen doch – international anerkannt – und wissenschaftlich unbestritten – als sog. ernährungsabhängige oder ernährungsmitbedingte Erkrankungen. Obwohl die präventivmedizinische Bedeutung der Ernährung durch große Kohortenstudien überzeugend belegt ist, ist der Nutzen der Ernährungstherapie im Hinblick auf patientenrelevante Endpunkte im Sinne der vom G-BA zugrunde gelegten Evidenz-Maßstäbe nicht ausreichend durch Interventionsstudien gesichert.

**POSITION:** Warum gibt es diese Studien bis heute nicht?

**Bosity-Westphal:** Im Gegensatz zur Arzneimittelforschung gibt es in der Ernährungsforschung keine starke Pharma-

industrie, die eine Finanzierung solcher Studien ermöglicht. Öffentliche Forschungsförderungseinrichtungen haben bisher solche Studien nicht finanziert oder sind dazu finanziell nicht in der Lage, zumal große Fallzahlen und sehr lange Untersuchungszeiträume nötig sind, um die geforderten patientenrelevanten Endpunkte zu erzielen (z. B. Mortalität an Herzinfarkten und Schlaganfällen anstelle von Blutdrucksenkung). Große prospektive, randomisierte Placebo-kontrollierte Interventionsstudien mit harten klinischen Endpunkten, die über jeden Zweifel erhaben sind, lassen sich leicht fordern. Aber brauchen wir eine derartige Evidenz auch für klassische Indikationen in der Gastroenterologie (z. B. zum Nutznachweis einer glutenfreien Ernährung bei Zöliakie oder zum Nachweis der Wirksamkeit einer Ernährungsberatung bei Kurzdarmsyndrom, Pankreatitis, Obstipation, Dumping-Syndrom nach Magenresektion oder Leberzirrhose), wenn es dazu eine Vielzahl nationaler und internationaler Leitlinien gibt? Selbst bei vielen Pharmakotherapien gibt es die hier geforderte „Evidenz“ bei Weitem nicht.

**POSITION:** Ihre Beispiele überzeugen. Gibt es mehr davon?

**Bosy-Westphal:** Nehmen wir den Typ-2-Diabetes. Es ist weltweiter Konsens, dass Ernährungsberatung zu den ersten therapeutischen Maßnahmen nach der Diagnosestellung eines Typ-2-Diabetes zählt. Auch die „Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes“ sieht Ernährungsumstellung und Bewegungstherapie als primäre Therapiemaßnahmen bei Typ-2-Diabetes vor. Die überwiegend mit Evidenzhäufigkeit A bewerteten Empfehlungen zur Ernährungstherapie bei Typ-2-Diabetes bilden auch die Grundlage der Therapie bei Gestationsdiabetes. Eine Lebensstilmodifikation mit Ernährungsberatung ist die Therapie der ersten Wahl bei Gestationsdiabetes. Ähnlich unbestritten ist die Bedeutung der Ernährungstherapie bei Adipositas. Patienten mit Adipositas sollen nach der aktuellen S3-Leitlinie eine Ernährungsberatung angeboten bekommen und dabei individualisierte Ernährungsempfehlungen erhalten, welche an Therapieziele und Risikoprofil angepasst werden. Die Ernährungsberatung (Einzelbe-

ratung oder in Gruppen) ist nach der Leitlinie Teil einer multimodalen Therapie, die als Komponenten Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie umfasst. Je nach individueller Situation sollen diese Komponenten einzeln oder in Kombination angewendet werden. Auch nach Adipositaschirurgie ist eine lebenslange Nachsorge nötig, die vor allem auch eine ernährungsmedizinische Betreuung erfordert.

*>> Die grundsätzliche  
Wirksamkeit der  
Ernährungstherapie steht  
außer Frage. <<*

**POSITION:** Wie beurteilen Sie die Wirkung diätetischer Maßnahmen bei der Behandlung arterieller Hypertonie?

**Bosy-Westphal:** In den Leitlinien zur Behandlung der arteriellen Hypertonie ist das Ziel diätetischer Maßnahmen, den Blutdruck zu senken, Risikofaktoren zu beeinflussen und die Dosen der Antihypertensiva zu vermindern. Eine professionelle Diätberatung verstärkt die blutdrucksenkende Wirkung einer medikamentösen Therapie und sollte nach den Empfehlungen der Leitlinie zu jedem Therapiekonzept hypertensiver Patienten gehören. Es wird auf die DASH-Studie verwiesen, die zeigen konnte, dass diätetische Maßnahmen mit einem hohen Anteil an fettarmen Milchprodukten, Obst und Gemüse, Ballaststoffen sowie einem niedrigeren Fettanteil den Blutdruck senken und auch andere kardiovaskuläre Risikofaktoren günstig beeinflussen. Auch amerikanische Empfehlungen setzen bei hohem Blutdruck auf eine Lebensstilmodifikation (körperliche Aktivität, Gewichtsreduktion, Einschränkung des Kochsalzverzehrs und des Alkoholkonsums, DASH-Diät).

perliche Aktivität, Gewichtsreduktion, Einschränkung des Kochsalzverzehrs und des Alkoholkonsums, DASH-Diät).

**POSITION:** Kann man den G-BA-Beschluss als Fehlentscheidung bezeichnen?

**Bosy-Westphal:** Der G-BA hat seine Richtlinien für die Bewertung der medizinischen Evidenz. Es ist jedoch fraglich, ob diese auf den Nutznachweis der Ernährungstherapie anwendbar sind. Die Forderung nach harten Endpunkten mag im Bereich von Pharmastudien berechtigt sein, da Medikamente zwar Risikoparameter der verschiedensten Erkrankungen positiv beeinflussen, aber Nebenwirkungen haben können, die das Outcome signifikant verschlechtern. Die gleiche Forderung für die Ernährungstherapie zu erheben, ist aus verschiedenen Gründen nicht praktikabel – die Gründe dafür sind im Artikel im „Deutschen Ärzteblatt“ erläutert. Sicherlich stimmt es, dass die „Ansprechraten“ auf Ernährungsempfehlungen niedriger sind als bei vielen Pharmakotherapien. Gleichwohl gebietet das ärztliche Ethos, eine Therapie, deren Wirksamkeit grundsätzlich außer Frage steht, jedem Patienten anzubieten und ihm die Chance zu geben, ohne das Risiko von Nebenwirkungen seinen Gesundheitszustand zu verbessern. Dies sehen alle Fachgesellschaften in ihren Empfehlungen zur Behandlung nicht übertragbarer Krankheiten weltweit genauso. In den meisten vergleichbaren Ländern ist Ernährungsberatung eine unumstrittene Leistung der zuständigen Kostenträger. Das sollte auch in Deutschland so sein.

Das Gespräch führte  
Dr. Friedhelm Mühleib

**Zur Person: Prof. Anja Bosy-Westphal**

Prof. Dr. Anja Bosy-Westphal ist Ernährungswissenschaftlerin und Ärztin und am Fachbereich Angewandte Ernährungswissenschaft und Diätetik am Institut für Ernährungsmedizin der Universität Hohenheim beschäftigt. Sie ist Mitglied in der AG Ernährungsforschung des VDOE. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Untersuchungen zur Regulation der Energiebilanz und Körperzusammensetzung.

**Kontakt:** Anja.Bosy-Westphal@uni-hohenheim.de



Foto: © Privat