

DGKJ-Kurs Pädiatrische Ernährungsmedizin

Block I: 23.-26.02.2022

Block II: 23.-26.03.2022

E-Learning-Block



Modul	h	Thema
Lerneinheit I		
1.1	2	Grundkenntnisse des Energie-SW., d. physiol. Funktionen, Verdauung, Absorption u. endogenen Verwertung / Sport und Ernährung
1.2	2	Makro- und Mikronährstoffe
1.3	1	Prävention ernährungsbedingter Krankheiten
1.4	1	Ballaststoffe
Lerneinheit II		
2.1	1	Prä- und Probiotika
2.2	1	Lebensmittelkunde, functional food
2.3	2	Lebensmittelsicherheit, Verbraucherschutz
2.4	1	Grundlagen der Ernährungstherapie
2.5	1	Grundlagen der Ernährungswissenschaft
Lerneinheit III		
3.1	1	Gesundheitsökonomische Aspekte
3.2	2	Berücksichtigung der Behandlungsform (z.B. Akut-klinik; Reha-, Pflegeeinrichtung, ambulant)
3.3	1	Gemeinschaftsverpflegung
3.4	2	Organisation und Qualitätssicherung in der Ernährungsmedizin

Organisation und Qualitätssicherung in der Ernährungsmedizin

**Referent:
Dr. Thomas Kauth**

Erklärung von Interessen

Hiermit erkläre ich, dass der Inhalt meines Vortrags/Seminars produkt- und dienstleistungsneutral gestaltet ist und kein Interessenkonflikt hinsichtlich Anstellungsverhältnis, Berater-bzw. Gutachtertätigkeit, Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien oder Fonds, Patenten, Urheberrechten, Verkaufslizenzen, Honorarzahungen, Finanzierung wissenschaftlicher Untersuchungen sowie anderer finanzieller Beziehungen besteht.

Ludwigsburg, 22.01.2022

Dr. Thomas Kauth

Gliederung

1. Bedeutung der Ernährungsmedizin in der Arztpraxis
2. Zertifizierung in der Ernährungsmedizin
3. Definition und Erbringung ernährungsmedizinischer Leistungen
4. Abrechnung im ambulanten Bereich
5. Abbildung ernährungsmedizinischer Diagnosen/Prozeduren (G-DRG) in der Klinik
6. Erfassung und Kodierung von ernährungsmedizinischen Diagnosen/Prozeduren in der patientenbezogenen medizinischen Dokumentation in der Klinik
7. Ernährungsmedizin im Krankenhaus: leistungsgerechte Abbildung ernährungsmedizinischer Prozeduren
8. Prävention in der Ernährungsmedizin (§20 und §43 SGBV)
9. Neues Heilmittel ambulante Ernährungstherapie und Ernährungsmedizin in der Behandlungskette
10. Zusammenfassung

1. Bedeutung der Ernährungsmedizin in der Arztpraxis

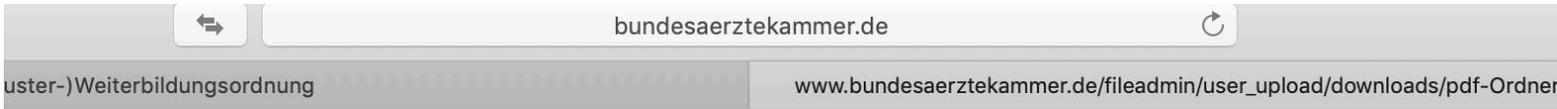
Deutscher Ärztetag 2015: Antrag auf Aufnahme der Ernährungsmedizin in die Muster-WBO der BÄK

Seit ca. **30 Jahren** gibt es das 100-stündige Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer. Alle relevanten Fachgesellschaften haben daran mitgearbeitet. Das Curriculum ist fachlich hervorragend strukturiert und hat im Laufe der Zeit mehr als **5.000 Ernährungsmediziner** qualifiziert. Das Interesse der Ärztinnen und Ärzte diese Qualifikation zu erreichen ist nach wie vor ungebrochen, obwohl es bisher keine geregelten Abrechnungsleistungen und gesicherten finanziellen Entgelte gibt.

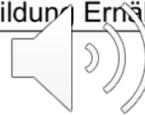
Bis 2020: Die Ernährungsmedizin wird in den Ärztekammern unterschiedlich gehandhabt. In den Landesärztekammern Berlin und Niedersachsen wurde die Ernährungsmedizin in die Weiterbildungsordnung aufgenommen und ist als Zusatzbezeichnung anerkannt. In Baden-Württemberg war das 2020 noch nicht umgesetzt. Der Antrag auf Aufnahme der Ernährungsmedizin in die Muster-WBO wurde von **baden-württembergischen Delegierten gestellt (Suder, Clever, Schulze)**.
Die Initiative ging von BDEM gemeinsam mit der DGEM aus.

Zu 1. 2018: Aufnahme der Ernährungsmedizin in die Muster-WBO (2020) der Bundesärztekammer

http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO-16112018.pdf



Zusatz-Weiterbildung Ernährungsmethodik



Zusatz-Weiterbildung Ernährungsmethodik

Definition	Die Zusatz-Weiterbildung Ernährungsmethodik umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung, Behandlung und Prävention ernährungsabhängiger Erkrankungen sowie von Erkrankungen, die durch angeborene oder erworbene Stoffwechselstörungen hervorgerufen sind.
Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO	<ul style="list-style-type: none">- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich- 100 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Ernährungsmethodik und zusätzlich- 120 Stunden Fallseminare unter Supervision Die Fallseminare können durch 6 Monate Weiterbildung unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden.

Zusätzlicher Stundenaufwand (120 Stunden mehr!):

Zuvor 80 Stunden Kurs-Weiterbildung
+ 20 Stunden Fallseminare = 100 Std.
Neue WBO: 220 Std.

+ 20

+ 100

Weiterbildungsinhalte der Zusatz-Weiterbildung

2. Zertifizierung in der Ernährungsmedizin

2.1. Zertifizierung Arztpraxen *Schwerpunktpraxis für* ● ● ●

- Zertifizierung seit 2005
- Arzt/Ernährungsmedizin + Ernährungsfachkraft = Ernährungsteam
- Bisher 86 Praxen bundesweit
- Schwerpunkt oftmals Adipositas therapie
- Zunehmende Akzeptanz bei Krankenkassen
- Regionale Vereinbarungen
- Therapie und Therapeuten nach Leitlinien
- Infos unter www.bdem.de
- Topmediziner Focus Ärzteliste Ernährungsmedizin seit Jahren



ERNÄHRUNGSMEDIZIN BDEM

BDEM =
Bundesverband
Deutscher
Ernährungsmediziner e.V.

Zertifizierungskosten:

Erstzertifizierung:
500 Euro inkl. MwSt

Jährliches Follow-Up:
250 Euro inkl. MwSt.

**N. Nothbaum, T. Kauth, B. Schilling-Maßmann,
K. Winckler, J.G. Wechsler**
Aufbau, Entwicklung und Zertifizierung von
Schwerpunktpraxen Ernährungsmedizin BDEM
Aktuell Ernährungsmed 2014; 39: 378–381

E-Learning-Block



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.

2.1. Zertifizierung von Arztpraxen

Schwerpunktpraxis für ● ● ●

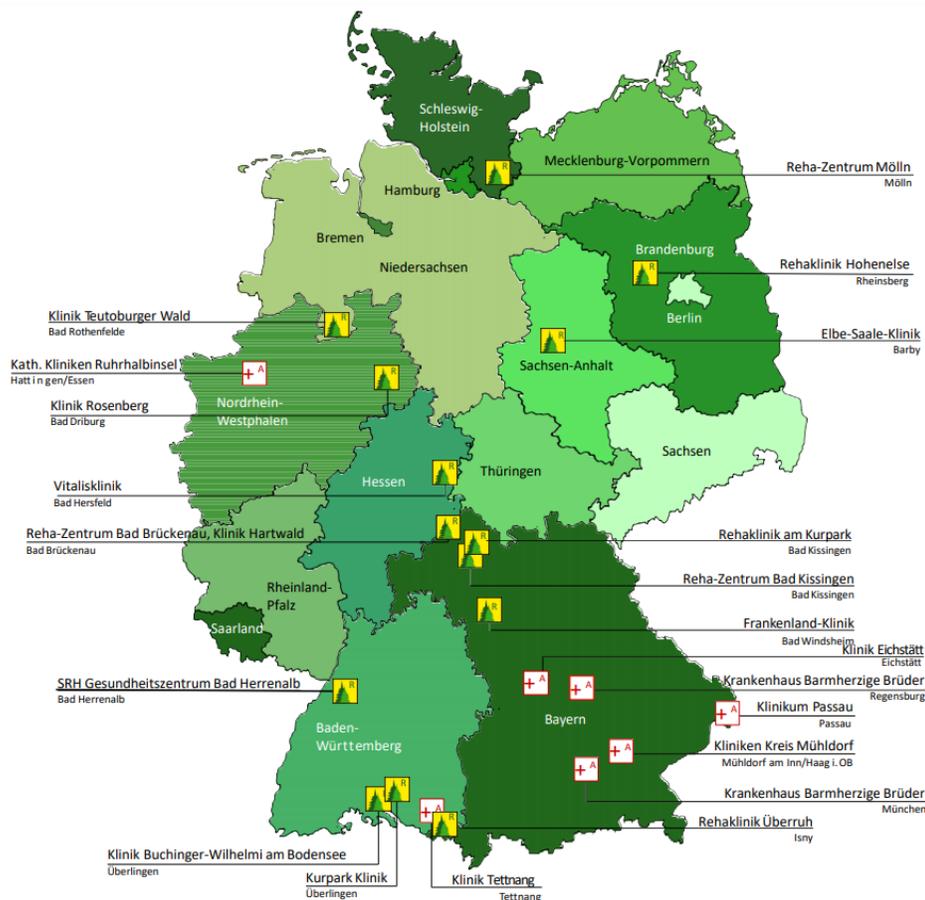
ERNÄHRUNGSMEDIZIN BDEM

Der SPEM-Kurzfragebogen leitet den Zertifizierungsprozess ein (Selbstauskunft)

	ja	nein
7. Behandlungsdokumentation erfolgt für folgende Parameter		
Gewicht/Größe/BMI	ja	
Bauchumfang/Taillenumfang	ja	
Hautfaltendickenmessung	ja	X
Bestimmung der Körperzusammensetzung	ja	
Ernährungsprotokoll	ja	
Andere Methoden	ja	
Unter Einsatz von folgender Software:	Freelip Nutriscience	
8. Mitwirkung in einem Qualitätszirkel Ernährungsmedizin oder Netzwerk Ernährungsmedizin		
Regional:		
Überregional:	X	
9. Regelmäßige Teilnahme des ernährungstherapeutischen Teams an ernährungsmedizinischen Fortbildungen		
Ernährungsmediziner	ja	
Ernährungsfachkraft	ja	
Weitere Mitglieder des Teams	Diabetesspezialisten ja	
10. Regelmäßige Teambesprechungen	ja	
Die Teambesprechungen finden regelmäßige alle Wochen statt	ja	
Die Teambesprechungen werden protokolliert	ja	

Wurden alle Fragen des Kurzfragebogens positiv beantwortet wird ein **12-seitiger ausführlicher Zertifizierungsantrag** zugeschickt. Hier müssen alle Qualifikationen durch Dokumente nachgewiesen werden. Dann entscheidet die **Zertifizierungskommission des BDEM.**

2.2. Zertifizierung von Kliniken



Modellprojekt klinische Ernährungsmedizin

Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e. V.



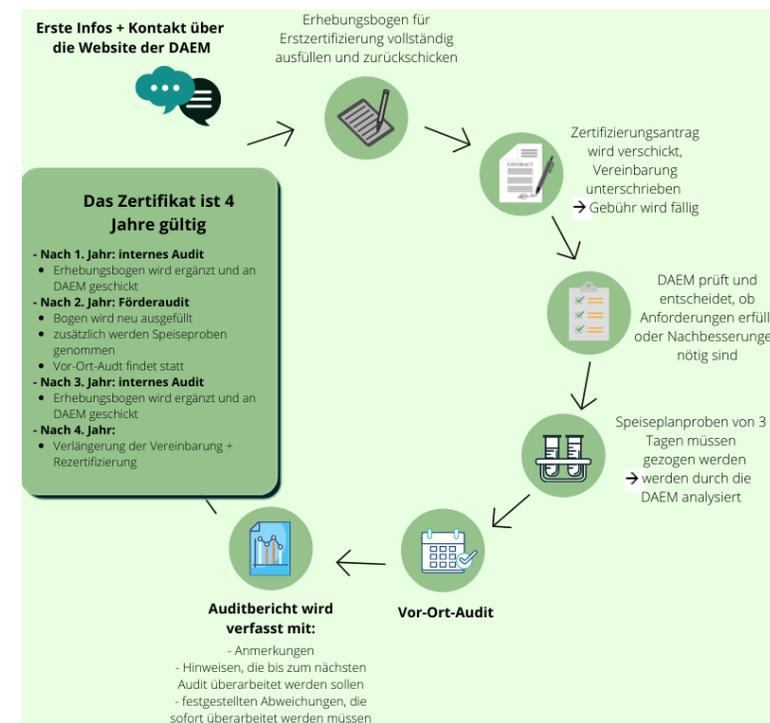
Übersichtskarte der beteiligten Kliniken

www.daem.de

Modellprojekt klinische Ernährungsmedizin

Zertifizierung von Kliniken für Ernährungsmedizin

- Lehrkliniken (20)
- Akutklinik (6)
- Rehaklinik (14)
- Klinikanwärter



2.2. Zertifizierung von Kliniken

Neue Zertifizierung von Kliniken ab 2022: Gemeinsam von DAEM, DGEM, BDEM

<https://www.qze.de>



Home

Fort- und Weiterbildung

Lehrkliniken



Ab 01.01.2022 bieten die Gesellschaften DAEM, DGEM und BDEM gemeinsam ein neues Qualitätszertifikat an. Das Qualitätszertifikat Ernährungsmedizin bietet einzelnen Klinikabteilungen die Möglichkeit, ihre ernährungsmedizinische Arbeit und Struktur überprüfen und zertifizieren zu lassen. Das Zertifikat bildet vor allem die Tätigkeit des Ernährungsteams und die spezialisierte ernährungsmedizinische Versorgung von Abteilungen in Akutkliniken ab und macht diese Expertise nach außen sichtbar.

Durch ihr Zertifizierungssystem möchten die DAEM, DGEM und BDEM die ernährungsmedizinische Betreuung von Patienten und Patientinnen in Kliniken verbessern und ihnen in jeder Phase ihrer Erkrankung eine Behandlung ermöglichen, die sich an hohen Qualitätsmaßstäben orientiert.

Nähere Informationen finden Sie auf www.qze.de.



Das Zertifikat in der Ernährungsmedizin

QZE steht für „Qualitätszertifikat Ernährungsmedizin“. Vergeben wird das Zertifikat durch die DAEM, DGEM und BDEM bei der Erfüllung besonderer Standards und Anforderungen im Bereich Ernährungsmedizin.

4. Die Laufzeit des Zertifikates beträgt 4 Jahre und die Kosten für die Zertifizierung betragen 2000 Euro (+Mehrwertsteuer) für 4 Jahre.



2.2. Zertifizierung von Kliniken

Neue Zertifizierung von Kliniken ab 2022: <https://www.qze.de>
Gemeinsam von DAEM, DGEM, BDEM

Was ist QZE und warum macht eine Zertifizierung Sinn?

Das Qualitätszertifikat Ernährungsmedizin bietet einzelnen Krankenhausabteilungen die Möglichkeit ihre ernährungsmedizinische Arbeit und Struktur überprüfen und zertifizieren zu lassen.

Das Zertifikat bildet vor allem die Tätigkeit des Ernährungsteams und die spezialisierte ernährungsmedizinische Versorgung von Abteilungen in Akutkliniken ab und macht diese Expertise nach außen sichtbar.

Durch ihr Zertifizierungssystem möchten DAEM (Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin), DGEM (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin) und BDEM (Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner) die ernährungsmedizinische Betreuung von Patientinnen und Patienten in Kliniken verbessern und ihnen in jeder Phase ihrer Erkrankung eine Behandlung ermöglichen, die sich an hohen Qualitätsmaßstäben orientiert.

Basis dieses Systems ist das QZE. Die zertifizierten Abteilungen müssen regelmäßig nachweisen, dass sie die fachlichen Anforderungen für die evidenzbasierte ernährungsmedizinische Behandlung erfüllen und zudem über ein etabliertes Qualitätsmanagementsystem verfügen.

Die Anforderungen sind in einem Erhebungsbogen zusammengefasst. Sie wurden in einer Kommission aus Delegierten von DAEM, DGEM und BDEM erarbeitet und werden regelmäßig aktualisiert.



QZE

Qualitätszertifikat Ernährungsmedizin
(DAEM/DGEM/BDEM)

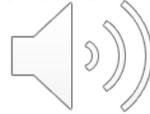
Erhebungsbogen

(Version vom 12.1.2022 – Rubin/Winckler/Bischoff)

2.3. Exkurs: Die ernährungsmedizinischen Gesellschaften in Deutschland

Um dem Mangel an ernährungsmedizinischen Kenntnissen durch ärztliche Fort- und Weiterbildung entgegenzuwirken, wurde 1983 aus dem Kreis der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung und Diätetik (heute: Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)) die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V. (DAEM) und 1999 der Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e.V. (BDEM) gegründet.

(Quelle: www.daem.de)



Detailinformationen:

- www.dgem.de (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin)
- www.daem.de (Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin)
- www.bdem.de (Bundesverband deutscher Ernährungsmediziner)

3. Definition und Erbringung ernährungsmedizinischer Leistungen

3.1. Die häufigsten Indikationen in der Ernährungsmedizin

- Adipositas, metabolisches Syndrom
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Allergien
- Laktose-, Fruktose-Intoleranz etc.
- Zöliakie
- Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
- Mangelernährung (konsumierende Erkrankungen, Geriatrie)



3.2. Diagnosen-Codierung in der Ernährungsmedizin

• ICD 10

- Zöliakie: K90.0
- Laktoseintoleranz: E73.9
- Mangelernährung: E40-46
- Adipositas: E66.ff
 - E66.02 Adipositas Grad 3 (BMI > 40; Chroniker)
 - E66.05 Extreme Adipositas 3-18 Jahre (Chroniker)
 - E66.09 Adipositas allgemein (kein Chroniker!!!)



3.2. Diagnosen-Codierung in der Ernährungsmedizin

Diagnose Adipositas im GKV-System

- Verschlüsselung nach ICD durch Hausärzte?
 - E66.00 und Folgende für Adipositas
 - E66.02 = Adipositas Grad 3 Häufigkeit?
- Wann werden Diagnosen verschlüsselt?
 - wenn eine gezielte Untersuchung und Behandlung stattfindet
 - Zur Abrechnung mit KV/Kassen
 - Wenn DMPs existieren (DMP=Disease Management Programm)
 - auf Druck von Krankenkassen und kassenärztlicher Vereinigung

• ...

3.2. Diagnosen-Codierung in der Ernährungsmedizin

Diagnose Adipositas im GKV-System – Verschlüsselung fernab der Versorgungsrealität (zu ungenau)

- BMI \geq 30 (E66.0, E66.01, E66.02)
 - Barmer GEK Arztreport 2012 (74 Mio. Beh. fälle) 8,3%
 - Mikrozensus DeStatis (2009) (stat. Bundesamt) 14,7%
 - Verzehrstudie II (2008) (15.000 Interviews, diet history) 20,7%
- BMI \geq 35 (E66.01, E66.02)
 - Barmer GEK Arztreport 2012 ?%
 - Mikrozensus DeStatis (2009) 3,4%
 - Verzehrstudie II (2008) 5,6%

Quellen:

<http://www.barmer-gek.de/barmer/web...../Arztreport-2012,property=Data.pdf> (74 Mio Fälle)

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheit.html>

<http://www.was-esse-ich.de> – (Verzehrstudie II)

3.3. Morbi-RSA – wo kommt das Geld für die Behandlung ernährungsmedizinischer Leistungen her?

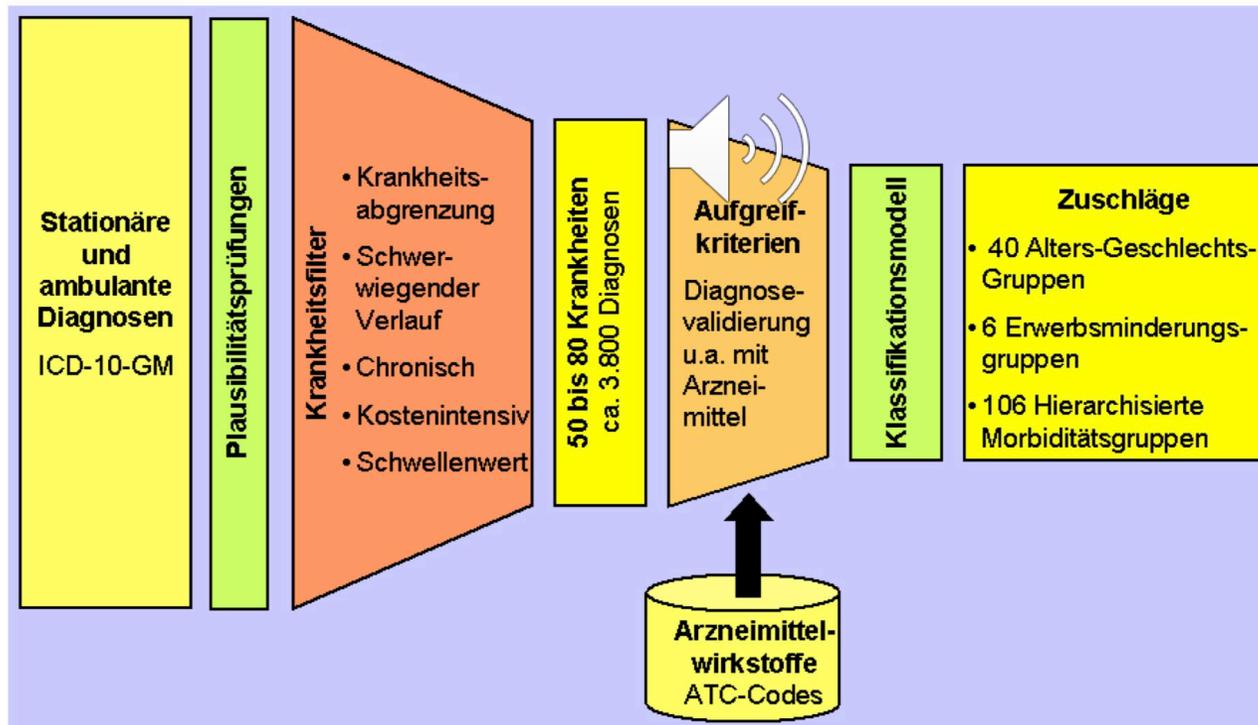
- Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
- §266 SGB V: *Die Krankenkassen erhalten als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (§ 271) zur Deckung ihrer Ausgaben eine Grundpauschale, alters-, geschlechts- und **risikoadjustierte Zu- und Abschläge** zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen...*
- 80 gelistete chronische Krankheiten die mit hohen Kosten verbunden sind
- Zum Ausgleich der mit diesen Krankheiten verbundenen Folgekosten, nicht von aktuellen Behandlungskosten
- Seit 2013 NEU: Adipositas ab BMI 35 (E66.01/02)
- Erwartete Mehrkosten: 634,- / Jahr pro Fall



3.3. Morbi-RSA – wo kommt das Geld für die Behandlung ernährungsmedizinischer Leistungen her?

Bundesversicherungsamt: so funktioniert der neue RSA – ICD-abhängig

Abbildung 4 gibt einen Überblick über den neuen Risikostrukturausgleich „von der Diagnose bis zum Zuschlag“.



3.3. Morbi-RSA – wo kommt das Geld für die Abrechnung ernährungsmedizinischer Leistungen her?

Höhe der Zuweisung durch Morbi-RSA ?

Adipositas mit Komorbidität:

Adipositas Grad 2 (E66.01)

634,-

Diabetes Typ 2 (E11.0 bis E11.9)

543,-

Arterielle Hypertonie

250,-

Depression

1258,-

Schlafapnoe

716,-

Welche Therapie wird bezahlt?

??

3.3. Morbi-RSA – Zuschlag bei Adipositas bei bestimmten ICD

22) Adipositas (mit Krankheitsbezug)

ICD Bezeichnung

E66.01 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40

E66.02 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr

E66.11 Arzneimittelinduzierte Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40

E66.12 Arzneimittelinduzierte Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr

E66.21 Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40

E66.22 Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr

E66.81 Sonstige Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40

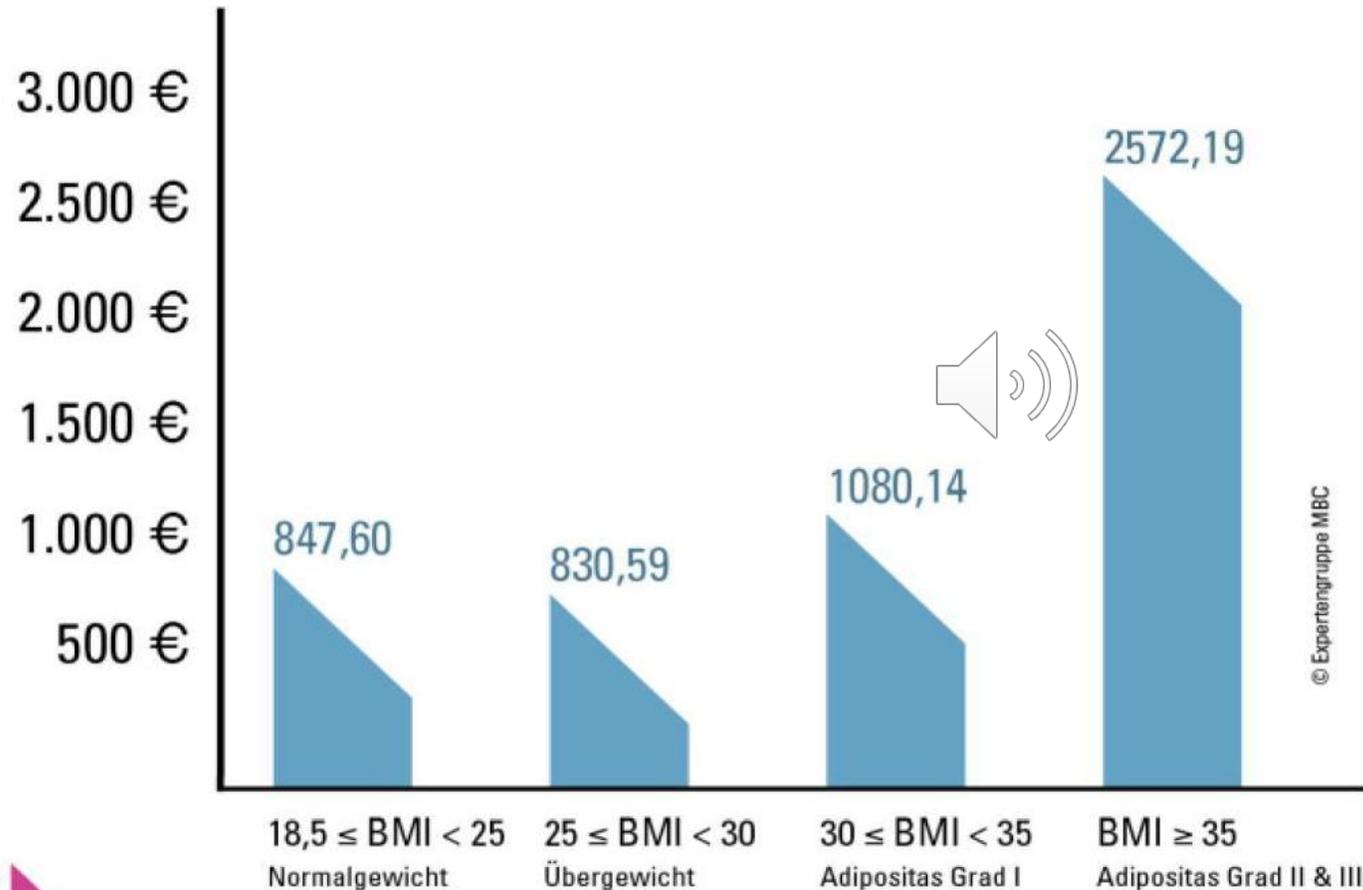
E66.82 Sonstige Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr

E66.91 Adipositas, nicht näher bezeichnet: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40

E66.92 Adipositas, nicht näher bezeichnet: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr

Der richtige ICD-Schlüssel sorgt für zusätzliches Geld für die Behandlung

3.3. Morbi-RSA : Direkte Krankheitskosten nach Gewichtsklassen (BMI)



Eigene Darstellung nach Lengerke T. von, Reitmeir P., John J., 2006

3.4. Ernährungsmedizin – Ernährungstherapie –wer macht was?

- Arzt mit Zusatz-WB Ernährungsmedizin
 - Diagnostik, Indikation, Therapieziele, Kontrolle
- Ernährungsfachkraft (Diätassistentin, Ökotrophologin)
 - (Diagnostik), Ernährungstherapie, Therapieziele
- Weitere Professionen 
 - Psych-Fächler, Bewegungstherapeuten, Sozialarbeiter...
- Ernährungsmedizin ist → Teamarbeit
- Arbeitsteilung bedeutet auch Arbeitsentlastung

Schwerpunktpraxis für 

ERNÄHRUNGSMEDIZIN BDEM

3.4. Ernährungsmedizin – Ernährungstherapie –wer macht was?

Aufgabengebiete in der ernährungsbezogenen Therapie in enger gegenseitiger Abstimmung

Arzt/Ärztin

- Ernährungsmedizin WBO
- Ärztliche Diagnostik und medizinische Diagnose gemäß Leitlinien
- Ernährungsmedizinische Therapie
- Indikationsstellung für Ernährungstherapie und deren Verordnung
- Ggf. Veranlassung weiterer Therapien (z.B. Psychologie, Chirurgie, Physiotherapie)
- Festlegung von ärztlichen Therapiezielen
- Medikation
- Ärztliche Beratung zu Erkrankung, Behandlungsmethoden
- Verlaufsbeurteilung
- Therapiekontrolle, ggf. Anpassung der medizinischen Behandlung

Ernährungsfachkraft

- Durchführung der Ernährungstherapie gemäß G-NCP (prozessgeleitetes Handeln)
- Ernährungsassessment
- Ernährungsdiagnose mittels PESR-Statement
- Planung der Ernährungs - intervention
- Durchführung der Ernährungsintervention
- Monitoring und Evaluation
- Dokumentation und regelmäßige Information bzw. Abstimmung mit dem Verordnenden, ggf. Anpassung der Ernährungsintervention



Quelle:

AG EMET
(Ernährungsmedizin/
Ernährungstherapie)

Arbeitsgemeinschaft von
Ernährungsmedizinern
und
Ernährungsfachkräften

2019 ff

Auf dem Weg zu einem
Konsens über die
Aufgabenverteilung in
der Behandlung
ernährungsabhängiger
Erkrankungen.

4. Abrechnung im ambulanten Bereich

- Alles Selbstzahler??
- Indikation = medizinisch notwendig
- Keine Finanzierung im EBM
(einheitlicher Bewertungsmaßstab; gesetzliche Krankenkassen)
- Abrechnung über GOÄ
(Gebührenordnung für Ärzte, Privatversicherte, Selbstzahler)
- Delegation von Leistungen
- Kostenerstattung bei medizinischer Indikation

4.1. Abrechnung im ambulanten Bereich: GOÄ (teilw. delegierbar)

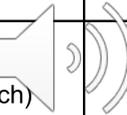
Beratungsleistungen						
GOÄ-ZIFFER	Leistung	1-facher Satz	2,3-facher Satz	3,5-facher Satz	Delegierbar ⁱ	Bemerkung (gekürzter Text!ii)
A33 (A=analog)	Erstberatung	17,49	40,22	61,22 (Dauer 60 min)	Ja	Strukturierte Schulung einer Einzelperson Dauer mind. 20 min Innerhalb von einem Jahr max. 3 x
34	Erstberatung	17,49	40,22	61,22 (Dauer 60 min)	Nein, Arztleistung	Dauer mind. 20 min- lebensverändernde Erkrankung Innerhalb von 6 Monaten max. 2 x
3	Folgeberatung	8,74	20,11	30,59	Nein, Arztleistung	Dauer mind. 10 min nur 1 x pro Monat abzurechnen
846	Folgeberatung	8,74	20,11	30,59 (Dauer 30 Min)	Ja	Übende Verfahren, Einzelbehandlung, Dauer mind. 20 Minuten
76	Schriftlicher Diätplan	4,08	9,38	14,28	ja	
20	Gruppenberatung ⁱⁱⁱ	6,99	16,09	24,48	ja	4 – 12 Teilnehmer, Dauer mind. 50 min zur Behandlung chron. Krankheiten
A30	Erstberatung (PKV ^{iv})	52,46	120,66	183,61	Nein, Arztleistung	Analogziffer zur homöopathischen Erstanamnese. Mind. 60 min. mit standardisiertem Fragebogen
A31	Folgeberatung (PKV)	26,23	60,33	91,80	Nein, Arztleistung	Analogziffer zur homöopathischen Folgeanamnese. Mind. 20 min. Mit Diätplan. Max. 3x pro Halbjahr

GOÄ=
Gebührenordnung
von Ärzten
(Privatzahler)

Erläuterungen:

- ⁱ Delegierbar= die ärztliche Leistung wird an entsprechend qualifizierte Mitarbeiter (idR Diätassistenten, Oecotrophologen mit Zertifikat) übertragen,
ⁱⁱ aus Platzgründen wird hier nur ein gekürzter GOÄ-Text abgedruckt, vollständig nachlesbar z.B: <http://www.e-bis.de/>
ⁱⁱⁱ zusätzlich Materialkostenberechnung für z.B. Teilnehmermanuale
^{iv} PKV = Private Krankenversicherung

4.1. Abrechnung im ambulanten Bereich: GOÄ (teilw. delegierbar)

Technische Leistungen						
GOÄ-ZIFFER	Leistung	1-facher Satz	2,3-facher Satz	3,5-facher Satz		Bemerkung (gekürzter Text!)
857	Auswertung Fragebogen	6,76	12,17	16,90		Anwendung/Auswertung orientierender Testuntersuchungen
A 651	BIA ⁱ -Messung	14,75	33,92	----		EKG
665	Körpermonitoring über 30 min z.B. Sensewear	7,05	12,69 (1,8fach)	----		Grundumsatzbestimmung
A659	Körpermonitoring ≥ 24 Stunden z.B. Sensewear	23,31	41,95 (1,8fach)	58,29 (2,5fach)		Körperphysiologische Langzeituntersuchung über mind. 18 Stunden mit Registrierung mehrerer funktioneller Parameter

ⁱ BIA = Bioelektrische Impedanzanalyse



Welche Ergebnisse erhalte ich vom SenseWear?

- Individueller Energieumsatz / Kalorienverbrauch
- Gesamt- und Grund-Energierversbrauch
- Dauer und Kalorienverbrauch in Bewegung
- Grad der körperlichen Aktivität
- Schrittzahl
- Ruhe-, Schlaf- und Wachzeiten

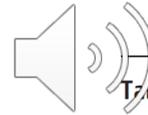
Quelle: Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner – BDEM e.V.
Für BDEM-Mitglieder online abrufbar, www.bdem.de

4.2. Abrechnung ambulant aus Sicht der Diätassistentin



Tab. 1 Berechnungsbeispiel.

Beispiel für einen Kostenvoranschlag und Kostenbeteiligungen durch Krankenkassen
Indikation: Kombinierte Fettstoffwechselstörung, gestörte Glukosetoleranz
Angebot Diätassistentin: Erstgespräch 60 min 60€, 4 Folgegespräche à 30 min zu je 35 € Gesamt 200€
Zuschuss Krankenkasse A : 80% = 160€ Eigenanteil Patient 40€
Zuschuss Krankenkasse B : 63,5% = 127€ Eigenanteil Patient 73€



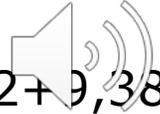
Tab. 2 Indikationen für Ernährungsberatung in Anlehnung an die Rahmempfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände, Anlage 1 [11].

Adipositas
Untergewicht, Fehl- und Mangelernährung
Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, Hyperurikämie, Hyper-/Dyslipidämien)
Erkrankungen der Verdauungsorgane
Krebserkrankungen
Osteoporose
Allergien
Hauterkrankungen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen
Nierenerkrankungen und Dialyse

(I. Flöhrmann, S. Ohlrich, *Aktuel Ernährungsmed* 2014; 39: 373-377)

4.3. Abrechnung ambulant durch angestellte Diätassistentin/Ökotrophologin in einer Arztpraxis (nach GOÄ/IGEL= individuelle Gesundheitsleistung)

- medizinische Notwendigkeit ärztlich bescheinigt (Diagnose, BMI etc.)
- Beantragung der Kostenerstattung durch den Patienten bei der Krankenkasse
- Ggf. Direktabrechnung mit der Krankenkasse (Abtretungserklärung)
- **Berechnung der Beratungsleistungen als GOÄ-Rechnung an den Patienten:**

- Erstberatung mit Diätplan (A33+76 = 61,22+9,38)  70,60 €
- 4 Folgeberatungen mit Diätplan (4x846+4x76(1fach)) 138,68 €
- **Gesamtbetrag** **209,28 €**
- **Erstattungssätze für Ernährungsberatungen** durch Diätassistentinnen / Öcotrophologen bei GKV-Patienten (nach § 43 des SGB V als sogenannte ‚Kann-Leistung‘): Erstberatung ca. 35-40 €, Folgeberatung ca. 23-30 €. Einige Kassen erstatten höhere Kostenanteile bis zu 100%, große Unterschiede auch regional.

Quelle: Bundesverband deutscher Ernährungsmediziner (BDEM)

4.4. Arbeitsaufwand und Umsatz in einer Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin BDEM pro Jahr (Beispiel)

	Teilnehmer	Zeit in Std.	Stunden	Erstattung
Erstberatungen	239	1,25	299	Ja, 80-100%
Folgeberatungen	880	0,5	440	Ja, 80-100%
BIA	252	0,1	25	
Gesamt			764	

Resultierender Umsatz durch Ernährungsberatung nach Kostenerstattung §43 SGBV
ca. 50.000 Euro / 65,- pro Stunde

Quelle: Bundesverband deutscher Ernährungsmediziner (BDEM)

4.5. Ärztliche Leistungen in der Ernährungsmedizin in einer Praxis (Vertragsarztrecht)

- Beratung von GKV-Patienten als Privatleistung!
- Cave: Kollision mit Vertragsarztrecht

Ärztliche Leistungen in **Gruppenprogrammen §43 SGBV**

- M.O.B.I.L.I.S: Arzthonorar nach GOÄ
- DOC WEIGHT: dito, Honorar für Gespräche
- Obeldicks, FITOC, Mobydick... f. Kinder/Jugendliche
- B.M.I.-Zirkel: GOÄ Ziffer 20
- IV-Verträge → KINDERLEICHT
- 2021/2022 Entwicklung eines DMP Adipositas

Quelle: Bundesverband deutscher Ernährungsmediziner (BDEM)

4.5. Ärztliche Leistungen in der Ernährungsmedizin in einer Praxis

Ambulante Gruppentherapieprogramme zur Behandlung der Adipositas im Kindes – und Jugendalter nach § 43 SGB V (Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation)

Name	Interdisziplinäre Betreuung	Möglichkeit Übernahme d. Krankenkasse	Bemerkung
FITOC	Ja (6-8, 8-11,12-15 Jahre)	ja	www.fitoc.de (seit 1990)
Moby Dick	Ja (alle Altersgruppen)	ja	www.mobydickhamburg.de
Obeldicks/ Obeldicks light	Ja (alle Altersgruppen)	Ja	www.obeldicks.de
KOPS Kieler Adipositas Präventionsstudie	Ja	nein	www.nutrfoodsc.uni-kiel.de/forschung.htm Schul-/Familienintervention
Powerkids- Koffer (AOK)	nein	ja	Nicht für adipöse Kinder www.powerkids.de

4.6. Ärztliche Leistungen in der Ernährungsmedizin in einer Praxis Integrierte Versorgung von adipösen Kindern und Jugendlichen § 140 SGBV

Integrierte Versorgung

KINDER-LEICHT –
(k)ein Problem mit dem Gewicht



Landesverband der
Betriebskrankenkassen
Baden-Württemberg



Integrierte Versorgung von adipösen Kindern und Jugendlichen in der Vertragsarztpraxis in Baden-Württemberg § 140 SGBV (2005/ überarbeitet 2013)



Waldburg-Zeil
Kliniken

Fachkliniken Wangen

§ 2

Gegenstand

§ 1

Ziele und Grundlagen des Vertrages

- (1) Ziel des Vertrages ist die interdisziplinär-fachübergreifende und sektorenübergreifende Behandlung von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten sowie stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Darüber hinaus wird die integrierte Behandlung ergänzt durch Sport- und Bewegungsprogramme, Ernährungsberatungen und ambulante Patientenschulungsmaßnahmen. Dabei werden die medizinischen

- (1) Die Vertragsparteien vereinbaren folgendes Leistungsspektrum für die Integrierte Versorgungsleistung:

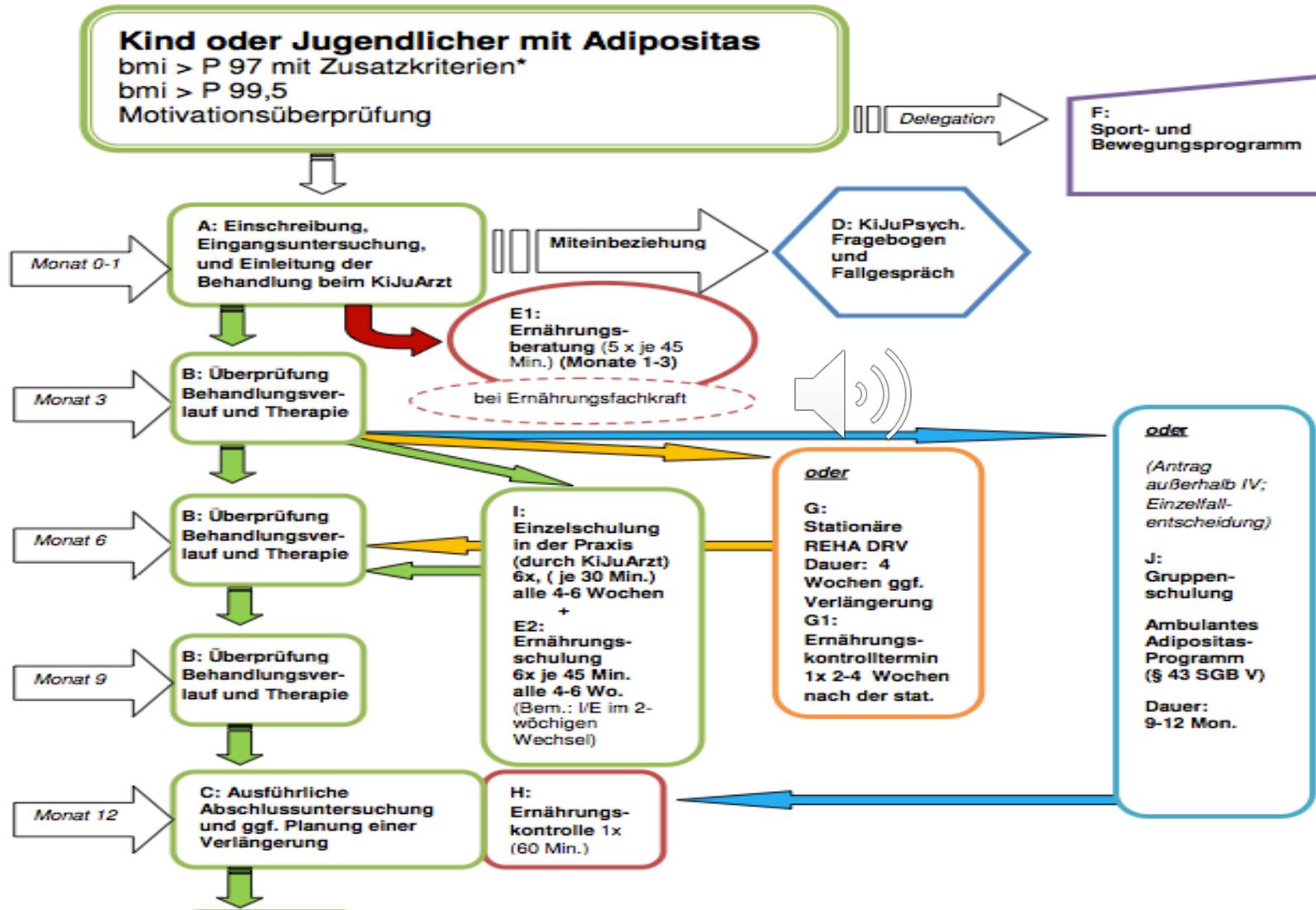
Behandlung von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

- (2) Die Integrierte Versorgungsleistung erstreckt sich über einen Zeitraum von einem Jahr. Dieser Zeitraum beginnt mit dem Tag der Einschreibung beim Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und endet zwölf Monate danach mit der ärztlichen Abschlussuntersuchung durch den Facharzt für Kinder und Jugendmedizin. Die Integrierte Versorgung setzt sich aus einer Kombination der folgenden Bausteine zusammen.



4.6. Integrierte Versorgung von adipösen Kindern und Jugendlichen § 140 SGBV

Erstes Jahr



Case Manager
Kinder- und
Jugendärztin in
der Praxis

Konsultation
Kinder- und Jugend-
Psychiatrie

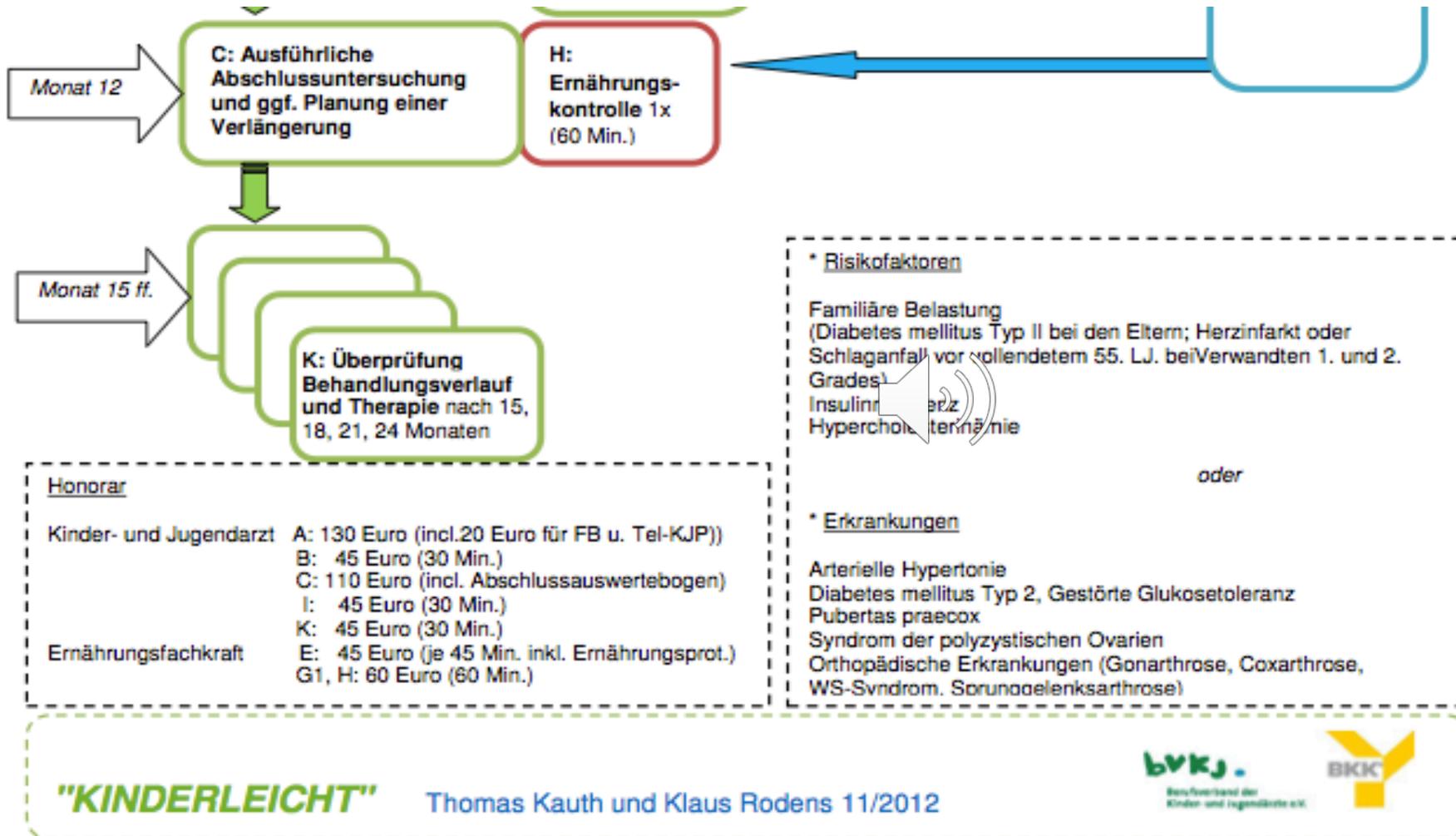
Qualifizierte
Ernährungs-
beratung

Stationäre Reha

Gruppen-
Schulung

Bewegungs-
förderung im Alltag

4.6. Integrierte Versorgung von adipösen Kindern und Jugendlichen § 140 SGBV

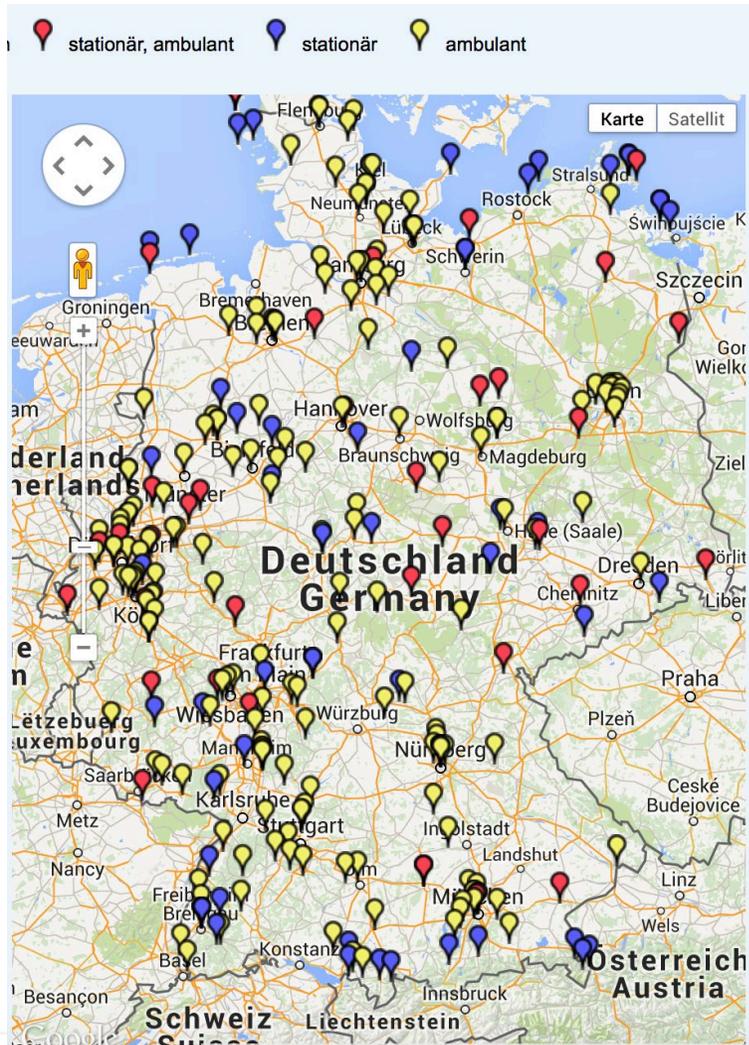


zweites Jahr

gekündigt durch die VAG der BKKs in Baden-Württemberg, 6/2015 (zu wenig Teilnehmer)

Wiederaufnahme durch Verhandlungen mit DRV in 2019 ff (Flexi-Renten-Gesetz) **ambulante Reha analog möglich???**

4.7. Therapieeinrichtungen in D zur Behandlung von Adipositas im Kindesalter



Therapieeinrichtungen Adipositas im Kindes- u. Jugendalter

Erfassung über die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA)

(nach AGA 2014)

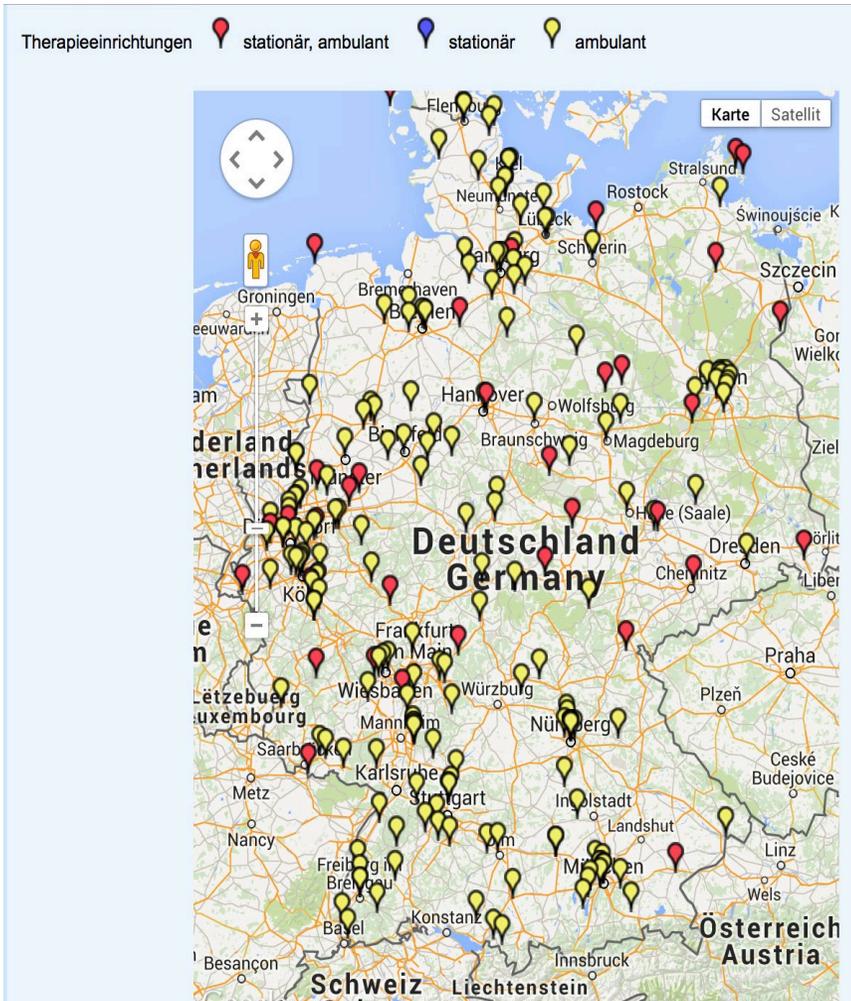
<http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de>



274 insgesamt, 220 ambulant davon

10 Kinder- und Jugendarztpraxen

4.7. Adipositastrainer in D zur Behandlung von Adipositas im Kindesalter



(nach AGA 2014)

<http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de>

174 insgesamt

5 In Kinder- und Jugendarztpraxen

2. Zertifizierung zum Adipositas-Trainer für Kinder und Jugendliche*



Die Schulung von übergewichtigen/adipösen Kindern, Jugendlichen und deren Eltern soll von einem interdisziplinären Team, das die Bereiche Medizin, Psychosoziales, körperliche Aktivität und Ernährung abdeckt, mit dafür ausgebildeten Fachkräften mit ausreichender praktischer Erfahrung durchgeführt werden.

Die Adipositas-Trainerin für Kinder und Jugendliche soll in einer Adipositas-Schulung den Bereich schulen, der in den eigenen Berufsbereich gehört. Daher wird das Trainerinnen-Zertifikat mit der Bereichsbezeichnung versehen.

Angehörige der im Folgenden aufgeführten **Berufsgruppen** können ein

Trainerzertifikat beantragen, sofern sie **Mitglied der AGA** sind:

5. Abbildung ernährungsmedizinischer Diagnosen / Prozeduren (G-DRG) in der Klinik (Beispiel der Mangelernährung)

Kosten der Mangelernährung in Europa



<https://www.g-drg.de>

POLSPEN, ESPEN; ENHA, and Polish Ministry of Health
Declaration 2011 (during Polish EU Presidency)



German
Diagnosis
Related
Groups

Fallpauschalen
Höhe des Entgeltes für die
Behandlung in der Klinik

... disease-related malnutrition is a critical public health concern in Europe, affecting around 20 million citizens and costing EU governments up to 120 billion Euros every year.

http://www.european-nutrition.org/index.php/news_post/fight_against_malnutrition_declaration

5. G-DRG-System: Mangelernährung in der Klinik

ICD-10-GM 2014

- E 43 Nicht näher bezeichnete erheblich Energie- und Eiweißmangelernährung
 - E 44.0 Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung
 - E 44.1 Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung
 - E 46 Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung
-
- E 64.0 Folgen der Energie- und Eiweißmangelernährung
 - R 63.0 Anorexie
 - R 63.4 Abnorme Gewichtsabnahme
 - R 64 Kachexie



Die **ICD -10- GM** ist eine Adaption der **ICD -10- WHO** , der vom BfArM ins Deutsche übertragenen "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" der Weltgesundheitsorganisation WHO (die Ziffer **10** bezeichnet die **10.** Revision der Klassifikation, **GM bedeutet** "German Modification").

5. G-DRG-System: Mangelernährung in der Klinik

Mangelernährung: Klinikverweildauer

Table 2 Malnutrition is associated with an increased length of hospital stay.

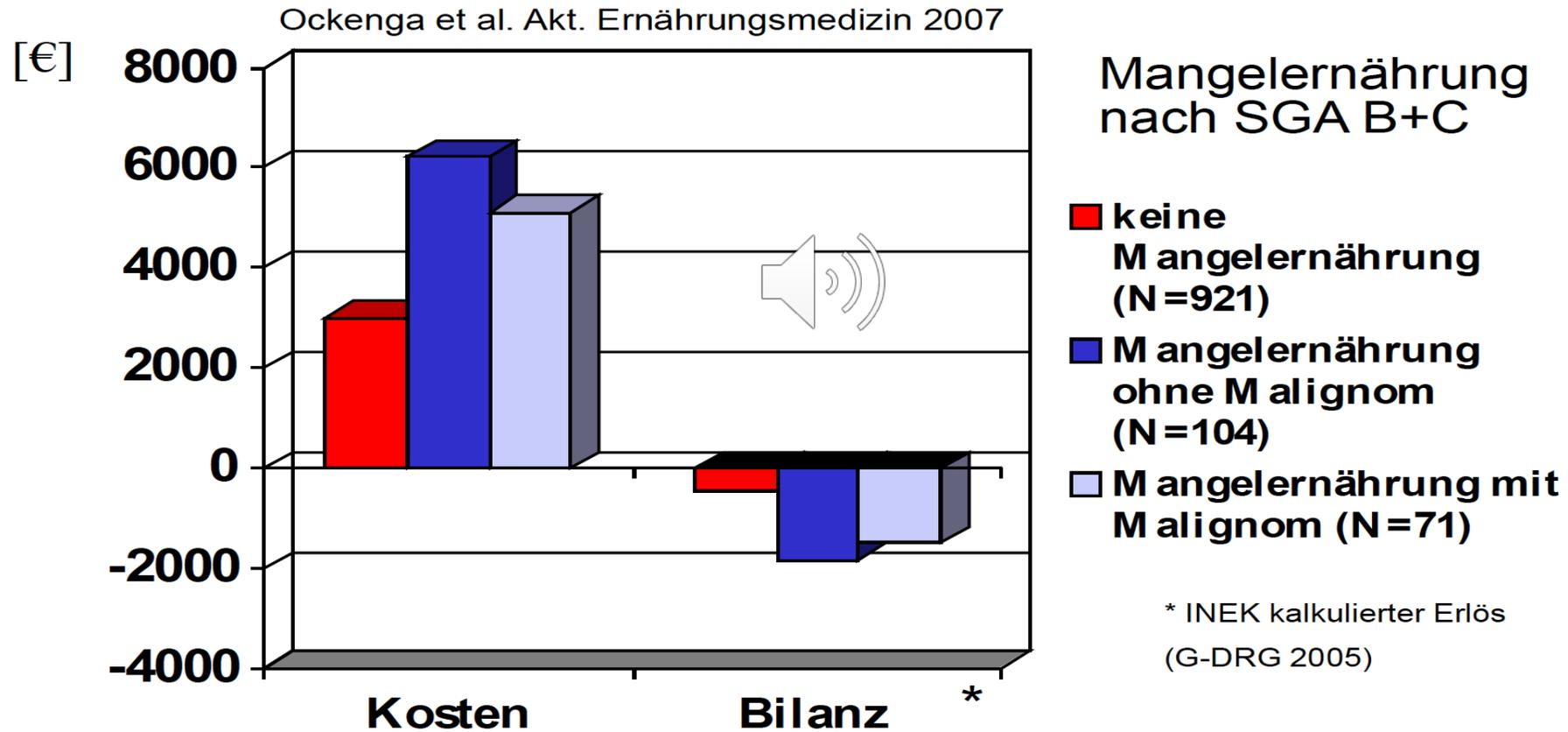
Studies	n	Discipline	Length of hospital stay (days)		p-value
			No malnutrition	Malnutrition	
Weinsier et al. (USA 1979) ¹³⁹	134	General medicine	12	20	p < 0.01
Robinson et al. (USA 1987) ¹¹³	100	General medicine	9.2	15.6	p < 0.01
Cederholm et al. (Sweden 1995) ¹³²	205	Geriatrics	18	43	p < 0.01
Naber et al. (NL 1997) ⁸⁶	155	Internal medicine	12.6	20	p < 0.01
Edington et al. (UK 2000) ¹³⁸	850	Multidisciplinary	5.7	8.9	p < 0.01
Correia and Campos (ELAN* 2003) ²	9348	Multidisciplinary	10.1	16.7	p < 0.01
Kyle et al. (Switzerland 2004) ¹⁰⁰	652	Multidisciplinary	5.1	10.2** / 25.8***	p < 0.001
Pirlich et al. (Germany 2006) ¹	1886	Multidisciplinary	11	15** / 17***	p < 0.001
Weighted mean			9.7	17.2	

Gewichteter
Mittelwert:
9.7 vs. 17.2

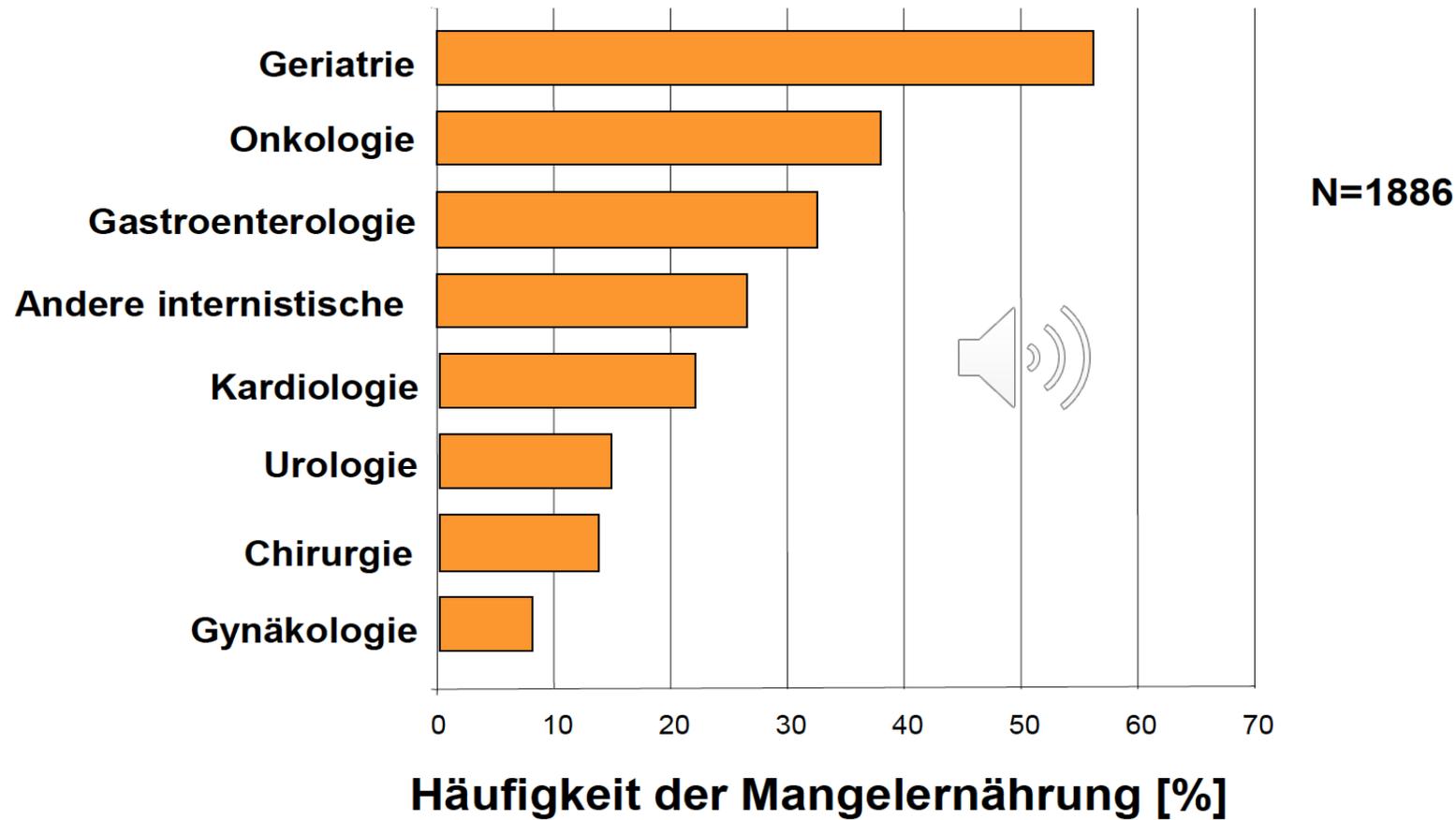
Norman et al Clin Nutr 2008; 27

5. G-DRG-System: Mangelernährung in der Klinik

Behandlungskosten und Kostendeckung



5. G-DRG-System: Häufigkeit der Mangelernährung in der Klinik



Pirlich et al. Clin Nutr 2006

6. Erfassung und Kodierung von ernährungsmedizinischen Diagnosen/Prozeduren in der patientenbezogenen Dokumentation

Mangelernährung an den Kliniken in Deutschland

Ca. 16 Millionen
DRG-Fälle 2010
davon nur
0.1 % mit
Mangelernährung

ICD-10 Diagnosen Mangelernährung	J 2010 Anzahl Fälle
Summe	17.553
R63.3 Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung	7.165
R64 Kachexie	2.973
E53.8 Mangel an sonstigen näher bezeichneten Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes	2.336
E41 Alimentärer Marasmus	1.768
E46 Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung	1.113
E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung	662
E44.0 Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung	510
E45 Entwicklungsverzögerung durch Energie- und Eiweißmangelernährung	337
E44.1 Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung	192
E58 Alimentärer Kalziummangel	168
E63.1 Alimentärer Mangelzustand infolge unausgewogener Zusammensetzung der Nahrung	139
E44 Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades	82
E42 Kwashiorkor-Marasmus	36
E56.1 Vitamin-K-Mangel	21
E40 Kwashiorkor	18
E64.8 Folgen sonstiger alimentärer Mangelzustände	9
E64.0 Folgen der Energie- und Eiweißmangelernährung	9
E61.8 Mangel an sonstigen näher bezeichneten Spurenelementen	6
E61 Mangel an sonstigen Spurenelementen	6
E63 Sonstige alimentäre Mangelzustände	3

6. Erfassung und Kodierung von ernährungsmedizinischen Diagnosen/Prozeduren in der patientenbezogenen Dokumentation

Aktuel Ernährungsmed 2013; 38(01): 18-23
DOI: 10.1055/s-0032-1327418



Originalarbeit

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

Erfassung krankheitsbedingter Mangelernährung und Abbildung der Nebendiagnose Mangelernährung im DRG-System[*]

Ernährungsmanagement am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Survey of Disease-Related Malnutrition and DRG-Based Reimbursement

Nutritional Management at the Johann Wolfgang Goethe-University Hospital Frankfurt Main

S. Marienfeld¹, J. Wojzischke¹, S. Zeuzem², J. Bojunga²

Aktuel Ernährungsmed 2013; 38(01): 24-29
DOI: 10.1055/s-0032-1332861

Originalarbeit

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

Mangelernährung im G-DRG-System: Effekt eines strukturierten Ernährungsmanagements auf Behandlungsqualität, Kosten und DRG-Erlöse

Malnutrition in the G-DRG-System – Effects of a Structured Nutritional Management on Codification and Revenues

T. Reinbold¹, I. Broß², B. Lenfers¹



Die richtige ICD-Codierung und Darstellung der ernährungsmedizinischen Prozeduren an den Kliniken lohnt sich!

6. Erfassung und Kodierung von ernährungsmedizinischen Diagnosen/Prozeduren in der patientenbezogenen Dokumentation

Die richtige und vollständige ICD-Codierung und Darstellung der ernährungsmedizinischen Prozeduren an den Kliniken lohnt sich!

Tab.2 Richtige Codierung als Qualitätskriterium (HD: Hauptdiagnose, ND: Nebendiagnose).

Codierung ohne Energie- und Eiweißmangelernährung	Codierung mit Energie- und Eiweißmangelernährung
HD K83.1	HD K83.1
ND K83.0	ND K83.0
ND Z94.4	ND Z94.4 ND E43
Erlösberechnung:	Erlösberechnung:
3581 Euro	5949 Euro (+ 2368 Euro)
Fallbeispiel 2: 53-jährige Patientin, Zustand nach Lebertransplantation, stationäre Behandlung bei Cholangitis und Gallengangverschluss, Nutritional Risk Screening 4 Punkte, Body-Mass-Index 14 kg/m ² , Ernährungsberatung zur Gewichtszunahme, Trinknahrungsberatung	

7. Ernährungsmedizin im Krankenhaus: leistungsgerechte Abbildung ernährungsmedizinischer Prozeduren

Zu dokumentierende Befunde und Vorgehensweise im Rahmen der DRG-Abbildung von Mangelernährung:

- Messung Körpergröße und Gewicht (Darstellung Verlauf)
- Ermittlung des BMI
- Ernährungsscreening (NRS-2002; NRS=nutritional risk screening)
- Ernährungsanamnese/Tellerdiagramm, Bedarfsermittlung
- ggf. erniedrigtes Serumalbumin
- ggf. Bestimmung Körperzusammensetzung (z. B. BIA-Messung)
- Ärztliche Anordnung und Umsetzung von ernährungstherapeutischen Maßnahmen wie z. B. hochkalorische, eiweißreiche Kost, Powershakes oder Trinksupplemente, enterale oder parenterale künstliche Ernährung.

Aus: Aktuel Ernährungsmed 2014; 39(06): 382-391 DOI: 10.1055/s-0034-1387442
Ernährungsmedizinische Aspekte im G-DRG-System – die deutsche Situation
J. Ockenga

7. Ernährungsmedizin im Krankenhaus: leistungsgerechte Abbildung ernährungsmedizinischer Prozeduren

OPS	Bezeichnung
8-831	Legen, Wechsel und Entfernen eines ZVK
5-399.5	Implantation von venösen Katheterverweilsystemen
5-431.2	Anlage PEG
5-450.3	Anlage PEJ
8-015	enterale Ernährung als medizinische Hauptbehandlung
– 8-015.0	über eine Sonde
– 8-015.1	über ein Stoma
– 8-015.2	therapeutische Hyperalimentation
– 8-015.x	sonstige
8-016	parenterale Ernährung als medizinische Hauptbehandlung
8-017	enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung Hinw.: Bei intensivmedizinisch behandelten Patienten ist ein Code aus diesem Bereich nicht anzugeben. Die Erstellung des Behandlungsplans ist im Code enthalten. Die enterale Ernährung erfolgt über eine Sonde bzw. ein Stoma.
– 8-017.0	mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
– 8-017.1	mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
– 8-017.2	mindestens 21 Behandlungstage
8-018	komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung Hinw.: Bei intensivmedizinisch behandelten Patienten ist ein Code aus diesem Bereich nicht anzugeben. Eine komplette parenterale Ernährung enthält die Makronährstoffe Glukose, Fette und Aminosäuren und die Mikronährstoffe fett- und wasserlösliche Vitamine und Spurenelemente. Die Erstellung des Behandlungsplans ist im Code enthalten. Die parenterale Ernährung erfolgt zentralvenös.
– 8-018.0	mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
– 8-018.1	mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
– 8-018.2	mindestens 21 Behandlungstage
8-123	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters
– 8-123.0	Wechsel
– 8-123.1	Entfernung
– 8-123.x	sonstige
– 8-123.y	N.n.bez.

Tab. 1 Auswahl von Prozeduren und deren OPS-Codes, die im Rahmen der Ernährungsmedizin relevant sein können (Stand: 8/2014).

OPS=

Operationen-
und
Prozeduren-
Schlüssel

stationärer
Bereich

ambulante OPs

Aus: Aktual Ernährungsmed 2014; 39(06): 382-391 DOI: 10.1055/s-0034-1387442 **Ernährungsmedizinische Aspekte im G-DRG-System – die deutsche Situation** J. Ockenga

8. Prävention in der Ernährungsmedizin (§20 und § 43 SGBV)

§ 20a

Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

- (1) Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Die Krankenkassen fördern unbeschadet der Aufgaben anderer auf der **Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen.** Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 2 sollen die Krankenkassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen.
- Das Bundesgesetzblatt im Internet: www.bundesgesetzblatt.de | Ein Service des Bundesanzeiger Verlag www.bundesanzeiger-verlag.de
- 1370 Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2015

8. Prävention in der Ernährungsmedizin (§20 und § 43 SGBV)

§ 43 SGBV: Patientenschulung und Ernährungsberatung

§ 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Die Krankenkasse kann neben den Leistungen, die nach § 44 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 sowie nach §§ 53 und 54 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.

8. Prävention in der Ernährungsmedizin: Therapeutische Angebote reichen nicht aus, daher muss die Prävention gestärkt werden



Deutsches Ärzteblatt 10. Feb. 2006 Übergewichtige Kinder – Begrenzter Interventionserfolg

Weniger als 1 % der betroffenen Kinder und Jugendlichen werden nach den Leitlinien behandelt.

Die Therapie funktioniert in der Praxis schlecht, ist aufwändig und teuer!

Die Prävention muss verbessert werden!

8. Prävention in der Ernährungsmedizin: Therapeutische Angebote reichen nicht aus, daher muss die Prävention gestärkt werden. Beispiele für gesellschaftliche Bündnisse



Die Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb) ist **ein offenes Bündnis** mit **über 100 Mitgliedern** aus öffentlicher Hand, Wissenschaft, Wirtschaft, Sport, Gesundheitswesen und Zivilgesellschaft.

Sie alle setzen sich bei peb aktiv für eine ausgewogene Ernährung sowie regelmäßige und ausreichende Bewegung als wesentliche Bestandteile eines **gesundheitsförderlichen Lebensstils bei Kindern und Jugendlichen** ein.

<http://www.pebonline.de> seit 2004



IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung

Der **Nationale Aktionsplan "IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung"** verfolgt das Ziel, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland bis zum Jahr 2020 nachhaltig zu verbessern. Die Bundesregierung will so erreichen, dass **Erwachsene gesünder leben, Kinder gesünder aufwachsen**.

<http://www.in-form.de/> seit 2009

8. Prävention in der Ernährungsmedizin: Beispiel frühkindliche Prävention/perinatale Programmierung

Die **Ernährungs- (und Bewegungs-) Situation** während der **Schwangerschaft** und im **frühen Säuglingsalter** haben einen dauerhaften, „prägenden“ Einfluss auf die spätere Entstehung von Übergewicht, Typ 2-Diabetes und hiermit assoziierten kardiovaskulären Erkrankungen bei Mutter und Kind.

Forschungsbereich Epigenetik



Prof. A. Plagemann/Prof. JW. Dudenhausen

Klinik für Geburtsmedizin, Charite Campus Virchow Klinikum, Berlin

<http://perinatal-programming.charite.de>

Prof. B. Koletzko

Kinderklinik und Poliklinik,

Dr. von Haunersches Kinderspital München

<http://www.project-earlynutrition.eu>



8. Prävention in der Ernährungsmedizin: Beispiel frühkindliche Prävention – 9+12 – gemeinsam gesund!

Leuchtturmprojekt zur Entwicklung und Erforschung von Kooperationsstrukturen zur **Übergewichtsprävention** im Rahmen der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchung im Landkreis Ludwigsburg
(Vorbereitung 2009-2011; Start Januar 2012)



Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr im Landkreis Ludwigsburg
Frauenärzte – Hebammen – Kinder- und Jugendärzte

Schirmherrschaft: Bundesministerin I. Aigner (BMELV) und Bundesminister D. Bahr (BMG)



Gleiche Botschaften für ALLE



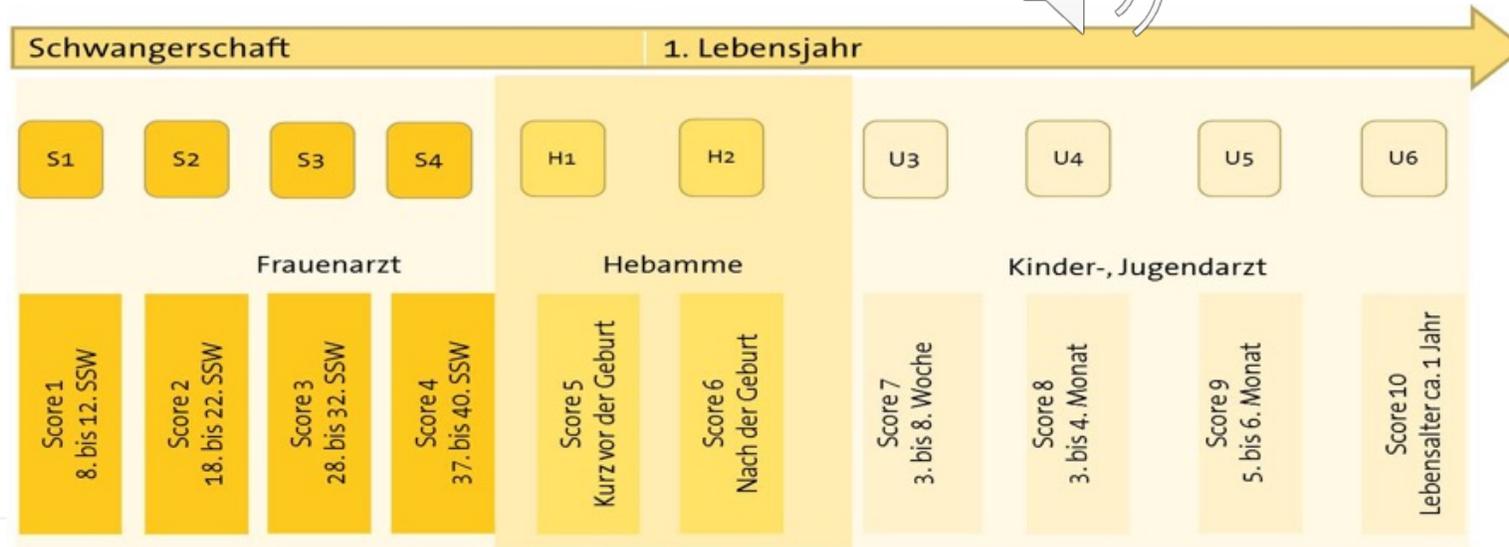
© a.i.d. Infodienst e. V. 2011

<http://www.gesund-ins-leben.de/fuer-fachkraefte/handlungsempfehlungen/>

8. Prävention in der Ernährungsmedizin: Beispiel frühkindliche Prävention – 9+12 – gemeinsam gesund!

Projektstruktur

- Dauer der Intervention: 21 (9+12) Monate pro Familie (9 Monate in der Schwangerschaft und 12 Monate nach der Geburt).
- **10 Interventionszeitpunkte:**
 - 4 x durch Frauenärztin während der Schwangerschaft (S1-S4)
 - 2 x durch Hebamme (vor und nach der Geburt; H1, H2)
 - 4 x durch Kinder- und Jugendärztin (bei den Vorsorgen U3, U4, U5, U6)



8. Prävention in der Ernährungsmedizin: Beispiel frühkindliche Prävention – 9+12 – gemeinsam gesund!

Ergebnisse (n= 1005 Schwangere)

in form
Das Leichterwerden-Projekt für gesunde Ernährung

9+12
Gemeinsam
gesund



Dokumentation zum Projekt „9+12
Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr“

Das Leichtturnprojekt zur Entwicklung und Erforschung von Kooperationsstrukturen zur Übergewichtsprävention durch Frauenärzte, Hebammen sowie Kinder- und Jugendärzte im Rahmen der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen im Landkreis Ludwigsburg.

www.in-form.de
www.pebonline.de

Hohe Erreichbarkeit von Schwangeren mit **Migrationshintergrund** (27 % vs. 14,6 %)

Hohe Erreichbarkeit von **Frauen mit Übergewicht** zu Beginn der Schwangerschaft (47 % vs. 27 %)

Signifikante **Steigerung der körperlichen Aktivität** in der SS
Bewussteres Essen in der SS (geringere Kalorienzufuhr – „nicht für 2 essen“)

Höhere **Übereinstimmung der Empfehlungen zu Ernährung und Bewegung** durch Frauenärzte und Hebammen (einheitliche Botschaften) in der Schwangerschaft

Deutlich höhere **Teilnahmequote an Rückbildungskursen** nach der Entbindung (91 % vs. 50 %)

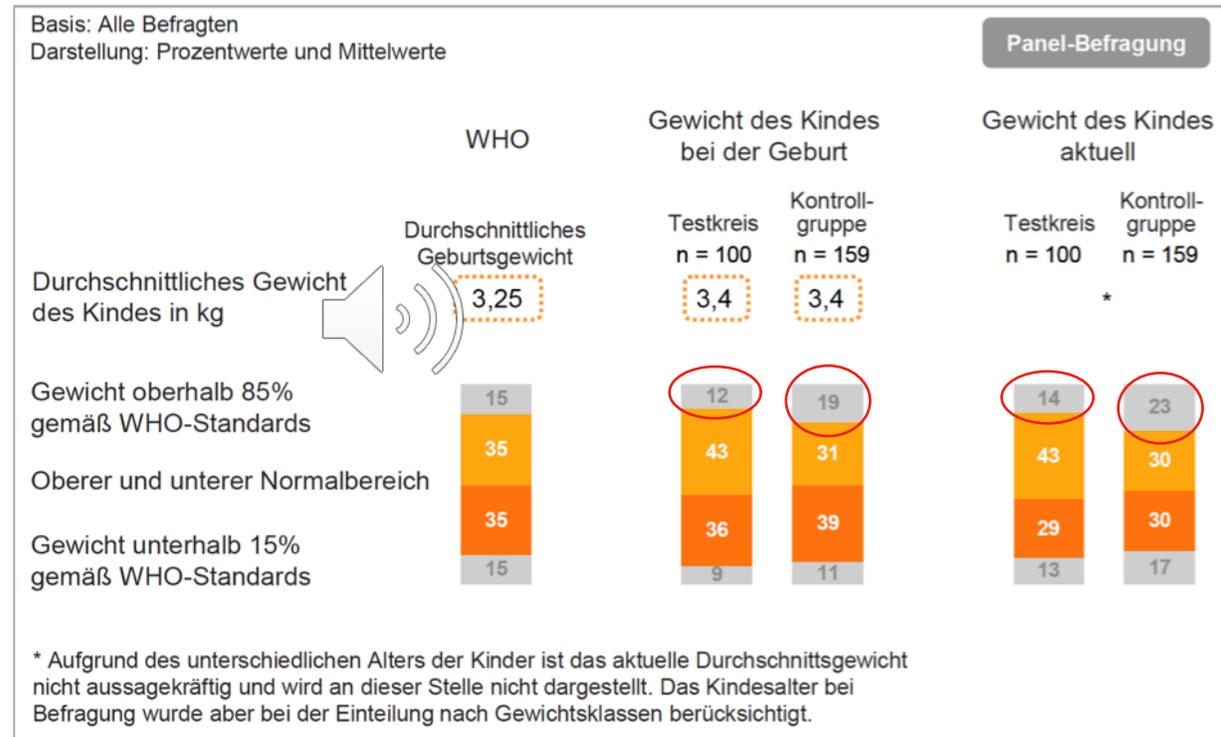
20 % weniger **Kaiserschnitte**

Im Vergleich zu einer bundesweiten Kontrollgruppe (Online Panel)

8. Prävention in der Ernährungsmedizin: Beispiel frühkindliche Prävention – 9+12 – gemeinsam gesund!

Ergebnisse

Abb. 55: Gewicht(sentwicklung) des Kindes



Bei der Geburt und bei Kontrollen im ersten Lebensjahr waren die 9+12 Säuglinge seltener übergewichtig/adipös.



Dokumentation zum Projekt „9+12
Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr“

Das Leuchtturmprojekt zur Entwicklung und Erforschung von Kooperationsstrukturen zur Übergewichtsprävention durch Frauenärzte, Hebammen sowie Kinder- und Jugendärzte im Rahmen der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen im Landkreis Ludwigsburg.

www.in-form.de
www.pebonline.de

8. Prävention in der Ernährungsmedizin: Beispiel frühkindliche Prävention – Innovationsfondsprojekt GeMuKi: gemeinsam gesund – Vorsorge Plus für Mutter und Kind

Neue Versorgungsform und Versorgungsziel gefördert vom Innovationsfonds 2017 - 2022



Neue Versorgungsform meint

dass die **Vorsorgeuntersuchungen** bei Frauenärzten, Hebammen und Kinder- und Jugendärzten bis zum 2. Geburtstag des Kindes (erste 1000 Tage) **um präventive Beratung zur Förderung von Gesundheitskompetenz und Reduktion des lebensstilbedingten Übergewichts- und Adipositas-Risikos ergänzt werden.**

Versorgungsziel

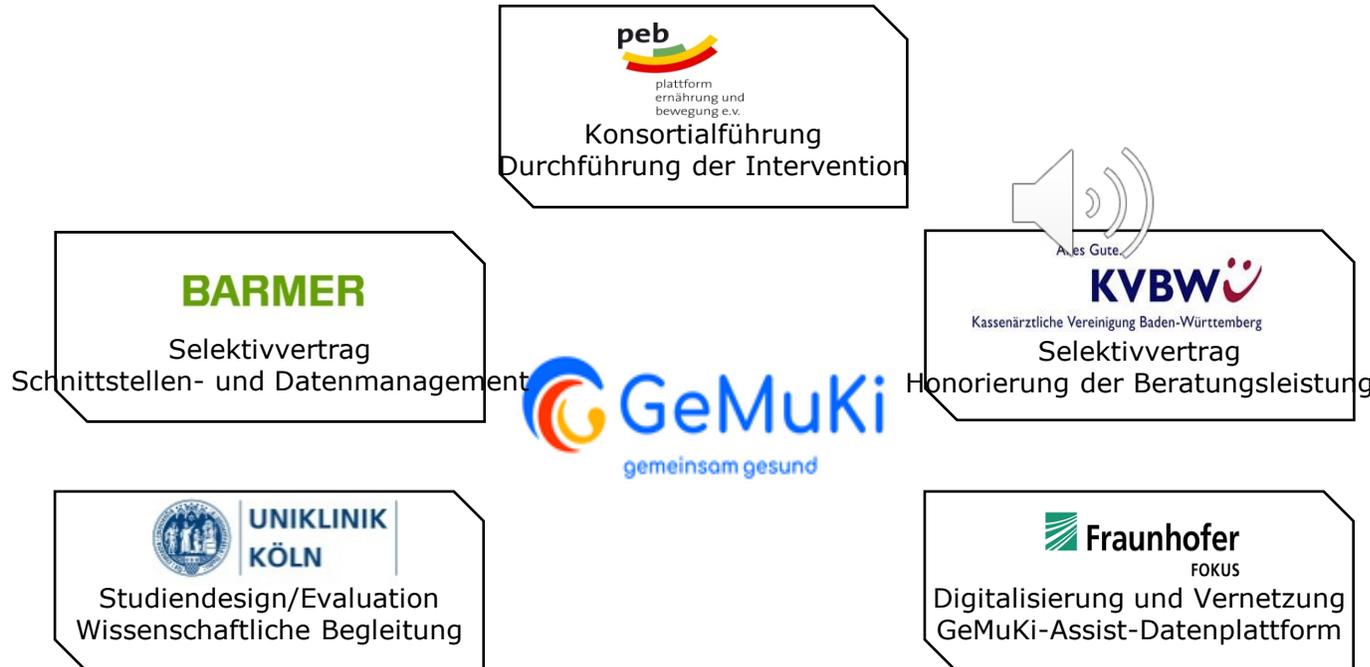
Patientenbezogen:

Stärkung der Gesundheitskompetenz werdender Mütter und Väter sowie Reduktion des Übergewichts- und Adipositas-Risikos bei Mutter und Kind

Systembezogen:

Vernetzung von medizinischem und nicht-medizinischem Fachpersonal
Ergänzung der regulären Vorsorgeuntersuchungen um präventive Beratung sowie Stärkung der kommunikativen Kompetenz der Leistungserbringer.

8. Prävention in der Ernährungsmedizin: Beispiel frühkindliche Prävention – Innovationsfondsprojekt GeMuKi: gemeinsam gesund – Vorsorge Plus für Mutter und Kind



Kooperationspartner:

Landesärztekammer Baden-Württemberg
(Dr. med. Ulrich Clever)

Universitätsklinikum Freiburg

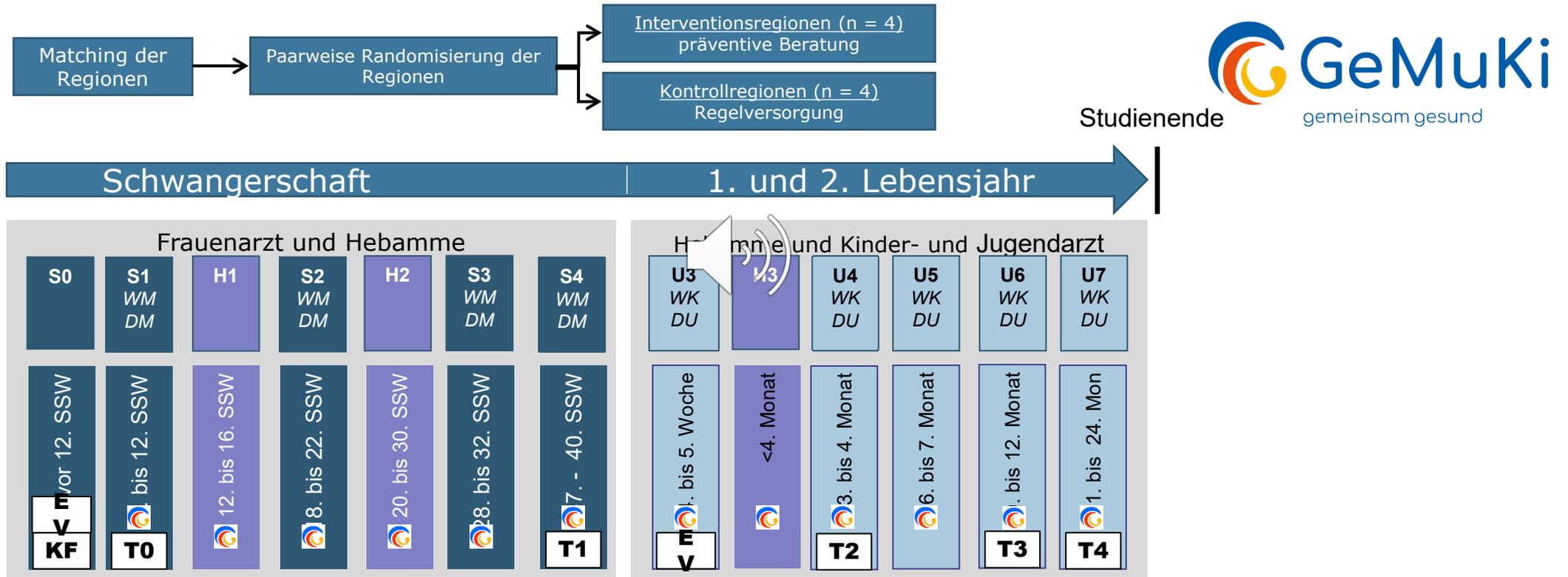
BVKJ - Ausschuss für Prävention und Frühtherapie
(Dr. med. Thomas Kauth)

Netzwerk „Gesund ins Leben“ GiL
(Maria Flothkötter)

Weitere Krankenkassen:

AOK Baden-Württemberg, TK, DAK,
zahlreiche BKKs
(insges. 70 % aller Schwangeren erreichbar)

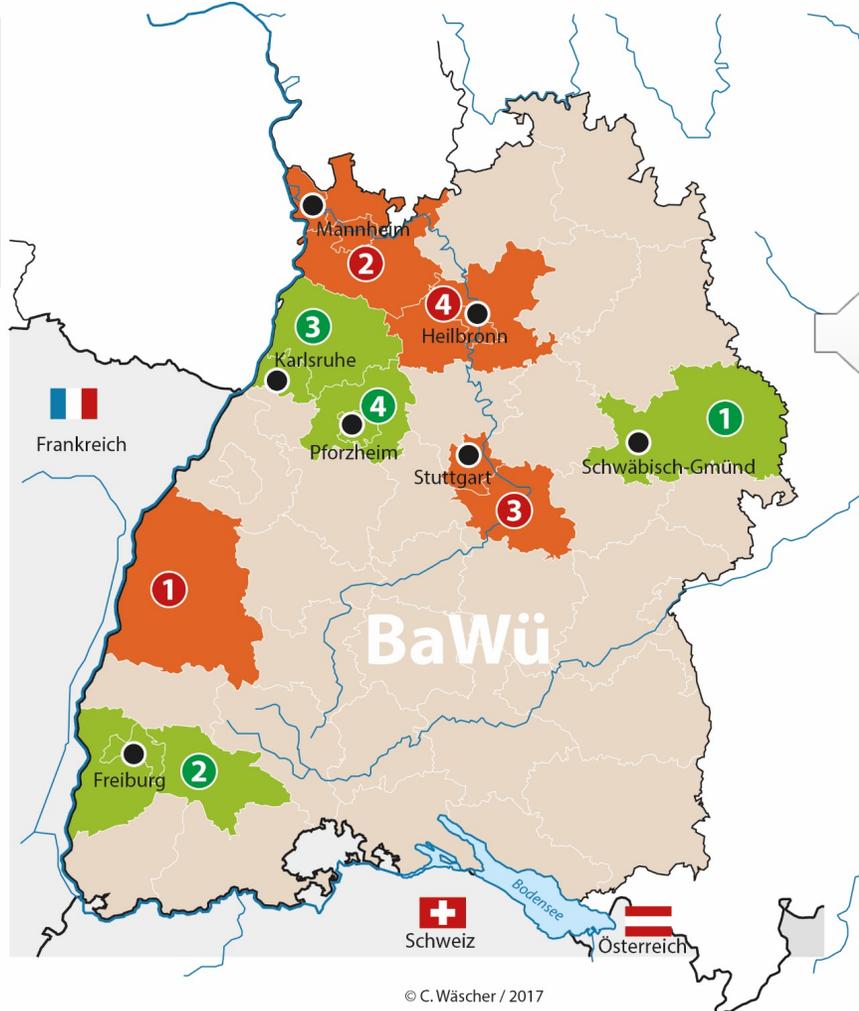
8. Prävention in der Ernährungsmedizin: Beispiel frühkindliche Prävention – Innovationsfondsprojekt GeMuKi: gemeinsam gesund – Vorsorge Plus für Mutter und Kind



Abkürzungen:

EV: Einverständniserklärung KF: Kurzfragebogen Tx: Fragebogen x für die Studie in Interventions- und Kontrollregion
 WM: Wiegen der Mutter WK: Wiegen des Kindes DM: administrative Daten aus Mutterpass DU: administrative Daten U-Untersuchungsheft

8. Prävention in der Ernährungsmedizin: Beispiel frühkindliche Prävention – Innovationsfondsprojekt GeMuKi: gemeinsam gesund – Vorsorge Plus für Mutter und Kind



Interventionsgruppen:

- 1 Ortenaukreis
- 2 Mannheim + Heidelberg + Rhein-Neckar-Kreis
- 3 Stuttgart + LKr Esslingen
- 4 Heilbronn + LKr Heilbronn

Kontrollgruppen:

- 1 Ostalbkreis
- 2 Freiburg im Breisgau + LKr Breisgau-Hochschwarzwald
- 3 Karlsruhe + LKr Karlsruhe
- 4 Pforzheim + Enzkreis



8. Vorsorge Plus für Mutter und Kind



Individuelle evidenzbasierte präventive Beratung

- 12 Beratungsgespräche : 4x Gynäkologe (S1-S4), 2x Hebamme (H1-H2), 6X Pädiater (U2-U7)
- Inhalte: Ausgewogene Ernährung und regelmäßige Bewegung von Mutter und Kind, Gewichtsmonitoring, Stillen und Genussmittelkonsum



Unterstützende Informationsmaterialien

- Verschiedene evidenzbasierte Infomaterialien für Patienten in einer übersichtlichen Projektmappe (basierend auf Materialien von „9+12“ und dem Netzwerk „Gesund ins Leben“)
- Kurzzusammenfassung der Kernbotschaften für jeden individuellen Beratungstermin



Datenplattform GeMuKi-Assist

- Benutzeroberfläche Leistungserbringer: Dateneingabe von eigenen Daten, Daten aus dem Mutterpass und U-Untersuchungsheft, Fachübergreifendes Monitoring von Patienten
- Benutzeroberfläche Patienten: Interaktive Tools zur Motivation von Lebensstilveränderung



Qualifizierung von Leistungserbringern und Praxispersonal

- Schulung Leistungserbringer: Evidenzbasierte Empfehlungen für Lebensstil von Mutter und Kind, Motivierende Gesprächsführung und Aktives Zuhören, Projektabläufe und Dokumentation
- Schulung Praxispersonal: Projektabläufe, Dokumentation und Dateneingabe



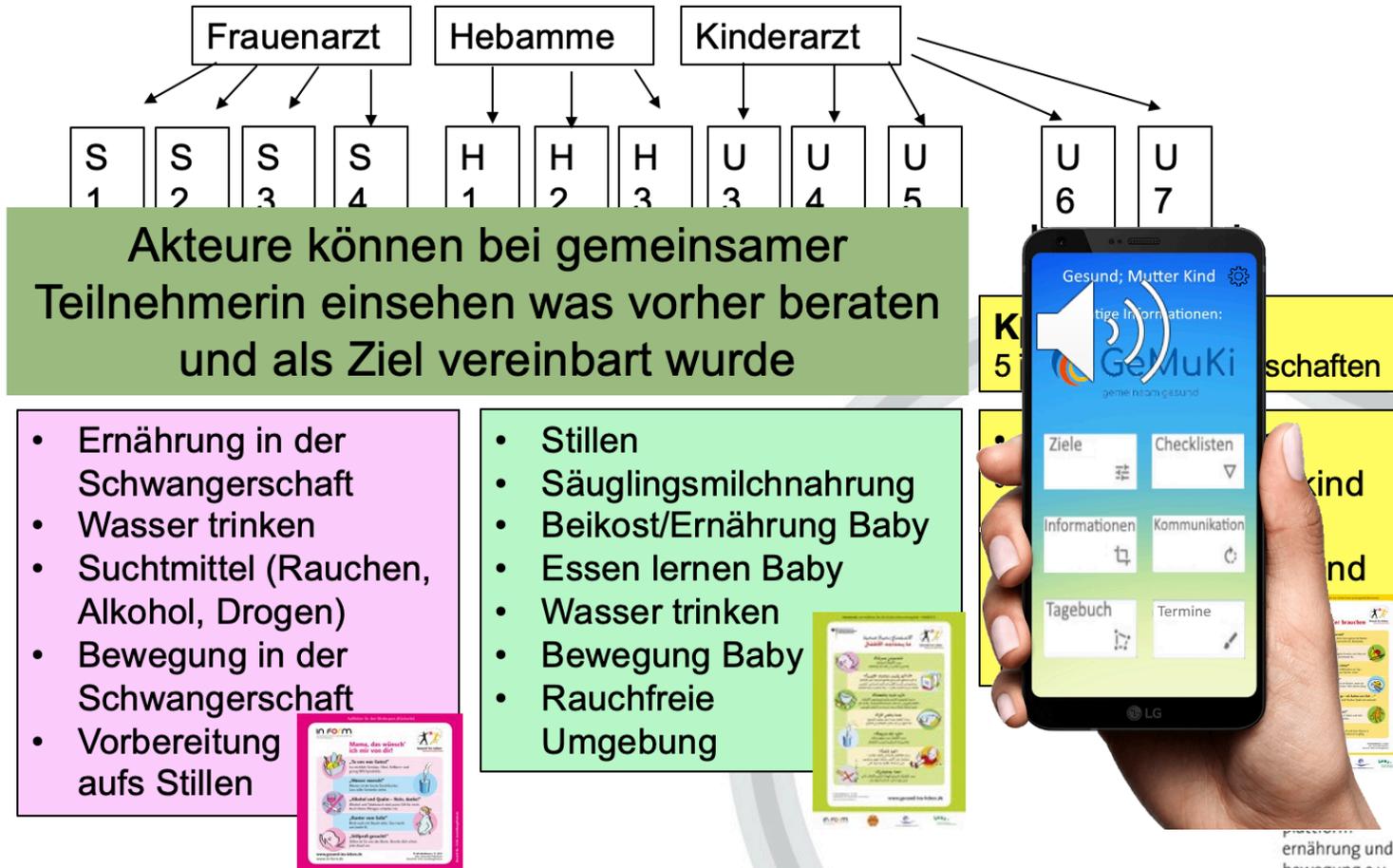
Telefonische Betreuung

- Study Nurses beantworten Fragen zu Projektabläufen und Rekrutierung und vermitteln zwischen Leistungserbringern/Praxispersonal/Patienten und Fraunhofer bei technischen Problemen mit der Datenplattform

8. Vorsorge Plus für Mutter und Kind



Beratung mit einheitlichen Botschaften



März 2022
Abschlussveranstaltung
Berlin durch peb e.V.:
Vorstellung der Ergebnisse

Ziel:
Implementierung der
Beratungsleistungen zur
Ernährung und Bewegung
und zu gesundheitsförderlichem
Verhalten während
der Schwangerschaft und
den ersten beiden Lebens-
jahren in die Mutterschafts-
und Kinderrichtlinien.



9.1. Neues Heilmittel (Änderung des Heilmittelkatalogs): ambulante Ernährungstherapie (G-BA 2017) ab 1.1.2018

A-2.2 Änderungen im Heilmittelkatalog

Die Änderungen dienen der redaktionellen Korrektur.

A-2.3 Änderung Anlage 2

A-2.3.1 Aufnahme der seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und der Zystischen Fibrose (Mukoviszidose) mit Indikation einer ambulanten Ernährungstherapie in die Anlage 2 der HeiM-RL

Der langfristige Heilmittelbedarf nach § 8a der HeiM-RL liegt vor, wenn die Schwere und Langfristigkeit einer funktionellen/strukturellen Schädigung Beeinträchtigungen der Aktivitäten begründet. Dies gilt insbesondere für die durch die Expertenanhörung benannten seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und die zystische Fibrose (Mukoviszidose), bei denen eine Ernährungstherapie als medizinische Maßnahme ohne Alternative gilt, da ansonsten Tod oder schwere Behinderung droht. Eine lebenslange phasen- und situationsgerechte Behandlung mittels einer Ernährungstherapie ist unerlässlich. Auf Grund der Langfristigkeit und Schwere der funktionellen/strukturellen Schädigungen des Verdauungs- und Stoffwechselsystems bei den vorgenannten Erkrankungen und der daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten kann von einem langfristigen Heilmittelbedarf mit Ernährungstherapie ausgegangen werden.

Durch die Aufnahme der Ernährungstherapie ist es notwendig, auch die ICD-10-GM E84.1 (zystische Fibrose mit Darmmanifestation) als langfristigen Heilmittelbedarf anzuerkennen. Damit sind alle im ICD-10-GM aufgeführten Diagnoseschlüssel der ICD-10-GM E84.- (zystische Fibrose) aufgenommen, weshalb auf eine Auflistung der Unterkategorien verzichtet wird.

9.1. Neues Heilmittel (Änderung des Heilmittelkatalogs): ambulante Ernährungstherapie (G-BA 2017) ab 1.1.2018

Die Ernährungstherapie der Patientin oder des Patienten oder der relevanten Bezugspersonen als verordnungsfähiges Heilmittel kann folgende individuelle Maßnahmen umfassen:

1. Ernährungstherapeutische Anamnese und Abstimmung der Therapieziele.
2. Beratung zur indikationsspezifischen Pathophysiologie.
3. Beratung zur indikationsspezifischen Lebensmittelauswahl unter Berücksichtigung der Lebensmittelinhaltsstoffe aus diätetischer Sicht.
4. Beratung zu indikationsspezifischen Prinzipien der Ernährung unter besonderer Berücksichtigung des Einsatzes balanzierter Nahrungsmittel, die in ihrer Zusammensetzung geeignet sind, den jeweiligen Stoffwechseldefekt zu kompensieren.
5. Beratung und Unterstützung bei der praktischen Umsetzung einer Enzym-, Vitamin-, Mineralstoff-, Aminosäuren-, Fett- oder Spurenelemente-Substitution.
6. Anleitung zur Durchführung und Umsetzung einer enteralen Ernährung (Trink- oder Sondennahrung) und parenteralen Ernährung in der häuslichen Umgebung.
7. Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen.
8. Anleitung zur praktischen Umsetzung der diätetischen Maßnahmen im Alltag und in besonderen Lebenssituationen.
9. Diätetische Produktinformationen und Informationen über Lebensmittelinhaltsstoffe.
10. Einweisung und Beratung indikationsspezifischer Koch- und Küchentechniken und praktische Hinweise zur Umsetzung der individuellen Diät.



9.1. Neues Heilmittel (Änderung des Heilmittelkatalogs): ambulante Ernährungstherapie (G-BA 2017) ab 1.1.2018

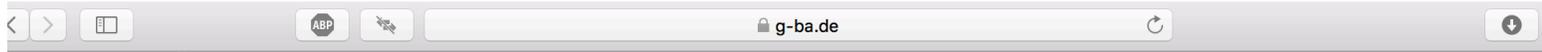
§ 44 Ärztliche Diagnostik, Zusammenarbeit und Qualitätssicherung

- (1) Die Ernährungstherapie wird von Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten verordnet, die auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose spezialisiert sind. Dies ist in der Regel derjenige oder diejenige, der oder die die krankheitsspezifische Behandlung schwerpunktmäßig durchführt.
- (2) Vor der Erstverordnung der Ernährungstherapie ist die gesicherte Diagnose einer seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankung im Sinne von § 42 Absatz 1 oder Mukoviszidose erforderlich. Nach der Erstdiagnostik müssen die Ergebnisse überprüft und die Therapie in Abhängigkeit vom Ernährungsstatus und der aktuellen Stoffwechselsituation, angepasst werden.
- (3) Um die Therapieziele nach § 42 Absatz 3 zu erreichen, sollen bei der Verordnung von Ernährungstherapie aufgrund seltener angeborener Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose folgende Angaben von der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt erhoben werden:
 - Aktueller Status der relevanten Stoffwechselfparameter oder Ernährungsparameter (z.B. Gewicht),
 - Zielwerte/-korridore zu den relevanten Stoffwechselfparametern oder Ernährungsparametern.

Diese sind vom Therapeuten oder von der Therapeutin nach den Absätzen 5 und 6 zu beachten.

Spezialisierte Ärzte =
Ernährungsmediziner????

9.1. Neues Heilmittel (Änderung des Heilmittelkatalogs): ambulante Ernährungstherapie (G-BA 2017) ab 1.1.2018



ICD-10	Diagnose	Hinweis/Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel	
			Physiotherapie	Ernährungstherapie
	Seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen	nur verordnungsfähig, wenn Ernährungstherapie alternativlos ist, da ansonsten Tod oder Behinderung drohen (gemäß § 42 HeilM-RL dem HeilM-Katalog)		SAS
E84.-	Zystische Fibrose (Mukoviszidose)		AT3	CF

”

IV. Inkrafttreten:

Die Änderungen der Richtlinie treten am 1. Januar 2018, jedoch nicht vor dem Inkrafttreten des Beschlusses des G-BA vom 16. März 2017 über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Aufnahme der ambulanten Ernährungsberatung bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose (Bekanntmachung vom 16. März 2017, BAnz AT 09.06.2017 B5), in Kraft.

9.1. Neues Heilmittel (Änderung des Heilmittelkatalogs): ambulante Ernährungstherapie (G-BA 2017) ab 1.1.2018

Heilmittelverordnung 13

Zuzahlungsfrei: Krankenkasse bzw. Kostenträger

Zuzahlungspflicht: Name, Vorname des Versicherten, geb. am

Unfallfolgen:

BVG: Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status

Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum

1 Heilmittelwahl:

- 1 Physiotherapie
- 1 Podologische Therapie
- 1 Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- 1 Ergotherapie
- 1 Ernährungstherapie

2 Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

3 Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog

4 Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog (a, b, c)

4 patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

5 Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

6 Behandlungseinheiten

Ergänzendes Heilmittel

8 Therapiebericht

Hausbesuch **9** ja **9** nein

Therapiefrequenz **7**

10 Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

11 ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

12 IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)

Es gibt für alle Heilmittel nur noch ein gemeinsames Verordnungsformular: Muster 13

Die Ernährungstherapie wurde neu aufgenommen, allerdings mit der Einschränkung auf die Behandlung von:

- Mukoviszidose
- Seltene angeborene Stoffwechselstörungen (z.B. Phenylkentonurie)

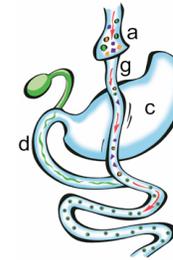
Häufige ernährungsabhängige Erkrankungen (wie z.B. Adipositas) können nicht als Heilmittel verordnet werden.

9.2. Der Ernährungsmediziner in der Behandlungskette: Vertrag über die besondere Versorgung von Menschen mit Adipositas

Indikationsstellung für
bariatrischen Eingriff

Multimodale
konservative Therapie
ausgeschöpft und
unzureichend erfolgreich
z.B.

Vorbereitungsphase mit
somatischen & psychiatrischen
Voruntersuchungen
ZEITGLEICH (ohne Zeitverlust)
mit



Interdisziplinäre
individuelle
Nachbetreuung



Schwerpunktpraxis für 
ERNÄHRUNGSMEDIZIN BDEM

6-12 Monate

ca. 3 Monate

lebenslang

Schwerpunktpraxis für 
ERNÄHRUNGSMEDIZIN BDEM



9.2. Der Ernährungsmediziner in der Behandlungskette: Vertrag über die besondere Versorgung von Menschen mit Adipositas

Barmer: Vertrag über die Besondere Versorgung von Menschen mit Adipositas (2018; KV Westfalen-Lippe)

- Kostenübernahme der konservativen und der bariatrischen Therapie
- Indikationsstellung zur bariatrischen Operation ohne Beteiligung des MDK
- Vor- und Nachsorge bei bariatrischer Operation bis 5 Jahre postoperativ
- Keine Kostenbeteiligung des Patienten



Schwerpunktpraxen für Ernährungsmedizin: Dr. Schilling-Maßmann, Dr. Keuthage, Dr. Stöckmann
Herz- Jesu Krankenhaus Hilstrup, Josephs- Hospital Warendorf
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie- LWL Klinik Bochum Prof. Herpertz
Teilnehmende Hausärzte in der KVWL

Schwerpunktpraxis für 
ERNÄHRUNGSMEDIZIN BDEM

BARMER



Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung von Patienten mit krankhaftem Übergewicht (Adipositas)

Die BARMER hat mit den ernährungsmedizinischen Schwerpunktpraxen Dr. Schilling-Maßmann, Dr. Keuthage, Dr. Stöckmann, dem Herz- Jesu Krankenhaus Hilstrup, dem Josephs- Hospital Warendorf, sowie mit Prof. Herpertz (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)- LWL Universitätsklinik der Ruhr- Universität Bochum einen Vertrag über die Besondere Versorgung geschlossen. Wir freuen uns, dass Sie sich dafür interessieren.

beteiligten Personen und Einrichtungen sollen u.a. Doppeluntersuchungen vermieden und die einzelnen Behandlungsschritte und Therapiemaßnahmen lückenlos nacheinander durchgeführt werden. Auch lange Wartezeiten sollen dadurch vermieden werden.

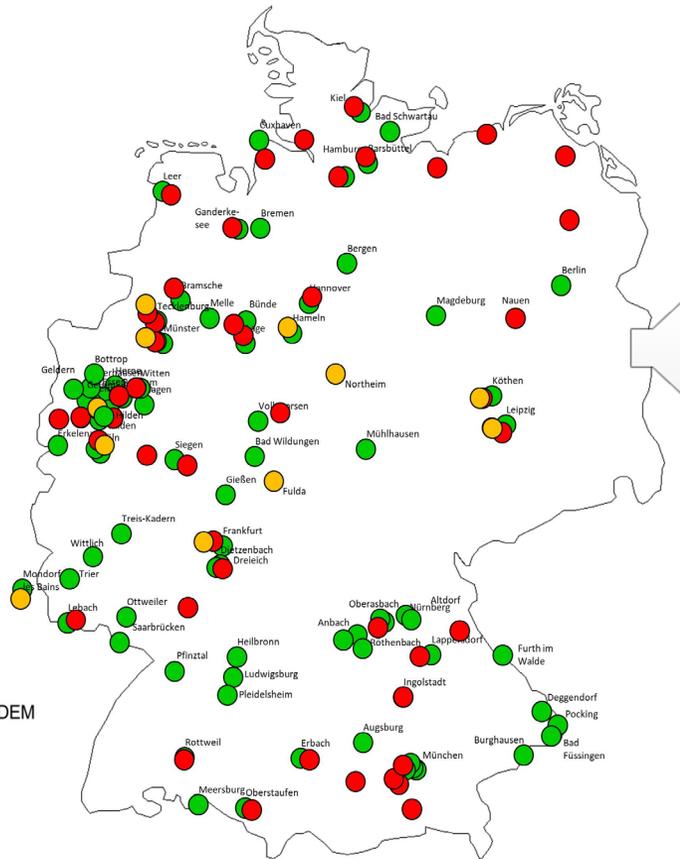
Diese Leistungen können Sie erwarten
Durch Ihre Teilnahme an der Besonderen Versorgung bieten wir Ihnen

9.3. Der Ernährungsmediziner in der flächendeckenden Versorgung Bsp.: Ernährungsmedizinische Projekte des BDEM

Standorte



Stand: September 2018



BMI- Zirkel:

multimodales Informations- und Schulungs-
Programm für Patienten die vor einer chirurgischen
Behandlung der hochgradigen Adipositas stehen
(**B**ariatrisches, **m**ultimodales **I**nformationsprogramm)

DocWeight:

Multimodales Therapieprogramm zur Gewichtsreduktion
bei adipösen Erwachsenen.
Ein Gemeinschaftsprojekt des Bundesverbandes
deutscher Ernährungsmediziner und des Verbands
Deutscher Diätassistentinnen (VDD).
Anerkannt bundesweit durch den MDK nach §43 SGBV.

Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin:

Zertifizierte Praxis mit einem ernährungstherapeutischen
Team unter Leitung der Ernährungsmedizinerin.

Infos unter www.bdem.de

10. Zusammenfassung

- Die Ernährungsmedizin wird 2018 erstmals in die Muster-WBO 2020 der BÄK aufgenommen. Damit ist die Ernährungsmedizin eine für die Fachärzte führbare Zusatzbezeichnung.
- Die Ernährungsmedizin ist in Abrechnungskatalogen kaum repräsentiert und die Abrechnungswege sind auf unsicherem Terrain.
- Die Schwerpunktpraxen Ernährungsmedizin (BDEM) sind ein geeignetes Kooperationsmodell um eine ambulante Versorgung von Patienten mit ernährungsabhängigen Erkrankungen zu gewährleisten.
- Die Abbildung ernährungsmedizinischer Diagnosen und Prozeduren im DRG-System ist noch unterentwickelt ist jedoch bedeutsam und lohnend für die Finanzierung der Kliniken.
- Modellprojekte zur integrierten Versorgung in der Ernährungsmedizin sind bisher regional begrenzt.
- Bei der Primärprävention von chronischen Erkrankungen (wie z.B. Adipositas) kann die interdisziplinäre Ernährungsmedizin eine bedeutende Rolle spielen.
- Die Zulassung der Ernährungstherapie als Heilmittel für Mukoviszidose und seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen ist möglicherweise ein Türöffner für die Kostenübernahme der Ernährungsberatung für weitere ernährungsabhängige Erkrankungen.

