



Deutscher Bundestag
Petitionsausschuss

Herrn
Jörg Mitzlaff
Greifswalder Str. 4
10405 Berlin

Berlin, 4. Februar 2022
Bezug: Mein Schreiben vom
26. November 2021
Anlage: 1

Referat Pet 2
BMG, BMUV, BR, BT

Frau Wecken
Platz der Republik 1
11011 Berlin
Telefon: +49 30 227-37850
Fax: +49 30 227-36130
vorzimmer.pet2@bundestag.de

Pet 2-20-15-8271-000719 (Bitte bei allen Zuschriften angeben)

Sehr geehrter Herr Mitzlaff,

im Auftrag der Vorsitzenden des Petitionsausschusses,
Frau Martina Stamm-Fibich, MdB, übersende ich Ihnen die zu
Ihrer Eingabe angeforderte Stellungnahme des
Bundesministeriums für Gesundheit vom 21. Januar 2022 mit der
Bitte um Kenntnisnahme.

Ich bitte mir mitzuteilen, ob Sie nach Kenntnisnahme der
Stellungnahme an Ihrem Anliegen festhalten wollen. Bitte
benennen Sie mir, wenn das Petitionsverfahren fortgesetzt
werden soll, Ihre Gegenargumente in Bezug auf die
Stellungnahme des Ministeriums und was im Einzelnen noch
Gegenstand einer parlamentarischen Prüfung durch den
Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages sein soll.

Sollte ich innerhalb der nächsten sechs Wochen keine Antwort
erhalten, gehe ich davon aus, dass Sie das Petitionsverfahren
nicht weiter betreiben wollen.

Mit freundlichen Grüßen

im Auftrag



Wecken



Bundesministerium
für Gesundheit

KOPIE

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Deutscher Bundestag
- Petitionsausschuss -
11011 Berlin



G7 GERMANY
2022

Dr. Sonja Optendrenk
Ministerialdirigentin

Leiterin der Abteilung 2
Gesundheitsversorgung, Krankenver-
sicherung

HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 53107 Bonn
11055 Berlin

REFERATSLEITUNG Andreas Brandhorst
BEARBEITET VON Nadin Erdmann
TEL +49 (0)30 18 441-1867
E-MAIL nadin.erdmann@bmj.bund.de

AZ 2-45/Mitzlaff/21

Berlin, 21. Januar 2022

**Gesetzliche Krankenversicherung – Leistungen –
Eingabe des Herrn Jörg Mitzlaff vom 12. November 2021
Ihr Schreiben vom 26. November 2021
Pet.-Nr.: 2-20-15-8271-000719**

Der Petent begehrt, dass Patientinnen und Patienten selbstbestimmt zwischen Präsenz und digitaler Durchführung der ambulanten Ernährungstherapie wählen können müssen, ohne dass diese Entscheidung aus vorwiegend wirtschaftlichen Überlegungen von den Krankenkassen bestimmt würde.

Hierzu nehme ich wie folgt Stellung:

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgt die Erbringung von Leistungen der Ernährungsberatung, der Ernährungstherapie sowie von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention in drei Leistungsbereichen: der Heilmittelversorgung nach § 32 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), der primären Prävention nach § 20 SGB V und der Patientenschulung nach § 43 SGB V. Daneben erhalten Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die an strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) nach § 137f SGB V teilnehmen, Zugang zu einer qualifizierten krankheitsspezifischen Ernährungsberatung im Rahmen eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms.

Die Ausgestaltung der Zulassungsvoraussetzungen erfolgt dabei durch die sogenannte gemeinsame Selbstverwaltung. Das bedeutet, dass bundesrechtlich zwar die gesetzlichen Rahmenbedingungen vorgegeben sind, aber die Träger des Gesundheitswesens sich selbst organisieren, um in eigener Verantwortung die Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Chronisch kranke Versicherte können als „ergänzende Leistungen zur Rehabilitation“ durch eine Verordnung ihres Arztes beziehungsweise ihrer Ärztin Patientenschulungen erhalten. Diese sollen den chronisch Kranken und gegebenenfalls deren Angehörigen beziehungsweise ständigen Betreuungspersonen zu einem besseren Krankheitsselbstmanagement sowie zur Vermeidung und Reduzierung von Beeinträchtigungen der Teilhabe befähigen. Zu den in Frage kommenden Maßnahmen gehört auch die Ernährungsberatung. Um die Qualität der angebotenen Maßnahmen sicherzustellen und die Anforderungen an das Schulungspersonal festzulegen, haben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen formuliert (Gemeinsame Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf Grundlage des § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V vom 2. Dezember 2013, aktualisierte Version vom 8. Februar 2017). Diesen nach ist das Schulungsprogramm von einem qualifizierten und interdisziplinär zusammengesetzten Schulungsteam unter Beteiligung einer Fachärztin oder eines Facharztes der jeweiligen Indikation durchzuführen. Für die nicht-ärztlichen Teammitglieder nachzuweisen ist unter anderen der Berufsabschluss im Handlungsfeld mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation und mehrjährige Berufserfahrung in der Arbeit mit chronisch Kranken.

Die grundsätzliche Versorgung von Heilmitteln wie Ernährungstherapie als Leistung der GKV wird durch die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt. Der G-BA konkretisiert als höchstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung den Leistungsumfang der GKV. Er wird gebildet von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Patientenvertretungen besitzen im G-BA Mitberatungs- und Antragsrechte.

Die Ernährungstherapie ist gemäß Heilmittel-Richtlinie des G-BA Leistung der GKV bei Mukoviszidose und seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen. Bei Vorliegen einer ärztlichen Verordnung werden die entstehenden Kosten mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung nach § 32 i.V.m. § 61 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vollständig von den Krankenkassen übernommen.

In 2020 wurde als Sonderregelung im Rahmen der COVID-19-Epidemie die Heilmittelerbringung als telemedizinische Leistungserbringung im Rahmen der GKV ermöglicht. Durch G-BA-Beschluss vom 21. Oktober 2021 wird die telemedizinische Leistungserbringung als regelhafte Therapieoption in der Heilmittel-Richtlinie verankert. Dieser Beschluss wurde vom BMG mit Schreiben vom 17. Dezember 2021 nicht beanstandet und wird voraussichtlich Januar oder Februar 2022 in Kraft treten.

Gemäß der neu gefassten Regelung in § 16b der Heilmittel-Richtlinie trifft die Entscheidung über die Versorgung mit Heilmitteln, die telemedizinisch erbracht werden, die Patientin oder der Patient gemeinsam mit der Therapeutin oder dem Therapeuten nach Maßgabe der Verträge nach § 125 SGB V und vorbehaltlich eines Ausschlusses durch den Verordner oder die Verordnerin, welche die Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung ausschließen dürfen, sofern aus deren Sicht Gründe vorliegen, die eine Heilmittelbehandlung im unmittelbar persönlichen Kontakt erforderlich machen. Als Beispiele für mögliche Gründe werden Schädigungen der mentalen oder der Sinnesfunktionen, Gründe der therapeutischen Effizienz (z.B. bei intermittierend auftretender Spastik) und der Patientensicherheit (z.B. bei latenter Sturzneigung oder falscher Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten) sowie eingeschränkte Selbstfürsorge- und Kooperationsfähigkeiten genannt. Wirtschaftliche Überlegungen der Krankenkassen haben für die jeweilige Therapieentscheidung keine Bedeutung.

Außerhalb der Heilmittel-Richtlinie kann es sich bei einer Ernährungstherapie um eine Satzungsleistung der jeweiligen Krankenkasse handeln. Dies sind Leistungen, die eine Krankenkasse ihren Versicherten zusätzlich, also neben den festgeschriebenen gesetzlichen Leistungen, gewährt. Diese Leistungen stehen im freien Ermessen der Krankenkasse und sind nach Art, Dauer und Umfang in der Satzung der Krankenkasse festgelegt. Die Satzungsleistungen können sich je nach Krankenkasse unterscheiden und nehmen damit auch eine Funktion im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander ein.

/ Die Petition sowie eine Kopie dieses Schreibens sind beigelegt.

Im Auftrag

P. Pfendrecht