



Zusammenfassende Dokumentation

Beratungsverfahren gemäß
§ 138 SGB V (Neue Heilmittel)

Ambulante Ernährungsberatung

- Beschluss zur Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie:
ambulante Ernährungsberatungen mit Ausnahme der
Indikationen angeborene Stoffwechselstörungen und
Mukoviszidose
- Beschluss zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: ambulante
Ernährungsberatung bei den Indikationen angeborene
Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose

Stand: 12. Juli 2017

Unterausschuss Methodenbewertung und
Veranlasste Leistungen
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhaltsverzeichnis

A	Tragende Gründe und Beschlüsse	1
A-1	Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie: ambulante Ernährungsberatungen mit Ausnahme der Indikationen angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose	1
A-1.1	Beschluss vom 17.12.2015.....	1
A-1.2	Tragende Gründe vom 17.12.2015.....	2
A-2	Änderung der Heilmittel-Richtlinie: ambulante Ernährungsberatung bei den Indikationen angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose	9
A-2.1	Beschluss vom 16.03.2017.....	9
A-2.2	Tragende Gründe vom 16.03.2017	14
A-3	Verfahrensablauf.....	38
A-4	Anhang zur Beschlussfassung.....	39
A-4.1	Beschluss vom 22.01.2015.....	39
A-4.1	Tragende Gründe vom 22.01.2015.....	40
A-4.2	Anforderung einer ergänzenden Stellungnahme durch das BMG	52
A-4.3	Ergänzende Stellungnahme des G-BA	55
A-4.4	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V vom 30.09.2015	65
A-4.5	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V vom 23.05.2017	70
B	Sektorenübergreifende Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit.....	72
B-1	Einleitung und Aufgabenstellung.....	72
B-1.1	Beratungsanlass.....	72
B-1.2	Verpflichtender Beratungsumfang nach dem BSG-Urteil	73
B-1.2.1	Beratungsthema	73
B-1.3	Berufsbild Diätassistentin / Diätassistent	73
B-2	Vorgehensweise	74
B-2.1	Methodisches Vorgehen	74
B-2.2	Zu beratende Indikation	74
B-2.3	Informationsgewinnung und -auswahl.....	75
B-3	Auswertung der Stellungnahmen gemäß 2. Kapitel § 6 Verfo.....	79
B-3.1	In den Stellungnahmen genannte Indikationen	79
B-3.2	Übersicht der eingegangenen Stellungnahmen zur Veröffentlichung des Beratungsthemas „Ernährungsberatung“	82
B-4	Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung	85

B-4.1	Schwerpunkt Adipositas	85
B-4.1.1	Hintergrund.....	85
B-4.1.2	Zusammenfassung der Studienergebnisse zur Indikation Adipositas.....	87
B-4.1.3	Bewertung des Nutzens der Ernährungsberatung bei der Indikation Adipositas.....	91
B-4.1.4	Bewertung der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung bei der Indikation Adipositas.....	92
B-4.2	Schwerpunkt Diabetes mellitus Typ 2	93
B-4.2.1	Hintergrund.....	93
B-4.2.2	Zusammenfassung der Studienergebnisse zur Indikation Diabetes mellitus Typ 2	94
B-4.2.3	Bewertung des Nutzens der Ernährungsberatung bei der Indikation Diabetes mellitus Typ 2	105
B-4.2.4	Bewertung der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung bei der Indikation Diabetes mellitus Typ 2	106
B-4.3	Schwerpunkt Hypercholesterinämie/Hyperlipidämie.....	107
B-4.3.1	Hintergrund.....	107
B-4.3.2	Zusammenfassung der Studienergebnisse zur Indikation Hypercholesterinämie/Hyperlipidämie.....	108
B-4.3.3	Bewertung des Nutzens der Ernährungsberatung bei der Indikation Hypercholesterinämie/Hyperlipidämie.....	124
B-4.3.4	Bewertung der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung bei der Indikation Hypercholesterinämie/Hyperlipidämie.....	125
B-4.4	Schwerpunkt Hypertonie.....	125
B-4.4.1	Hintergrund.....	125
B-4.4.2	Zusammenfassung der Studienergebnisse zur Indikation Hypertonie	126
B-4.4.3	Bewertung des Nutzens der Ernährungsberatung bei der Indikation arterielle Hypertonie	137
B-4.4.4	Bewertung der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung bei der Indikation arterielle Hypertonie.....	137
B-4.5	Schwerpunkt Niereninsuffizienz.....	139
B-4.5.1	Hintergrund.....	139
B-4.5.2	Zusammenfassung der Studienergebnisse zur Indikation Niereninsuffizienz	140
B-4.5.3	Bewertung des Nutzens der Ernährungsberatung bei Niereninsuffizienz	145
B-4.5.4	Bewertung der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung bei Niereninsuffizienz	145
B-4.6	Schwerpunkt Onkologische Erkrankungen	146
B-4.6.1	Hintergrund.....	146

B-4.6.2	Zusammenfassung der Studienergebnisse zur Indikation onkologische Erkrankungen.....	147
B-4.6.3	Bewertung des Nutzens der Ernährungsberatung bei der Indikation onkologische Erkrankungen	163
B-4.6.4	Bewertung der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung bei der Indikation onkologische Erkrankungen	163
B-4.7	Weitere Erkrankungen: Osteoporose, Schlafapnoe, Psychose, chronische Herzinsuffizienz	165
B-4.7.1	Hintergrund Osteoporose	165
B-4.7.2	Hintergrund Schlaf-Apnoe-Syndrom	165
B-4.7.3	Hintergrund Psychose	165
B-4.7.4	Hintergrund Herzinsuffizienz.....	165
B-4.7.5	Zusammenfassung der Studienergebnisse.....	166
B-4.7.6	Bewertung des Nutzens der Ernährungsberatung bei weiteren Erkrankungen	172
B-4.7.7	Bewertung der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung bei den weiteren Erkrankungen	172
B-4.8	Schwerpunkt angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose.....	173
B-4.8.1	Hintergrund.....	173
B-4.8.2	Zusammenfassung der Expertenanhörung zu den angeborenen Stoffwechselerkrankungen und zur Mukoviszidose.....	173
B-4.8.3	Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen und bei der Mukoviszidose.....	196
B-4.9	Weitere Indikationen aus den Stellungnahmen	197
B-5	Zusammenfassende Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung.....	198
B-6	Anhang	200
B-6.1	Ankündigung des Bewertungsverfahrens.....	200
B-6.1.1	Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger	200
B-6.1.2	Fragenkatalog zur strukturierten Einholung von Stellungnahmen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens	201
B-6.1.3	Übersicht der eingegangenen Stellungnahmen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens.....	205
B-6.2	Literaturlisten.....	208
B-6.3	Studienbewertungen (Datenextraktionsbögen)	325
B-6.4	Recherchestrategie.....	325
B-6.5	Anhänge zur Qualitätsbewertung der Studien.....	335

C	Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung als Heilmittel	343
C-1	Zu den Indikationen seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose	343
C-1.1	Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit der Ernährungsberatung in der vertragsärztlichen Versorgung als Heilmittel.....	344
C-1.2	Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Ernährungsberatung in der vertragsärztlichen Versorgung als Heilmittel.....	344
C-2	Zu den weiteren Indikationen mit Ausnahme der Indikationen seltene angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose	345
C-2.1	Bewertung der Notwendigkeit der Ernährungsberatung in der vertragsärztlichen Versorgung als Heilmittel	345
C-2.2	Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung als Heilmittel	345
D	Stellungnahmeverfahren vor abschließender Beschlussfassung des G-BA	346
E	Bürokratiekostenermittlung	347
E-1	Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie: ambulante Ernährungsberatungen mit Ausnahme der Indikationen angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose	347
E-2	Änderung der Heilmittel-Richtlinie: ambulante Ernährungsberatung bei den Indikationen angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose	347

Abkürzungsverzeichnis

Tabelle 1: Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
Abs.	Absatz
Art.	Artikel
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
Az	Aktenzeichen
BAnz	Bundesanzeiger
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body Mass Index
BSG	Bundessozialgericht
ca.	circa
CF	Cystische Fibrose
CRD	Centre for Reviews and Dissemination
d.h.	das heißt
DiätAssG	Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten
dl	Deziliter
DM	Diabetes mellitus
g	Gramm
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz
ggf.	gegebenenfalls
HbA1c	Hämoglobin, das an Glukose gebunden ist
HDL	High-density lipoprotein
HLP	Hyperlipoproteinämie
HPA	Hyperphenylalaninämie
INAHTA	International Network of Agencies for Health Technology Assessment
inkl.	inklusive
ITT	intention-to-treat
iVm	in Verbindung mit
Kap.	Kapitel
kcal	Kilokalorie
kg	Kilogramm

KHK	koronare Herzerkrankung
L	Liter
LDL	Low Density Lipoprotein
m ²	Quadratmeter
mg	Milligramm
mmol	Millimol
mmHg	Millimeter Quecksilbersäule
N	Grundgesamtheit
NHS	National Health Service
pAVK	periphere arterielle Verschlusskrankheit
PEDro Skala	Physiotherapy Evidence Database
Perz.	Perzentile
PKU	Phenylketonurie
RCT	randomized controlled trial
SAS	Schlaf-Apnoe Syndrom
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
Std.	Stunde(n)
TG	Themengruppe
TRIP	Turning Research Into Practice
UA MB	Unterausschuss Methodenbewertung
ugs.	umgangssprachlich
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA
vgl.	vergleiche
VLDL	Very low density lipoprotein
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel
zzgl.	zuzüglich


Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Abkürzungsverzeichnis	V
Tabelle 2: In den Stellungnahmen genannte Indikationen	79
Tabelle 3: Übersicht der eingegangenen Stellungnahmen zur Veröffentlichung des Beratungsthemas „Ernährungsberatung“	82
Tabelle 4: Eingeschlossene Studien zu Adipositas	89
Tabelle 5: Eingeschlossene Studien zu Diabetes mellitus Typ 2	97
Tabelle 6: Eingeschlossene Studien zu Hypercholesterinämie	112
Tabelle 7: Eingeschlossene Studien zu Hypertonie	129
Tabelle 8: Eingeschlossene Studien zu Niereninsuffizienz	142
Tabelle 9: Eingeschlossene Studien zu onkologischen Erkrankungen.....	151
Tabelle 10: Weitere Erkrankungen: Osteoporose, Schlafapnoe, Psychose, chronische Herzinsuffizienz	168
Tabelle 11: Datenbank The Cochrane Library 26.09.2005.....	325
Tabelle 12: Datenbank Medline (PubMed) 26.09.2005.....	326
Tabelle 13: Datenbanken Medline, Medline Alert, Embase, Embase Alert, Gerolit (DIMDI-Superbase) 26.09.2005	327
Tabelle 14: Datenbank The Cochrane Library 28.08.2008.....	329
Tabelle 15: Datenbank Medline (PubMed) 10.09.2008.....	330
Tabelle 16: Datenbanken Medline, Medline Alert, Embase, Embase Alert, Gerolit (DIMDI-Superbase) 11.09.2008	332

A Tragende Gründe und Beschlüsse

A-1 Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie: ambulante Ernährungsberatungen mit Ausnahme der Indikationen angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose

A-1.1 Beschluss vom 17.12.2015

	Bundesanzeiger Herausgegeben vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz www.bundesanzeiger.de	Bekanntmachung Veröffentlicht am Mittwoch, 6. Januar 2016 BAnz AT 06.01.2016 B2 Seite 1 von 1
---	---	---

Bundesministerium für Gesundheit

**Bekanntmachung
eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie:
Ambulante Ernährungsberatung mit Ausnahme der Indikationen
seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen
und Mukoviszidose**

Vom 22. Januar 2015

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinen Sitzungen am 22. Januar 2015 und 17. Dezember 2015 folgenden Beschluss zur Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/ Heilm-RL) in der Fassung vom 20. Januar 2011 (BAnz. S. 2247) gefasst:

I.

Die ambulante Ernährungsberatung wird nicht als ärztlich zu verordnende Einzelmaßnahme in die Heilmittel-Richtlinie aufgenommen. Dies gilt nicht für die Indikationen seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose, deren Regelung einer gesonderten Beschlussfassung vorbehalten bleibt.

II.

Klarstellend weist der G-BA für die Ernährungsberatung als notwendigen Bestandteil der ärztlichen Leistung darauf hin, dass bei den Indikationen seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose, bei denen eine Diättherapie oder Ernährungsberatung als alternativlose medizinische Maßnahme gilt, da ansonsten Tod oder Behinderung drohen, der therapeutische Nutzen und die medizinische Notwendigkeit gegeben ist.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 22. Januar 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende
Prof. Hecken

A-1.2 Tragende Gründe vom 17.12.2015

1 Rechtsgrundlagen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Versorgung u.a. die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Sie dient der Gewähr einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemeinen anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln. Der Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit Heilmitteln im Rahmen der Krankenbehandlung ergibt sich aus § 27 Abs. 1 Satz 1 und 2 Nr. 3 i.V.m. § 32 SGB V. In der Heilmittel-Richtlinie regelt der G-BA gemäß § 92 Abs. 6 Satz 1 SGB V u.a. den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel sowie die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen.

Die an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte dürfen neue Heilmittel gemäß § 138 Abs. 1 SGB V nur verordnen, wenn der G-BA zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat. Der G-BA überprüft in diesem Zusammenhang für die ambulante vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue Heilmittel daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob ein neues Heilmittel ambulant zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden darf.

2 Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Beratungsgegenstand

Die Beratungen des G-BA zur ambulanten Ernährungsberatung wurden durch das Urteil des Bundessozialgerichtes vom 28. Juni 2000, Az. B 6 KA 26/99 R, veranlasst. In diesem wurde der G-BA verpflichtet, über die Aufnahme der Ernährungsberatung als möglicherweise neues verordnungsfähiges Heilmittel in die Heilmittel-Richtlinie in einem förmlichen Verfahren zu entscheiden. Geklagt hatte eine Diätassistentin (Vgl. Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten vom 8. März 1994 – BGBl I 446, in der Fassung vom 21. September 1997 – BGBl I 2390, DiätAssG).

Gegenstand des Berufs der Diätassistentin und des Diätassistenten ist gemäß des in § 3 DiätAssG definierten Ausbildungsziels die eigenverantwortliche Durchführung diättherapeutischer und ernährungsmedizinischer Maßnahmen aufgrund ärztlicher Anordnung oder Verordnung, das Erstellen von Diätplänen, das Planen, Berechnen und Herstellen wissenschaftlich anerkannter Diätformen sowie die Mitwirkung bei der Prävention und

Therapie von Krankheiten und die Durchführung ernährungstherapeutischer Beratungen und Schulungen.

Die Ernährungs- und Diätberatung als Teil der Ernährungsmedizin wird in der deutschen Gesundheitsversorgung zur Primär- und Sekundärprävention sowie zur Behandlung von Krankheiten und in der medizinischen Rehabilitation (Tertiärprävention) erbracht. Es entspricht der derzeitigen medizinischen Versorgungspraxis, dass Maßnahmen der Ernährungsmedizin einschließlich der Ernährungsberatung bei der Behandlung von Krankheiten und in der Rehabilitation nicht als isolierte Einzelmaßnahme, sondern als einer von mehreren Therapieansätzen im Rahmen multimodaler/multiprofessioneller Behandlungskonzepte erbracht werden. Ferner kann die Ernährungsberatung als Teil eines in der Eigenverantwortung der Versicherten liegenden gesundheitsbewussten Lebensstils von Diätassistentinnen und Diätassistenten erbracht werden. Nach Auffassung des BSG kann die Tätigkeit der Diätassistentinnen und Diätassistenten der Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 SGB V dienen (BSG 28.06.2000 Az. B 6 KA 26/99 R; Rz. 29). Diätassistentinnen und Diätassistenten können dabei ggf. in einem Konkurrenzverhältnis zu Ärztinnen und

Ärzten stehen, denen es im Rahmen der ärztlichen Therapiefreiheit möglich ist, zu Fragen der Diättherapie und Ernährung zu beraten und schriftliche Diätpläne bei schweren Ernährungs- und Stoffwechselstörungen zu erstellen (BSG 28.06.2000 Az. B 6 KA 26/99 R; Rz. 30).

Unter Berücksichtigung der Verfahrensordnung des G-BA wurde ein Bewertungsverfahren gemäß 2. Kapitel § 2 der Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA durchgeführt.

Dabei hat der G-BA zu bewerten, ob für die infrage kommenden Indikationen der therapeutische Nutzen anerkannt ist. Gemäß des gegliederten Bewertungsverfahrens erfordert dies die Feststellung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse zu Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit anhand medizinisch-wissenschaftlicher Unterlagen, die den Evidenzkriterien der Verfahrensordnung entsprechen und einen Bezug zu patientenbezogenen Endpunkten (insbes. Mortalität, Morbidität, Lebensqualität) herstellen.

Die geforderte Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit konnte aus methodischen Gründen aufgrund der im BSG-Urteil aufgeworfenen Frage nur für die medizinische Ernährungsberatung als Einzelmaßnahme (nachfolgend „alleinige Ernährungsberatung“) bewertet werden, da ein anteiliger Effekt der Ernährungsberatung im Rahmen einer multimodalen/multiprofessionellen Behandlung (bestehend z.B. aus Ernährungsberatung, krankheitsspezifischer Diät, Bewegungstherapie, medikamentöse Therapie, Verhaltenstherapie) nicht abgegrenzt werden kann. Der Nutzen der Ernährungsberatung im Rahmen multimodaler/multiprofessioneller Behandlungsmaßnahmen

im Krankenhaus oder in Rehabilitationseinrichtungen ist nicht Gegenstand einer Nutzenbewertung nach § 138 SGB V.

2.2 Nutzen und medizinische Notwendigkeit der Ernährungsberatung

Im Rahmen eines Bewertungsverfahrens sind grundsätzlich alle Indikationen zu beraten, die vom Beratungsantrag umfasst sind. Da es hier aufgrund der BSG-Entscheidung als Beratungsanlass an einem Beratungsantrag mit hinreichender Indikationsspezifikation fehlte, war der Beratungsumfang entsprechend aus den Urteilsgründen abzuleiten. Danach waren grundsätzlich sämtliche Indikationen einzubeziehen, die in den vom Gesetzgeber im DiätAssG vorausgesetzten Tätigkeitsbereich der Diätassistentinnen und Diätassistenten fallen. Ferner sind grundsätzlich alle sonstigen Indikationen, die in Stellungnahmen oder der ausgewerteten wissenschaftlichen Literatur genannt wurden, zu beraten. Von einer Beratung konnte nur bei solchen Indikationen abgesehen werden, die eine inhaltliche Begründung für die Aufnahme etwa in Form der nach 2. Kap. § 6 Abs. 3 VerfO im Regelfall erforderlichen Unterlagen gemäß 2. Kap. § 10 VerfO nicht erkennen ließen bzw. bei denen es von vornherein an jeglichen wissenschaftlichen Unterlagen fehlte.

2.2.1 Ergebnis der Nutzenbewertung

Grundlage des Bewertungsverfahrens bildeten mehrere indikationsoffene Literaturrecherchen. Die Nutzenbewertung konnte sich dabei ausschließlich auf den Gegenstand „ambulante Ernährungsberatung“ beziehen, unabhängig davon, welche Berufsgruppe oder welcher Leistungserbringer die Maßnahme erbringt. Aus methodischen Gründen waren daher für die Bewertung des Nutzens einer Ernährungsberatung außer DiätassistentInnen/Ernährungsberater (engl. dieticians) auch andere Berufsgruppen und Leistungserbringer (multidisziplinäre Teams, Ärzte (Physicians), Krankenschwestern (Nurses, Lactation nurses), Nutritionists, Ökotrophologen) sowie auch andere Formen der Ernährungsberatung als die „face-to-face-Beratung“ (PC-unterstützte Ernährungsberatung, telefonische Ernährungsberatung) einzubeziehen.

Studien, die sich mit der Untersuchung des Nutzens der Ernährungsberatung befassen, wurden in unterschiedlicher Qualität zu nachfolgend genannten Indikationen vorgefunden: Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Hypercholesterinämie/Hyperlipidämie, Hypertonie, Niereninsuffizienz, Onkologische Erkrankungen, Osteoporose, Schlafapnoe, Psychose und chronische Herzinsuffizienz.

Die im Rahmen der Nutzenbewertung berücksichtigten Studien ergaben keinen Beleg eines Nutzens der alleinigen Ernährungsberatung hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte bei den berücksichtigten Indikationen Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Hypercholesterinämie/Hyperlipidämie, Hypertonie, Niereninsuffizienz, Onkologische Erkrankungen,

Osteoporose, Schlafapnoe, Psychose und chronische Herzinsuffizienz. In einigen der ausgewerteten Studien zeigten sich Hinweise auf die Wirksamkeit der Ernährungsberatung bezogen auf Surrogatparameter, z. B. zur Senkung des Körpergewichts bzw. des BMI bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, zur Blutdruckreduktion bei Hypertonikern sowie zur Senkung des Phosphatspiegels bei Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittener Niereninsuffizienz. Einige Studien bei onkologischen Erkrankungen gaben Hinweise für eine Reduzierung von Nebenwirkungen und eine Verbesserung der Lebensqualität durch Ernährungsberatung. Aufgrund von qualitativen Mängeln oder fehlender klinischer Relevanz waren diese Studien allerdings trotz statistisch signifikanter Ergebnisse nicht geeignet, den Nutzen einer alleinigen Ernährungsberatung zu belegen.

Für andere in den Stellungnahmen genannte Indikationen, z. B. entzündliche Magen- und Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa, M. Crohn), Kurzdarmsyndrom, Magengeschwür, Hyperurikämie, Gicht, Psoriasis vulgaris, Psoriasis arthritis konnten weder in systematischen Literaturrecherchen noch in den recherchierten Leitlinien Studien identifiziert werden, die den erforderlichen Einschlusskriterien entsprechen. Von den Stellungnehmern nach der Veröffentlichung des Beratungsthemas wurden auch keine entsprechenden Unterlagen zur Verfügung gestellt. Der Nutzen einer alleinigen Ernährungsberatung hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte bei den in den Stellungnahmen genannten weiteren Indikationen, z. B. entzündliche Magen- und Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa, M. Crohn), Kurzdarmsyndrom, Magengeschwür, Hyperurikämie, Gicht, Psoriasis vulgaris, Psoriasis arthritis lässt sich also aufgrund fehlender vergleichender Studien nicht hinreichend belegen.

Zusammenfassend ist bei den vorgenannten Indikationen nach Bewertung der vorliegenden Unterlagen unter Berücksichtigung der medizinischen Relevanz, des Spontanverlaufs der Erkrankung und der therapeutischen Alternativen die medizinische Notwendigkeit für eine alleinige Ernährungsberatung nicht gegeben. (Kapitel B-4 bis B-4.7 in: Beratungsverfahren gem. § 138 SGB V „Ambulante Ernährungsberatung, Zusammenfassende Dokumentation, 23.01.2013“; VerfO des G-BA: 2. Kap. § 13 Abs. 3 in Verbindung mit § 10 Abs. 2 und § 11 Abs. 6).

2.2.2 Besonderheit: seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose

In den Stellungnahmen zur Veröffentlichung des Beratungsthemas wurden übereinstimmend angeborene seltene Stoffwechselerkrankungen genannt, bei denen eine Diättherapie bzw. Ernährungsberatung als alternativlose medizinische Maßnahme gilt, da ansonsten Tod oder schwere Behinderung drohen (nachfolgend zur Vereinfachung „seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen“ genannt).

Es handelt sich dabei insbesondere um

- Mukoviszidose
- Biotinidasemangel
- Galaktosämie
- Aminoacidopathien (z.B.: Phenylketonurie (PKU) und Hyperphenylalaninämie (HPA) Ahornsirupkrankheit (MSUD),
- Fettsäureoxidationsdefekte (z.B.: Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD), Long-Chain-3-OH-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (LCHAD), Very-Long-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (VLCAD),
- Carnitinzyklusdefekte (z.B.: Carnitin-Palmitoyl-Transferase-I-Mangel (CPT-I) Carnitin-Palmitoyl-Transferase-II-Mangel (CPT-II) , Carnitin-Acylcarnitin-Translocase-Mangel (CAT),
- Organoacidämien (z.B.: Glutaracidurie Typ I (GA I), Isovalerianacidämie (IVA)

Der kausale Zusammenhang zwischen der Erkrankung (angeborene Stoffwechselstörung/ Mukoviszidose) als auslösende Ursache und drohendem Tod bzw. schwerer Behinderung ist gesichert. Eine stringente Diät, zu denen die betroffenen Patientinnen und Patienten bzw. deren Eltern beraten werden müssen, gilt bei diesen Erkrankungen international als etablierter therapeutischer Standard. Zu diesen Indikationen konnten in der Literaturrecherche keine den Einschlusskriterien entsprechenden Studien gefunden werden. Wie in der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO 2. Kapitel, 4. Abschnitt, §13) festgehalten, kann es bei seltenen Erkrankungen, bei Methoden ohne vorhandene Alternative oder aus anderen Gründen unmöglich oder unangemessen sein, Studien der höchsten Evidenzstufen durchzuführen oder zu fordern. In solchen Konstellationen kann zur Anerkennung des Nutzens auf Erkenntnisse auch deutlich niedriger Evidenzstufen zurückgegriffen werden. Um den gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, auf dessen Berücksichtigung die Patientinnen und Patienten bei ihrer Behandlung gemäß SGB V Anspruch haben, zutreffend und zweifelsfrei zu ermitteln, wurde deshalb für diese Indikationen eine schriftliche und ergänzend mündliche Expertenanhörung durchgeführt. Die Ergebnisse der Expertenanhörung wurden als wesentliche Grundlage für die Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung für diese Erkrankungen benutzt und stellen sich wie folgt dar:

Die Ernährungsberatung ist bei den angeborenen Stoffwechselerkrankungen und bei der Mukoviszidose wesentlicher und unverzichtbarer Bestandteil der Therapie, ohne die schwere gesundheitliche Schädigungen bis hin zum Tod die unausweichliche Folge wären.

Zusammenfassend sind bei den seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen/ Mukoviszidose nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sowie auf Grundlage der Aussagen von Sachverständigen unter Berücksichtigung der medizinischen

Relevanz, des Spontanverlaufs der Erkrankung und der therapeutischen Alternativen (s. 2. Kap. § 13 Abs. 3 in Verbindung mit § 10 Abs. 2 und § 11 Abs. 6 VerfO) der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit für eine Ernährungsberatung gegeben. Der erfassten Literatur und den Stellungnahmen sind keine Untersuchungen zu Aspekten der Wirtschaftlichkeit zu entnehmen.

2.3 Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Ernährungsberatung bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose

Gemäß den Vorgaben der Verfahrensordnung bedarf es bei den Indikationen, für die der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Ernährungsberatung als gegeben anzusehen ist, einer Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit im Versorgungskontext. Der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit für eine Ernährungsberatung gelten bei den seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und der Mukoviszidose, bei denen eine Diättherapie bzw. Ernährungsberatung als alternativlose medizinische Maßnahme gilt, da ansonsten Tod oder schwere Behinderung droht, als belegt (vgl. Kap. 2.2.2). Aufgrund der Teilbeanstandung des BMG mit Schreiben vom 30. September 2015 bedürfen die Folgerungen aus diesem Zwischenergebnis weiterer Beratungen; sie bleiben in der Konsequenz einer gesonderten Beschlussfassung vorbehalten.

2.4 Fazit

Der G-BA hatte nach Maßgabe des BSG-Urteils vom 28. Juni 2000, Az. B 6 KA 26/99 R in einem förmlichen Verfahren darüber zu entscheiden, ob die Ernährungsberatung in den Katalog der zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Heilmittel (Heilmittel-Richtlinie § 92 SGB V) aufzunehmen ist.

Die Bewertung kam zu dem Ergebnis, dass mangels hinreichender Belege zum Nutzen die ambulante Ernährungsberatung nicht als ärztlich zu verordnende Einzelmaßnahme in die Heilmittel-Richtlinie aufgenommen wird.

Dieser Beschluss gilt nicht für die Indikationen seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose, deren Regelung einer gesonderten Beschlussfassung vorbehalten bleibt. Insoweit ist nämlich auf der Grundlage der hier vorliegenden Voraussetzungen einer Absenkung der Anforderungen an die Evidenz ein Nutzen anzuerkennen. Aufgrund der Beanstandung des BMG mit Schreiben vom 30. September 2015 bedürfen die Folgerungen aus diesem Zwischenergebnis weiterer Beratungen; sie bleiben in der Konsequenz einer gesonderten Beschlussfassung vorbehalten.

Bis dahin wird empfohlen, die Ernährungsberatung als notwendigen Bestandteil der ärztlichen Leistung bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen/Mukoviszidose zu berücksichtigen.

3 Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen gewürdigt.

4 Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

A-2 Änderung der Heilmittel-Richtlinie: ambulante Ernährungsberatung bei den Indikationen angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose

A-2.1 Beschluss vom 16.03.2017



Bundesanzeiger

Herausgegeben vom
Bundesministerium der Justiz
und für Verbraucherschutz
www.bundesanzeiger.de

Bekanntmachung

Veröffentlicht am Freitag, 9. Juni 2017
BAnz AT 09.06.2017 B5
Seite 1 von 6

Bundesministerium für Gesundheit

**Bekanntmachung
eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeiM-RL):
Aufnahme der ambulanten Ernährungsberatung
bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose**

Vom 16. März 2017

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. März 2017 beschlossen, die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeiM-RL) in der Fassung vom 20. Januar 2011 (Bekanntmachung vom 20. Januar 2011/19. Mai 2011, BAnz. S. 2247), zuletzt geändert am 16. März 2017 (BAnz AT 29.05.2017 B7), wie folgt zu ändern:

I.

Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

- a) In § 2 wird in Absatz 1 der Spiegelstrich „– die Ernährungstherapie (§§ 42 bis 45).“ angefügt.
- b) In § 4 Absatz 2 Satz 2 wird nach dem Wort „Leitsymptomatik“ ein Schrägstrich eingefügt und die Klammer um die Wörter „funktionellen/strukturellen Schädigungen“ gestrichen.
- c) § 7 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 6 wird folgende Nummer 5 angefügt:

„5. in der Ernährungstherapie:
– das im Katalog genannte Heilmittel.“
 - b) In Absatz 8 wird in Satz 2 nach dem Wort „Leitsymptomatik“ die Angabe „/funktionelle/strukturelle Schädigung“ eingefügt.
 - c) Absatz 10 wird wie folgt neu gefasst:

„Die maximale Verordnungsmenge bei Erst- und Folgeverordnungen ist im Heilmittelkatalog festgelegt.“
- d) In § 10 wird in Satz 1 die Angabe „D bis G“ durch die Angabe „D bis H“ ersetzt.
- e) In § 13 Absatz 2 werden
 - a) in Buchstabe l in Satz 2 die Wörter „sowie für die Ergotherapie“ durch die Wörter „, für die Ergotherapie sowie für die Ernährungstherapie“ ersetzt.
 - b) in Buchstabe m in Satz 2 nach dem Komma hinter „Leitsymptomatik,“ die Wörter „für die Ernährungstherapie ist die funktionelle/strukturelle Schädigung“ und in Satz 3 nach dem Wort „Leitsymptomatik“ die Wörter „bzw. der funktionellen/strukturellen Schädigungen“ eingefügt.
- f) In § 15 Absatz 1 werden folgende Änderungen vorgenommen:
 - a) Die Wörter „Podologinnen und Podologen“ werden ersetzt durch die Wörter „der Podologie und in der Ernährungstherapie“
 - b) Folgender Satz 2 wird angefügt:

„Ein dringlicher Behandlungsbeginn ist auf der Verordnung kenntlich zu machen.“
- g) In § 16 Absatz 3 Satz 2 werden nach dem Wort „Therapie“ die Wörter „sowie der Ernährungstherapie“ eingefügt.
- h) Nach § 41 wird folgender neuer Abschnitt angefügt:

„H. Ernährungstherapie

§ 42

Grundlagen

(1) Ernährungstherapie im Sinne dieser Richtlinie ist ein verordnungsfähiges Heilmittel, das sich auf die ernährungstherapeutische Behandlung seltener angeborener Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose (Cystische Fibrose – CF) richtet, wenn sie als medizinische Maßnahme (gegebenenfalls in Kombination mit anderen Maßnahmen) zwingend erforderlich ist, da ansonsten schwere geistige oder körperliche Beeinträchtigungen oder Tod drohen. Die Ernährungstherapie nach Satz 1 ist Teil des ärztlichen Behandlungsplans und umfasst insbesondere die Beratung zur Auswahl und Zubereitung natürlicher Nahrungsmittel und zu krankheitsspezifischen Diäten sowie die Erstellung und Ergänzung eines Ernährungsplans.

(2) Ernährungstherapie richtet sich an die Patientin oder den Patienten oder die relevanten Bezugspersonen. Frequenz und Dauer der Ernährungstherapie erfolgen symptomorientiert und müssen individuell an den sich eventuell rasch ändernden Krankheitszustand und die Stoffwechselsituation der Patientin oder des Patienten angepasst werden. Den besonderen Bedürfnissen von Kindern, Jugendlichen und Schwangeren mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen sowie Mukoviszidose muss Rechnung getragen werden. Ernährungstherapie wird in der Regel als Einzeltherapie verordnet, ist aber auch als Gruppentherapie möglich. Eine Ernährungstherapie wird in Einheiten von 30 Minuten verordnet. Sofern therapeutisch notwendig, können auch mehrere Einheiten pro Tag erbracht werden.

(3) Ziele der Ernährungstherapie sind eine altersgemäße, körperliche und geistige Entwicklung, das Erreichen eines stabilen Ernährungszustands, die Verhütung einer Verschlimmerung von Krankheitsfolgen oder deren Minderung, die Vermeidung von Komplikationen, die Erhaltung des erreichten Therapieerfolgs und eine verbesserte Lebenserwartung.

§ 43

Inhalt der Ernährungstherapie

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.

§ 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 der Maßnahmen anhand von Zielvorgaben 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.

(4) Ernährungstherapie kann ausnahmsweise in Abstimmung mit dem Verordner oder der Verordnerin nach Absatz 1, von Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten die nicht auf Versorgung von seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose spezialisiert sind, verordnet werden. Dies kann insbesondere der Fall sein, wenn das Aufsuchen der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes gemäß Absatz 1 durch die Patientin oder den Patienten oder die relevante Bezugsperson mit dem alleinigen Ziel einer Verordnung erfolgt. Voraussetzung dabei ist, dass die Patientin oder der Patient die vorhergehende Verordnung gemäß Absatz 1 erhalten hat und diese nicht länger als 12 Monate zurückliegt.

(5) Die Ernährungstherapie bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen wird von für die Behandlung und Therapie der Erkrankung qualifizierten Therapeutinnen oder Therapeuten erbracht, die neben den im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Qualifikationen, eine Therapieerfahrung in der Behandlung von seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen bei mindestens 75 behandelten Patienten im Rahmen einer mindestens einjährigen Berufserfahrung sowie folgende spezielle Kenntnisse nachweisen:

- Fütterungsproblematik im Säuglings- und Kleinkindalter/Esstörungen,
- enterale Ernährung/Sondenarten/pädiatrische Produkte,
- Krankheitsbilder und Diätetik bei Stoffwechselstörungen:
 - familiäre Hypercholesterinämien,
 - Galaktosämie und hereditäre Fructoseintoleranz,
 - Phenylketonurie,
- eiweißarme Diäten bei angeborenen Stoffwechselstörungen,
- Störungen im Abbau von Aminosäuren (Grundlagen und Überblick),
- Störungen im Abbau des Phenylalanin-Stoffwechsels (PKU),
- Störungen im Abbau der verzweigt-kettigen Aminosäuren (MSUD),
- Störungen im Abbau des Lysin-Stoffwechsels (Glutarazidurie),
- Störungen im Abbau des Methionin-Stoffwechsels (Homocystinurie),
- Organoazidurie - Störungen im Propionat- und Methylmalonat-Stoffwechsel,
- Harnstoffzyklusdefekte,
- kohlenhydratdefinierte Diäten bei Störungen im Kohlenhydrat-Stoffwechsel,
- Glykogenose,
- Galaktosämie,
- Fructoseintoleranz,
- fettdefinierte Diäten bei Störungen im Fett-Stoffwechsel,
- Störungen im Transport exogener Lipide (β -Oxydationsstörungen),
- Störungen im Fett- und Energiestoffwechsel (PDH-Defekte, MAD-Defekte).

Dabei werden Patientinnen und Patienten für jedes das erste Behandlungsjahr übersteigende Jahr als behandelte Patientin oder behandelter Patient im Sinne des vorstehenden Satzes gezählt. Eine Therapie unter Anleitung einer Therapeutin oder eines Therapeuten nach Satz 1, ist auf den erforderlichen Umfang der Therapieerfahrung anrechnungsfähig. Die speziellen Kenntnisse müssen im Rahmen der Berufsausübung oder durch weitere Qualifikationen erlangt werden.

(6) Die Ernährungstherapie bei Mukoviszidose wird von für die Behandlung und Therapie der Erkrankung qualifizierten Therapeutinnen oder Therapeuten erbracht, die neben den im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Qualifikationen, eine Therapieerfahrung in der Behandlung von Mukoviszidose bei mindestens 50 Patienten im Rahmen einer mindestens einjährigen Berufserfahrung sowie folgende spezielle Kenntnisse nachweisen:

- Ernährungssituation von Patienten mit Mukoviszidose unter Berücksichtigung des altersabhängigen erhöhten Energiebedarfs,
- Berechnung des Energiebedarfs von CF-Patienten,
- Bedeutung fettlöslicher Vitamine, Mineralien, Spurenelemente in der Ernährung bei CF,
- Verdauungsenzyme und Enzymsubstitution bei CF,
- Vorgehen bei Malnutrition im Säuglings- und Kleinkindalter, bei Jugendlichen und Erwachsenen,
- Besonderheiten in der Schwangerschaft und Stillzeit,
- Ernährungstherapie bei Problemsituationen, z. B. schwere chronische Atemnot, Pubertätsverzögerung, Osteopenie,
- Besonderheiten der Ernährungstherapie bei Organkomplikationen, z. B.
 - Diabetes mellitus,
 - Leberzirrhose,
- Ernährungstherapie nach Organtransplantation.

Dabei werden Patientinnen und Patienten für jedes das erste Behandlungsjahr übersteigende Jahr als behandelte Patientin oder behandelter Patient im Sinne des vorstehenden Satzes gezählt. Eine Therapie unter Anleitung einer Therapeutin oder eines Therapeuten nach Satz 1, ist auf den erforderlichen Umfang der Therapieerfahrung anrechnungsfähig. Die speziellen Kenntnisse müssen im Rahmen der Berufsausübung oder durch weitere Qualifikationen erlangt werden.

(7) Vor dem Hintergrund der Komplexität der seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder der Mukoviszidose bedarf es zur Gewährleistung der Patientensicherheit und Behandlungsqualität über § 14 hinaus eines kontinuierlichen Informationsaustauschs und einer engen fachlichen Zusammenarbeit zwischen dem ärztlichen Verordner oder der Verordnerin und der Therapeutin oder dem Therapeuten. Durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur trägt die Therapeutin oder der Therapeut Sorge, dass eine Zusammenarbeit mit der für die Behandlung der seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankung oder Mukoviszidose verantwortlichen Vertragsärztin oder dem verantwortlichen Vertragsarzt nach Absatz 1 besteht. Hierzu bedarf es keiner vertraglichen Vereinbarung. Das Nähere ist in den Vereinbarungen nach § 125 SGB V zu regeln.

§ 45

Evaluation der Einführung der Ernährungstherapie

Drei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie soll der zuständige Unterausschuss des G-BA die Einführung der Ernährungstherapie als verordnungsfähiges Heilmittel für Patienten und Patientinnen mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose prüfen und gegebenenfalls erforderliche Änderungen der Bestimmungen empfehlen.“

II.

Im Heilmittelkatalog („Zweiter Teil – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen“) wird nach dem Abschnitt „III. Maßnahmen der Ergotherapie“ folgender neuer Abschnitt „IV. Maßnahmen der Ernährungstherapie“ gemäß Anlage angefügt.

III.

Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Januar 2018 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 16. März 2017

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende
Prof. Hecken

IV. Maßnahmen der Ernährungstherapie

Inhaltsübersicht

- 1 Seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen
- 2 Mukoviszidose

Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog für Ernährungstherapie

- Erst-VO = Erstverordnung
- Folge-VO = Folgeverordnung
- + = und (zusätzlich)
- / = oder (alternativ)

1 Seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen

Indikation		Ziel der ambulanten Ernährungstherapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Diagnosengruppe	Funktionelle/strukturelle Schädigung		Heilmittel	Verordnungsmengen je Diagnose weitere Hinweise
<p>SAS Seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen</p> <p>– wenn Ernährungstherapie als medizinische Maßnahme (gegebenenfalls in Kombination mit anderen Maßnahmen) alternativlos ist, da ansonsten Tod oder Behinderung drohen</p> <p>Angeborene Enzymdefekte des Eiweißstoffwechsels, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> – Phenylketonurie (PKU) – Tyrosinämie – Ahornsirupkrankheit – Ornithinämie – Propionazidurie – Methylmalonylazidurie – Isovalerianazidurie – Homocystinurie – Harnstoffzyklusdefekte – Glutarazidurie I <p>Kohlenhydratstoffwechsels, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> – Glykogenose I – Glykogenose III – Glykogenose VI / IX – Hereditäre Fructoseintoleranz – Galaktosämie – Glucose-Galactose-Malabsorption – Pyruvatdehydrogenase-Mangel – GLUT I Defekt 	<ul style="list-style-type: none"> – Störungen des Eiweißstoffwechsels, – Störung des Kohlenhydratstoffwechsels, – Störung des Fettstoffwechsels oder – Störung des Energiestoffwechsels 	<ul style="list-style-type: none"> – Stabilisierung und/oder Erhalt altersabhängig im therapeutischen Zielbereich liegender Stoffwechselformparameter – Altersgerechte geistige und körperliche Entwicklung – Vermeidung schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderungen und Tod – Vermeidung von Mangelversorgung – Vermeidung, Abmilderung und Therapie von Stoffwechselfehlgängen – bei Schwangeren: Vermeidung von embryonalen oder fetalen Schädigungen 	<p>Ernährungs-therapie</p>	<p>Erst-VO und Folge-VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> – je nach Bedarf für maximal 12 Wochen <p>Frequenzempfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – nach Bedarf <p>In der Ernährungstherapie sind keine behandlungsfreien Intervalle gemäß § 7 Absatz 5 Satz 1 der Richtlinie zu berücksichtigen.</p>

Indikation		Ziel der ambulanten Ernährungstherapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Diagnosengruppe	Funktionelle/strukturelle Schädigung		Heilmittel	Verordnungsmengen je Diagnose weitere Hinweise
Fett- und Energiestoffwechselstörungen, insbesondere <ul style="list-style-type: none"> - Glutarazidurie II - MCAD-Mangel - VLCAD-Mangel - LCAD-Mangel - MTP-Mangel - CPT I - CPT II - Carnitintransportdefekt - Abetalipoproteinämie 				
2 Mukoviszidose				
Indikation		Ziel der Ernährungstherapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Diagnosengruppe	Funktionelle/strukturelle Schädigung		Heilmittel	Verordnungsmengen je Diagnose weitere Hinweise
CF Mukoviszidose (Cystische Fibrose)	<ul style="list-style-type: none"> - kompensierter normaler Ernährungszustand - Gedeihstörung oder Gewichtsverlust - drohende Gedeihstörung oder drohender Gewichtsverlust - Gedeihstörung oder Gewichtsverlust im Zusammenhang mit sonstigen Organmanifestationen/-Komplikationen <ul style="list-style-type: none"> - Pankreas - Leber und Gallenwege - Organtransplantation 	<ul style="list-style-type: none"> - Erhalt des Normalgewichts - Vermeidung eines Gewichtsverlustes - Stabilisierung des Ernährungszustandes 	Ernährungstherapie	Erst-VO und Folge-VO: <ul style="list-style-type: none"> - je nach Bedarf für maximal 12 Wochen Frequenzempfehlung: <ul style="list-style-type: none"> - nach Bedarf In der Ernährungstherapie sind keine behandlungsfreien Intervalle gemäß § 7 Absatz 5 Satz 1 der Richtlinie zu berücksichtigen.

A-2.2 Tragende Gründe vom 16.03.2017

1 Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Versorgung u.a. die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Sie dient der Gewähr einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemeinen anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln. Der Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit Heilmitteln im Rahmen der Krankenbehandlung ergibt sich aus § 27 Abs. 1 Satz 1 und 2 Nr. 3 i. V. m. § 32

SGB V. In der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/ HeilM-RL) regelt der G-BA gemäß § 92 Abs. 6 Satz 1 SGB V u. a. den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel sowie die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen.

Die an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte dürfen neue Heilmittel gemäß § 138 Abs. 1 SGB V nur verordnen, wenn der G-BA zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat. Der G-BA überprüft in diesem Zusammenhang für die ambulante vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue Heilmittel daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob ein neues Heilmittel ambulant zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden darf.

2 Eckpunkte der Entscheidung

Am 22. Januar 2015 beschloss der G BA die ambulante Ernährungsberatung nicht in die Heilmittel-Richtlinie aufzunehmen. Die Nichtaufnahme der ambulanten Ernährungsberatung bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose als ärztlich zu verordnende Einzelmaßnahme in die Heilmittel-Richtlinie wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Schreiben vom 30. September 2015 beanstandet.

Der G-BA hat daraufhin in seiner Sitzung am 17. Dezember 2015 den Unterausschuss Veranlasste Leistung (UA VL) beauftragt, die Beratung über die Aufnahme der Ernährungsberatung in die HeilM-RL bei den Indikationen „seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose“ als neues verordnungsfähiges Heilmittel wiederaufzunehmen. Der nicht beanstandete Teil des Beschlusses wurde mit einem formalen Änderungsbeschluss durch das Plenum in seiner Sitzung am 17. Dezember 2015 in Kraft gesetzt.

2.1 Neuregelungen im Allgemeinen Teil des Richtlinien textes (Abschnitt A bis C)

2.1.1 Zu § 2 – Heilmittel

Aufgrund der Aufnahme der Ernährungstherapie bei den genannten Indikationen als neues Heilmittel, bedarf es einer entsprechenden Ergänzung in § 2 der Richtlinie.

2.1.2 Zu § 4 – Heilmittelkatalog

Aufgrund der Streichung des Wortes „Leitsymptomatik“ im Heilmittelkatalog für die Ernährungstherapie, bedarf es notwendige Folgeänderungen am Richtlinien text.

2.1.3 Zu § 7 – Verordnung im Regelfall; Erst- und Folgeverordnung

Absatz 6 wird um das neue Heilmittel Ernährungstherapie ergänzt. In Absatz 10 wird eine differenzierte Darstellung der Verordnungsmengen je Heilmittel für nicht notwendig erachtet, da sich die jeweiligen maximalen Verordnungsmengen bei Erst- und Folgeverordnungen aus den Angaben im Heilmittelkatalog ergeben. Darüber hinaus bedarf es auch in Absatz 8 notwendiger Folgeänderungen aufgrund der Streichung des Wortes „Leitsymptomatik“ im Heilmittelkatalog für Ernährungstherapie.

2.1.4 Zu § 13 Absatz 2

In Übertragung der Regelungen zur Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und zur Ergotherapie wonach bei der Verordnung die Leitsymptomatik anzugeben ist, ist auch bei der Verordnung von Ernährungstherapie die funktionelle/strukturelle Schädigung nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs anzugeben.

Bei der Versorgung mit Ernährungstherapie ist die funktionelle/strukturelle Schädigung für den Einsatz der Ernährung entscheidend. Symptomaten, welche durch die Funktionsstörungen im Stoffwechsel entstehen, sollen mit einer angepassten Ernährung verhindert werden. Insofern ist der Begriff „Leitsymptomatik“ missverständlich.

2.1.5 Zu § 15 – Beginn der Heilmittelbehandlung

In Absatz 1 erfolgt die Ergänzung, dass die Ernährungstherapie innerhalb von 28 Tagen begonnen werden soll sowie die Klarstellung, dass ein dringlicher Behandlungsbeginn auf der Verordnung kenntlich zu machen ist.

2.1.6 Zu § 16 – Durchführung der Heilmittelbehandlung

Ernährungstherapie kann auch nach längeren Unterbrechungen auf Grundlage der ursprünglichen Verordnung weitergeführt werden; eine Unterbrechung führt nicht zur Ungültigkeit der Verordnung.

2.2 Neuregelung zu den Maßnahmen der Ernährungstherapie (Kapitel H)

Begrifflichkeit Ernährungsberatung – Ernährungstherapie

Bisher wurden die Beratungen im G-BA unter der Bezeichnung „Ambulante Ernährungsberatung“ geführt. Dies erfolgte insbesondere deswegen, weil nach Maßgabe der zugrundeliegenden Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) der Nutzen der Leistungen von Diätassistentinnen und Diätassistenten hinsichtlich ihres gesamten Tätigkeitsfeldes und des zu behandelnden Indikationsspektrums, u.a. Adipositas, Diabetes, etc., zu bewerten war. Die Tätigkeit von Diätassistentinnen und Diätassistenten umfasst dabei sowohl

„Ernährungsberatung“ (syn. Diätberatung) als auch „Ernährungstherapie“ (syn. Diätetik) (vgl. DiätAss-APrV 1994).

Da nach Maßgabe der Nutzenbewertung die Aufnahme des neuen Heilmittels nunmehr ausschließlich für seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen und die Mukoviszidose erfolgt, die unter Berücksichtigung von Expertenaussagen (vgl. G-BA 2015) und Leitlinien (vgl. GPGE 2011) primär ernährungs- bzw. diättherapeutisch behandelt werden, ist das verordnungsfähige Heilmittel im Richtlinien-text sowie im Heilmittelkatalog mit „Ernährungstherapie“ bezeichnet worden.

Die Verwendung des Begriffs „Ernährungstherapie“ deckt sich auch mit den Ausführungen der Zusammenfassenden Dokumentation unter B-4.8 „Schwerpunkt angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose“ (vgl. G-BA 2015), dort findet sich der Begriff „Ernährungsberatung“ nicht, hier heißt es:

*„Wie im Methodenteil unter B-2.3 ausgeführt, wurden in den Stellungnahmen übereinstimmend bestimmte angeborene Stoffwechselerkrankungen (z.B. Galaktosämie, PKU) genannt, bei denen **Diättherapie** als medizinische Maßnahme ohne Alternative gilt, da ansonsten Tod oder schwere Behinderung dieser Kinder droht...“*

Auch im Rahmen der Expertenanhörung haben die Sachverständigen in Bezug auf die o.g. Erkrankungsbilder die Begriffe „Ernährungstherapie“ und „Diätetik“ verwendet.

Zur Klarstellung der Abgrenzung zwischen „**Ernährungsberatung**“ und „**Ernährungstherapie**“ sollen nachfolgende Ausführungen dienen.

Unter dem Aspekt der Leistungserbringung sowie leistungsrechtlicher Abgrenzungen richtet sich **Ernährungsberatung** originär an Gesunde. Ernährungsberatung ist dabei als ein ganzheitlicher Ansatz zur Primärprävention und Gesundheitsförderung zu verstehen.

Beratungsziele sind:

- Vermittlung der Grundsätze einer gesundheitsfördernden, vollwertigen Ernährung, um Mangel- und Fehlernährung zu vermeiden und das Risiko ernährungsbedingter Krankheiten zu reduzieren
- Nachhaltige Verbesserung der individuellen Ernährungsweise und des Ernährungsverhaltens sowie ggf. die Lösung von Ernährungsproblemen
- Verbesserung der Entscheidungsfähigkeit und Handlungskompetenz (vgl. Koordinierungskreis QS 2014)

Da Beratung sowohl präventive, kurative als auch rehabilitative Aufgaben erfüllen kann, kann Ernährungsberatung in Abhängigkeit inhaltlicher Schwerpunkte und verfolgter Zielstellung sich

sowohl an gesunde als auch kranke Nutzerinnen oder Nutzer richten. Ernährungsberatung ist ein individuelles oder gruppenbezogenes Angebot von Training, Information und Empfehlung zur Ernährungsmodifikation, um die Nährstoffaufnahme oder Nährstofftoleranz zu verbessern. Die Ernährungsberatung (syn. Diätberatung) kann Teil einer Ernährungsintervention sein (vgl. DGEM 2013).

Ernährungstherapie richtet sich hingegen ausschließlich an Kranke und erfolgt in enger Kooperation mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt. Sie wird zur Behandlung ernährungsbedingter Erkrankungen oder bei krankheitsbedingten Ernährungsproblemen eingesetzt (vgl. Koordinierungskreis QS 2014). Sie umfasst alle ernährungsbezogenen Maßnahmen zur Restitution von Gesundheit und Wiedererlangung des Handlungsvermögens (vgl. VDD 2015).

Entsprechend der Angaben der Academy of Nutrition and Dietetics verfolgt Ernährungstherapie den Zweck, das identifizierte Ernährungsproblem unter Berücksichtigung der Bedürfnisse - und wenn möglich - der Lebenswelten des Nutzers zu lösen oder zu verbessern (vgl. G-CNP 2015).

Zusammenfassend ist die Ernährungstherapie eine Ernährungsintervention mit klarer therapeutischer Ausrichtung. Leitlinien, Expertenempfehlungen und einschlägige Lehrbücher verwenden im Zusammenhang mit den hier in Rede stehenden Erkrankungsbildern ebenfalls den Begriff der Ernährungstherapie (ggf. auch syn. Diättherapie) (vgl. G-CNP 2015).

Vor diesem Hintergrund wird für die bis dato im Bewertungsverfahren als „Ambulante Ernährungsberatung“ bezeichnete Maßnahme in der Heilmittel-Richtlinie sowie im Heilmittelkatalog der Begriff „Ernährungstherapie“ verwendet.

2.2.1 Zu § 42 – Grundlagen

In Absatz 1 wird das Heilmittel „Ernährungstherapie“ vor dem Hintergrund dieser Richtlinie definiert. Ernährungstherapie ist als Heilmittel ausschließlich zur ernährungstherapeutischen Behandlung seltener angeborener Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose (Cystische Fibrose - CF) verordnungsfähig, wenn sie als medizinische Maßnahme (ggf. in Kombination mit anderen Maßnahmen) zwingend erforderlich, weil alternativlos ist, da ansonsten schwere geistige oder körperliche Beeinträchtigungen oder Tod drohen. Die Formulierung „zwingend erforderlich“ spiegelt das Ergebnis der vorangegangenen Nutzenbewertung wider. Danach ist der therapeutische Nutzen und die medizinische Notwendigkeit einer Ernährungstherapie allein bei den Indikationen seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose gegeben.

In Absatz 2 werden die Adressaten der Ernährungstherapie genannt. Sie richtet sich alters- und kontextabhängig neben der Patientin oder dem Patienten im Bedarfsfall auch an die relevanten Bezugspersonen aus dem engeren persönlichen und sozialen Umfeld.

Mit „relevant“ sind in diesem Zusammenhang Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten gemeint. Solche relevanten Bezugspersonen können insbesondere Eltern, Erzieherinnen/Erzieher, Lehrerinnen/Lehrer, Betreuerinnen/Betreuer oder sonstige Personen sein, die unmittelbar und regelmäßig mit der Krankheit der Patientin oder des Patienten bzw. der Umsetzung der Ernährungstherapie befasst sind.

Bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose (Cystische Fibrose – CF) sind die sich kurzfristig ändernden Krankheitszustände und Stoffwechselsituationen zu berücksichtigen. Soweit für die Therapeutin oder den Therapeuten ersichtlich wird, dass mit einer Einheit an einem Tag die Beratung nicht ausreichend durchgeführt werden kann, können auch mehrere Einheiten an einem Tag erbracht werden. In Absatz 3 werden die grundlegenden Ziele der Ernährungstherapie aufgezählt.

2.2.2 Zu § 43 – Inhalt der Ernährungsberatung

Ernährungstherapie als Heilmittel wird in dieser Richtlinie als kommunikative Interventionsstrategie für Kranke verstanden. Wirksame Interventionsmaßnahmen, die Inhalt der Ernährungstherapie sein können, werden aufgezählt. Menschen jedes Lebensalters können von den Krankheitsfolgen seltener angeborener Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose von Geburt an betroffen sein. Daher wird statuiert, dass sich die Ernährungstherapie als Heilmittel alters- und kontextabhängig sowohl an die Betroffenen als auch an deren relevante Bezugspersonen (siehe Ausführungen zu § 42 Absatz 2) richten kann.

Eine Ernährungstherapie bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und der Mukoviszidose kann die in § 43 aufgeführten Maßnahmen enthalten, die sich wie folgt begründen:

Zu Nummer 1.

Eine Ernährungstherapie bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und der Mukoviszidose beinhaltet, dass vor Aufnahme einer Ernährungstherapie eine Anamnese durch die Therapeutin/den Therapeuten erfolgt. Ferner sind unter Berücksichtigung der variablen persönlichen Kontextfaktoren und des jeweiligen Krankheitsstadiums die definierten Therapieziele abzustimmen und im ernährungstherapeutischen Prozess kontinuierlich zu überprüfen.

Zu Nummer 2.

Bei gegebenem Krankheitsbild müssen den Betroffenen die pathophysiologischen Grundlagen der Erkrankung soweit vermittelt werden, dass sie in die Lage versetzt werden, zu bevorzugende oder zu meidende Inhaltsstoffe von verfügbaren Lebensmitteln zu kennen und unterscheiden zu können.

Zu Nummer 3.

In einem weiteren Beratungsschritt sollen Betroffene in die Lage versetzt werden, verfügbare Lebensmittel für den Verzehr auszuwählen. Die Beratung zur Auswahl soll auch am Lebensalter und soweit möglich an persönlichen Wünschen bzw. Abneigungen der/des Betroffenen ausgerichtet sein.

Zu Nummer 4.

Da eine Reihe seltener angeborener Stoffwechselerkrankungen die Voll- oder Teilversorgung mit diätetischen Lebensmitteln erforderlich macht, ist die Ernährungstherapie in diesem Fall auch auf die Einbeziehung dieser Ernährungsprodukte in den Diätplan auszudehnen.

Zu Nummer 5.

Eine Ernährungstherapie muss bei den vorliegenden Erkrankungen den Umstand einbeziehen, dass eine zum Teil krankheitsbedingt notwendig einseitige diätetische Behandlung mit der Gefahr des Mangels an essentiellen Nährstoffen verbunden ist. Daher ist die Beratung auch darauf auszurichten, Mangelzustände zu vermeiden. Darüber hinaus ist im Rahmen der Beratung bei Mukoviszidose auch die Fett-Resorptionsstörung des Darmes zu berücksichtigen, die auch die Verfügbarkeit bestimmter essentieller Nährstoffe beeinträchtigt.

Zu Nummer 6.

Soweit krankheitsbedingt vollständig oder teilweise eine ausreichende Ernährung nur noch mit pharmazeutisch hergestellten Produkten (Spezial- und Elementardiäten) möglich ist, oder aufgrund einer Resorptionsstörung die Ernährung parenteral erfolgt, ist die Einbeziehung dieser Ernährungsformen in den Alltag der oder des Betroffenen notwendig und anzuleiten.

Zu Nummer 7.

Hinsichtlich zu meidender oder zu ergänzender Substrate bei der Ernährung von an seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose Erkrankten kann nur über ein individuelles Ernährungsprotokoll eine einerseits krankheitsadaptierte, andererseits ausreichende Ernährung gewährleistet werden. Die kontinuierliche Bewertung der Ernährungssituation und die Anleitung zur selbstständigen Auswertung von Ernährungsprotokollen jeweils im Abgleich mit den ärztlich verordneten Vorgaben oder Veränderungen des Ernährungsplans ist verbindlicher Teil der Ernährungstherapie.

Zu Nummer 8.

Da es bei der lebenslangen Behandlung von besonderer Bedeutung ist, phasen- und situationsgerecht diätetische Maßnahmen umzusetzen, wird die Anleitung und die Vermittlung dieser Fähigkeit als Aufgabe der Ernährungstherapie definiert.

Zu Nummer 9.

Um selbstständig entscheiden aber auch, um sich mögliche Ernährungsbereiche erschließen zu können, sind die Betroffenen auf die fachliche Beratung und auf die Vermittlung notwendiger Grundlagenkenntnisse zum gezielten Nachfragen bei der Lebensmittelbeschaffung und bei der Bewertung von Deklarationen von Nahrungsprodukten (Inhaltsstoffe) angewiesen.

Zu Nummer 10.

Die lebenslang erforderliche und situations- und altersentsprechende Zubereitung zuträglicher oder diätetisch notwendiger Nahrung bedarf der Vermittlung spezifischer Kenntnisse und Fertigkeiten in der Küchentechnik.

2.2.3 Zu § 44 – Ärztliche Diagnostik, Zusammenarbeit und Qualitätssicherung

Zu Absatz 1:

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose stellt aufgrund der Seltenheit und Komplexität der Erkrankungen besondere Anforderungen an die verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Durch die Einschränkung der Verordnungsberechtigten auf diejenigen, die auf die Versorgung der Erkrankungen spezialisiert sind, soll sichergestellt werden, dass Ernährungstherapie nur von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten verordnet wird, die über eine besondere Expertise und umfangreiche Erfahrungen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose verfügen. Aufgrund der Heterogenität und Komplexität der Erkrankungen verzichtet der G-BA auf eine Konkretisierung des Begriffs „spezialisiert“ z.B. durch Nennung der Facharztbezeichnung oder Mindestmengen.

Insbesondere da es zurzeit keine eindeutig abgrenzbaren Kriterien zur Einschränkung des Ordnungsrechtes gibt: es fehlt an einer entsprechenden Facharztbezeichnung und ärztlichen Weiterbildung. Es wird davon ausgegangen, dass die auf die Behandlung der seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose spezialisierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte umfassende Kenntnis über die Anwendung spezifischer diagnostischer Methoden und therapeutischer Verfahren in Bezug auf die jeweiligen Krankheitsbilder haben.

Dies beinhaltet auch die Notfalltherapie bei Stoffwechselkrisen.

Die für die Behandlung von seltenen Stoffwechselerkrankungen/Mukoviszidose verantwortlichen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte müssen unmittelbaren Zugang zur Labordiagnostik haben, um die umfassenden und ggf. erforderlichen molekulargenetischen Untersuchungen sicherstellen zu können. Darüber hinaus muss ein unmittelbarer Zugang zu Einrichtungen sichergestellt sein, um die ggf. für die oben genannten Erkrankungen erforderlichen bildgebenden Verfahren und die Funktionsdiagnostik durchführen zu können. Weiterhin bedarf es spezieller Kenntnisse zur Enzymsubstitution.

Die vorliegende Bezugnahme auf Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als verordnungsberechtigte Personen, orientiert sich an dem bisherigen Sprachgebrauch der Heilmittel-RL. Erfasst werden damit sowohl die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärztinnen und Ärzte als auch medizinische Versorgungszentren und ermächtigte Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen (vgl. §§ 72 Absatz 1 Satz 2 i.V.m. § 73 Absatz 2 Satz 2 bis 4 SGB V und § 95 Absatz 1 SGB V).

Vertragszahnärzte sind zur Verordnung von Heilmitteln nach Maßgabe der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte berechtigt.

Nach § 116b Absatz 7 SGB V können zudem im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung Heilmittel verordnet werden.

Zu Absatz 2:

In Absatz 2 wird geregelt, dass Ernährungstherapie nur Patientinnen und Patienten verordnet werden kann, bei denen die Diagnose einer seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankung oder Mukoviszidose gesichert ist. In begründeten Ausnahmefällen ist auch bei gesicherter klinischer aber noch ausstehender verifizierter Diagnose eine Verordnung möglich. Wenn für eine Erkrankung kein gesichertes Diagnoseverfahren bekannt ist, genügen auch in der Fachwelt allgemein anerkannte Kriterien zur Diagnosestellung.

Seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose zeigen keinen konstanten Verlauf, sondern können mit teils ausgeprägten Veränderungen des Gesundheitszustands und der Stoffwechselsituation einhergehen. Dies trifft insbesondere auf Kinder und Jugendliche sowie Schwangere zu. Die therapeutischen Maßnahmen müssen daher regelmäßig überprüft und die Ernährungstherapie ggf. an die aktuelle Stoffwechselsituation sowie den Ernährungsstatus, das Körpergewicht und das Alter angepasst werden.

Zu Absatz 3:

Zur Gewährleistung des Therapieerfolgs bedarf es der Angabe des aktuellen Status der relevanten Stoffwechselfparameter sowie der Angabe der Zielwerte/-korridore zu den relevanten Stoffwechselfparametern durch die verordnende Vertragsärztin/den verordnenden Vertragsarzt. Diese Angaben gehen über die in § 13 der Richtlinie vorgegebenen Pflichtangaben hinaus. Hierzu sind die Laborbefunde von der verordnenden Vertragsärztin/dem verordnenden Vertragsarzt, der Patientin/dem Patienten bzw. der Therapeutin/dem Therapeuten zu übermitteln. Anhand der erhobenen Stoffwechselfparameter richtet der Therapeut bzw. die Therapeutin die Ernährungstherapie aus. Das Wort „sollen“ verdeutlicht in diesem Zusammenhang, dass die Angabe von Stoffwechselfparametern, welche üblicherweise durch Laborparameter erhoben werden, für eine Ernährungstherapie zwar in aller Regel notwendig sind, jedoch eine Erhebung von Laborparametern nicht zwingend eine Voraussetzung für das Ausstellen einer Verordnung darstellt.

Zu Absatz 4:

Durch die Regelung in Absatz 4 soll das Aufsuchen der oder des in Absatz 1 genannten Vertragsärztin oder Vertragsarztes allein zum Zweck der Verordnung der Ernährungstherapie in Ausnahmefällen vermieden werden. Dies kommt beispielsweise im Fall langer Anfahrtswege in ländlichen Regionen zum Tragen, kann sich aber ebenso aus der krankheitsbedingten oder sozialen Situation (z.B. Berufstätigkeit; Betreuung weiterer im Haushalt lebender Kinder) ergeben. Um den Besonderheiten der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose Rechnung zu tragen, muss jedoch sichergestellt sein, dass die Patientin oder der Patient die vorherige Verordnung durch einen gemäß Absatz 1 spezialisierten Vertragsärztin oder Vertragsarzt erhalten hat und seit der letzten Verordnung nach Absatz 1 nicht mehr als 12 Monate vergangen sind.

Aufgrund der Seltenheit und Komplexität von seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und der Mukoviszidose muss zudem eine Abstimmung mit der oder dem in Absatz 1 genannten Behandlerin oder Behandler erfolgen. Eine Abstimmung kann telefonisch erfolgen.

Zu Absatz 5:

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen stellt aufgrund der Seltenheit und Komplexität der Erkrankungen besondere Anforderungen an die Therapeutinnen und Therapeuten. Diätfehler bei Patientinnen und Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen können zu

weitreichenden Komplikationen, mithin zu schweren geistigen oder körperlichen Beeinträchtigungen führen und auch den Tod der Patientin oder des Patienten zur Folge haben. Ein hohes Qualifikationsniveau der auf ärztliche Anordnung eigenverantwortlich tätigen Therapeutinnen und Therapeuten ist daher wichtig für eine hochwertige Leistungserbringung. Der Nachweis von speziellen Kenntnissen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen durch Nachweis einer Therapieerfahrung bei 75 behandelten Patientinnen und Patienten im Rahmen einer mindestens einjährigen Berufserfahrung soll diesen hohen Qualitätsstandard sicherstellen. Dabei wird in Satz 2 gesondert geregelt, wie längerfristig betreute Patientinnen oder Patienten im Rahmen der Zählung der erforderlichen Anzahl behandelter Patientinnen oder Patienten berücksichtigt werden. Erfahrungen, die aus der langfristigen Begleitung von Patientinnen und Patienten herrühren, sind für die Behandlung seltener angeborener Stoffwechselerkrankungen besonders wertvoll, da die Behandlung regelmäßig den jeweils aktuellen Entwicklungs- und Lebensphasen angepasst werden muss. Die längerfristige Begleitung ist daher der kurzfristigen Behandlung verschiedener Patientinnen und Patienten gleichzusetzen. Die vorgesehene Regelung in Satz 2 sieht vor, dass eine Patientin oder ein Patient die oder der über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr von einer Therapeutin oder einem Therapeuten betreut wird, als 2 behandelte Patienten im Sinne des Satzes 1 gilt, wird die Patientin oder der Patient länger als 2 Jahre betreut, als 3 behandelte Patienten im Sinne von Satz 2 usw..

Aufgrund der Komplexität der Indikation seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen soll durch die Vorgabe eine besondere Therapieerfahrung in der Behandlung der betroffenen Personen sichergestellt werden. Für die Therapeutinnen und Therapeuten wird eine Therapieerfahrung bei 75 behandelten Patientinnen und Patienten gefordert, damit diese insbesondere einsetzende Komplikationen schnell erkennen und reagieren können. Dies erscheint vor dem Hintergrund erforderlich, dass die Therapeutinnen und Therapeuten im Bereich der Heilmittelversorgung nicht zwingend eine besondere Teamstruktur - unter ärztlicher Beteiligung - vorfinden wie in einer Einrichtung, die auf seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen spezialisiert ist. Dies führt dazu, dass die Therapeutinnen oder die Therapeuten bei der Behandlung auf sich gestellt sein können und daher selbst über eine hohe Kompetenz und Erfahrung in der Durchführung der Ernährungstherapie bei diesen schweren Krankheitsform verfügen müssen.

Soweit in der nachgewiesenen Therapie- und Berufserfahrung nicht alle der in Absatz 5 Satz 1 aufgeführten speziellen Kenntnisse erworben wurden, können diese auch durch weitere Qualifikationen (insbes. Aus- oder Weiterbildung) nachgewiesen werden.

Mit der Formulierung in Satz 3 soll sichergestellt werden, dass die erforderliche Therapieerfahrung auch unter Anleitung eines bereits qualifizierten Therapeuten

anrechnungsfähig ist, damit auch durch zugelassene Heilmittelerbringer nach § 124 SGB V künftig eine Anleitung von Therapeuten möglich ist. Als Therapeut oder Therapeutin im Sinne der Richtlinie können Fachkräfte mit einem anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich Ernährung, insbesondere

- Diätassistentinnen und Diätassistenten gemäß Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (DiätAssG),
- Ökotrophologinnen und Ökotrophologen (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung; Abschlüsse: Diplom, Master, Bachelor),
- Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Master, Bachelor).

gelten.

Zu Absatz 6:

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose stellt aufgrund der Komplexität der Erkrankung besondere Anforderungen an die Therapeutinnen und Therapeuten. Unzureichende Ernährung und Diätfehler bei Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose können insbesondere aufgrund der Beteiligung des exokrinen Pankreas und des Darmes zu weitreichenden Komplikationen wie Untergewicht, Pubertätsverzögerung, gesteigerten Infektionsraten, sekundären Mangelzuständen und zur Reduzierung der Lebenserwartung führen. Ein hohes Qualifikationsniveau der auf ärztliche Anordnung eigenverantwortlich tätigen Therapeutinnen und Therapeuten ist daher wichtig für eine hochwertige Leistungserbringung. Der Nachweis von speziellen Kenntnissen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose durch Nachweis einer Therapieerfahrung bei 50 behandelten Patientinnen und Patienten im Rahmen einer mindestens einjährigen Berufserfahrung, soll diesen hohen Qualitätsstandard sicherstellen. Dabei wird in Satz 2 gesondert geregelt, wie längerfristig betreute Patientinnen oder Patienten im Rahmen der Zählung der erforderlichen Anzahl behandelter Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden. Erfahrungen, die aus der langfristigen Begleitung von Patientinnen und Patienten herrühren, sind für die Behandlung von Mukoviszidose besonders wertvoll, da die Behandlung regelmäßig den jeweils aktuellen Entwicklungs- und Lebensphasen angepasst werden muss. Die längerfristige Begleitung ist daher der kurzfristigen Behandlung verschiedener Patientinnen und Patienten gleichzusetzen. Die vorgesehene Regelung in Satz 2 sieht vor, dass eine Patientin oder ein Patient die oder der über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr von einer Therapeutin oder einem Therapeuten betreut wird, als 2 behandelte Patienten im Sinne des Satzes 1 gilt, wird die Patientin oder der Patient länger als 2 Jahre betreut, als 3 behandelte Patienten im Sinne von Satz 2 usw..

Aufgrund der Komplexität der Indikation Mukoviszidose soll durch die Vorgabe eine besondere Therapieerfahrung in der Behandlung der betroffenen Personen sichergestellt werden. Für die Therapeutinnen und Therapeuten wird eine Therapieerfahrung bei 50 Patientinnen und Patienten gefordert, damit diese insbesondere einsetzende Komplikationen schnell erkennen und reagieren können. Dies erscheint vor dem Hintergrund erforderlich, dass die Therapeutinnen und Therapeuten im Bereich der Heilmittelversorgung nicht zwingend eine besondere Teamstruktur - unter ärztlicher Beteiligung - vorfinden wie in einer Einrichtung, die auf Mukoviszidose spezialisiert ist. Dies führt dazu, dass die Therapeutinnen oder die Therapeuten bei der Behandlung auf sich gestellt sein können und daher selbst über eine hohe Kompetenz und Erfahrung in der Durchführung der Ernährungstherapie bei diesen schweren Krankheitsform verfügen müssen.

Soweit in der nachgewiesenen Therapie- und Berufserfahrung nicht alle der in Absatz 5 Satz 1 speziellen Kenntnisse erworben wurden, können diese auch durch weitere Qualifikationen (insbes. Aus- und Weiterbildung) nachgewiesen werden.

Mit der Formulierung in Satz 3 soll sichergestellt werden, dass die erforderliche Therapieerfahrung auch unter Anleitung eines bereits qualifizierten Therapeuten anrechnungsfähig ist, damit auch durch zugelassene Heilmittelerbringer nach § 124 SGB V künftig eine Anleitung von Therapeuten möglich ist. Als Therapeut oder Therapeutin im Sinne der Richtlinie können Fachkräfte mit einem anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich Ernährung, insbesondere

- Diätassistentinnen und Diätassistenten gemäß Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (DiätAssG),
- Ökotrophologinnen und Ökotrophologen (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung; Abschlüsse: Diplom, Master, Bachelor),
- Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Master, Bachelor).

gelten.

Zu Absatz 7:

Durch den vorliegenden Beschluss soll eine möglichst flächendeckende Ernährungstherapie bei angeborenen seltenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose sichergestellt werden, um den Patientinnen und Patienten eine wohn- oder arbeitsortnahe Inanspruchnahme der Leistung zu ermöglichen. Aufgrund der dezentralen und auf ärztliche Verordnung eigenständigen Leistungserbringung der Therapeutin oder des Therapeuten muss zur Gewährleistung der Patientensicherheit und Behandlungsqualität sichergestellt sein, dass eine Zusammenarbeit mit der für die Behandlung der seltenen angeborenen

Stoffwechselerkrankung oder Mukoviszidose verantwortlichen Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten erfolgt. Hierfür hat der Heilmittelerbringer durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur Sorge zu tragen.

Aufgrund der Schwere der Erkrankungen, der fortwährenden Möglichkeit von Veränderungen im Krankheitsverlauf oder der Möglichkeit des Auftretens von Komplikationen bei den seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder der Mukoviszidose kann eine rasche Abstimmung mit der spezialisierten Vertragsärztin oder dem spezialisierten Vertragsarzt, die oder der mit der Behandlung des Patienten/der Patientin betraut ist, über die Inhalte der Ernährungstherapie oder über die Notwendigkeit einer zusätzlichen ärztlichen Behandlung erforderlich sein. Die Gewährleistung der fachlichen Zusammenarbeit ist als Teil der Prozessqualität in den Vereinbarungen nach § 125 SGB V zu regeln.

2.2.4 Zu § 45 – Evaluation der Einführung der Ernährungstherapie

Mit der Aufnahme der Ernährungstherapie als verordnungsfähiges Heilmittel in die Heilmittel-Richtlinie werden die Voraussetzungen geschaffen, dass Ernährungstherapie neben einer Versorgung in spezialisierten Einrichtungen und Schwerpunktpraxen auch in Wohnortnähe in Anspruch genommen werden kann. Da es eines gewissen Zeitraumes bedarf, bis sich die Angebotsstrukturen entsprechend entwickelt haben werden, sieht der G-BA es als zielführend an, den Umsetzungsstand und damit die Einführung des Heilmittels Ernährungstherapie nach drei Jahren zu evaluieren und ggf. erforderliche Änderungen der Richtlinie zu prüfen.

2.3 Zum Heilmittelkatalog

Der Heilmittelkatalog wird um einen neuen Abschnitt „IV. Maßnahmen der Ernährungstherapie“ ergänzt und bildet abschließend die beiden Indikationen „1 Seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen“ und „2 Mukoviszidose“ ab, bei denen Ernährungstherapie verordnungsfähig ist. Dabei wurde die Struktur des bestehenden Heilmittelkataloges übernommen und der Katalog entsprechend in die Spalte „Indikation“ – bestehend aus „Diagnosengruppe“ und „Funktionelle/strukturelle Schädigung“ –, die Spalte „Ziel der Ernährungstherapie“ sowie die Spalte „Heilmittelverordnung im Regelfall“ – bestehend aus dem zu bezeichnenden „Heilmittel“ und den Angaben zu „Verordnungsmengen je Diagnose / weitere Hinweise“ – unterteilt.

2.3.1 Seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen (SAS)

Im Rahmen der Nutzenbewertung wurden in den Stellungnahmen übereinstimmend bestimmte angeborene Stoffwechselerkrankungen genannt, bei denen eine Diättherapie als medizinische Maßnahme ohne Alternative gilt, da ansonsten Tod oder schwere Behinderung drohen. Diese lassen sich in angeborene Enzymdefekte des Eiweißstoffwechsels, des

Kohlenhydratstoffwechsels und des Fett- und Energiestoffwechsels unterteilen. In jeder dieser drei Gruppen werden Einzeldiagnosen aufgeführt. Das Wort „insbesondere“ stellt klar, dass die jeweiligen Aufzählungen nicht abschließend sind, da es eine Vielzahl weiterer unterschiedlicher seltener angeborener Stoffwechselerkrankungen gibt, bei denen Ernährungstherapie als alternativlose Maßnahme gilt, ohne die ansonsten Tod oder schwere Behinderung drohen. Umgekehrt verläuft bei weitem nicht jede seltene angeborene Stoffwechselerkrankung so schwerwiegend, dass ohne eine Ernährungstherapie Tod oder Behinderung eintreten. Ferner gibt es insbesondere auch seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen, bei denen eine Ernährungstherapie keine medizinisch notwendige Maßnahme darstellt, da die Behandlung durch andere Therapieformen erfolgen muss.

Die Ernährungstherapie kann nur bei denjenigen seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankung verordnet werden, bei denen sie alternativlos ist, da sonst Tod oder schwere Behinderung drohen.

Diagnosegruppe

Unter angeborene Enzymdefekte mit Bedarf an Ernährungstherapie fallen auch Stoffwechselerkrankungen, die biochemisch zu Störungen im Eiweiß-, Kohlenhydrat-, Fett- und Energiestoffwechsel führen. Voraussetzung ist auch in diesen Fällen, dass die Ernährungstherapie als medizinische Maßnahme ggf. in Kombination mit anderen Maßnahmen alternativlos ist.

Funktionelle/strukturelle Schädigung

Mit dem Terminus Leitsymptomatik werden in der Regel besonders auffällige oder typische Zeichen und Folgen einer Erkrankung bezeichnet, die von der Patientin oder von dem Patienten bzw. von der Behandlerin oder von dem Behandler primär wahrgenommen werden. Bei den angeborenen Stoffwechselerkrankungen (und der Mukoviszidose) soll durch die krankheitsspezifische Ernährungstherapie aber gerade verhindert werden, dass die ernährungsabhängigen typischen Leitsymptome der jeweils zugrundeliegenden strukturellen und funktionellen Störungen im Stoffwechsel wie Gewichtsabnahme, Organversagen, neurologische Symptome, Schädigung ungeborener Kinder etc. auftreten. Insofern besteht die Indikation der Ernährungstherapie insbesondere darin, die typischen Leitsymptome der jeweiligen Krankheit zu verhindern oder abzumildern. Daher wird in Abweichung von den übrigen Heilmitteln des Kataloges als Indikation für das Heilmittel nicht die Leitsymptomatik, sondern die funktionelle bzw. strukturelle Schädigung angegeben.

Ziele der Ernährungstherapie

Als Ziele stehen die Erreichung, die Stabilisierung und/oder der Erhalt altersabhängig normwertiger Stoffwechselfparameter und damit insbesondere die altersgerechte körperliche

und geistige Entwicklung im Vordergrund. Ziel einer Ernährungstherapie ist es, Mangelversorgung infolge der Einhaltung bestimmter Diätformen und Stoffwechsellentgleisungen zu vermeiden, abzumildern und zu therapieren. Schwere geistige und/oder körperliche Behinderung und Tod gilt es zu vermeiden.

Heilmittelverordnung im Regelfall

Als verordnungsfähiges Heilmittel wird die „Ernährungstherapie“ aufgeführt, deren Inhalte sich aus § 43 des Richtlinien-Textes ergeben und die in den Rahmenempfehlungen und in den Verträgen nach § 125 SGB V weiter konkretisiert werden. Die hier genannten seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen benötigen in der Regel eine lebenslange Begleitung mit Ernährungstherapie. Dabei kann der Therapiebedarf sehr unterschiedlich in Abhängigkeit von der Lebenssituation der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten sein. Die Ernährungstherapie wird in Einheiten von 30 Minuten verordnet; sofern therapeutisch notwendig, können in Abhängigkeit von der medizinischen Notwendigkeit und des Beratungsbedarfs auch mehrere Einheiten pro Tag erbracht werden. Die Behandlung kann als Einzel- oder als Gruppentherapie erfolgen.

Die Verordnungsmenge sowie auch die Frequenz der Ernährungstherapie richten sich nach dem individuellen medizinisch notwendigen Bedarf der Patientin oder des Patienten. Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt bzw. die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt in der Einrichtung gemäß § 44 kann dabei die Verordnungsmenge für maximal bis zu 12 Wochen bemessen. Sofern vor oder nach Ablauf von 12 Wochen weitere Behandlungseinheiten mit Ernährungstherapie medizinisch notwendig sind, können diese als Verordnung im Regelfall verordnet werden. § 7 Absatz 5 sowie § 8 sind nicht anzuwenden.

2.3.2 Mukoviszidose (Cystische Fibrose(CF))

Im Rahmen der Nutzenbewertung wurde auch bei der Mukoviszidose (Cystische Fibrose) dargelegt, dass ohne die Diät als eine wesentliche Säule der Therapie gesundheitliche Schädigungen und eine verminderte Lebenserwartung resultieren. Der kausale Zusammenhang zwischen der Erkrankung als auslösender Ursache und drohendem Tod bzw. schwerer Behinderung ist gesichert. Eine stringente Ernährung, zu der bereits betroffene Kinder bzw. die Eltern/ Betreuungspersonen der Kinder beraten werden müssen, gilt bei diesen Erkrankungen international als Teil des etablierten therapeutischen Standards.

Diagnosegruppe

Der Heilmittelkatalog führt in Abgrenzung zu den seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen, die Mukoviszidose (Cystische Fibrose) als eigenständige Indikation auf.

Funktionelle/strukturelle Schädigung und Ziele der Ernährungstherapie

Bei Mukoviszidose besteht auf Grund eines erhöhten Ruheumsatzes, gesteigerter Atemarbeit, rezidivierenden schweren chronischen Entzündungen und Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie ein erhöhter Energiebedarf. Hinzu kommen krankheitsbedingte Probleme bei der Energieaufnahme. Im Vordergrund der Ernährungstherapie steht daher immer der Erhalt oder das Wiedererreichen des Normalgewichts.

Auch bei der Mukoviszidose ist der Begriff „Leitsymptomatik“, analog zu den Seltenen angeborene Stoffwechselerkrankungen nicht sachgerecht, so dass hier ebenfalls der Begriff der „funktionellen/strukturellen Schädigungen“ stattdessen verwendet wird.

Um die unterschiedlichen Schädigungen bei der Verordnung auszudrücken, sind die Schädigungen als Klartext anzugeben

So steht bei Mukoviszidosepatientinnen und –patienten mit einem kompensierten Ernährungszustand im „Normalbereich“ der Erhalt des Normalgewichtes durch krankheitsspezifisch präventive Beratungen im Vordergrund. Bei bestehenden oder drohenden Gedeihstörungen oder einem bestehenden oder drohenden Gewichtsverlust sind ggf. speziellere und intensivere Beratungen zum Einsatz bilanzierter Nahrungsmittel sowie zur praktischen Unterstützung einer Enzym-, Vitamin-, Mineralstoff-, fett- und Spurenelemente-Substitution sowie zur Durchführung und Umsetzung von enteraler oder parenteraler Ernährung in der häuslichen Umgebung erforderlich, um das Normalgewicht wieder zu erreichen und/oder einen weiteren Gewichtsverlust zu vermeiden. Unter „Normalgewicht“ ist dabei das unter Berücksichtigung des Alters und des Krankheitszustandes der Patientin oder des Patienten zu ermittelnde Sollgewicht gemäß Leitlinie und fachärztlicher Beurteilung zu verstehen.

Darüber hinaus soll der Verordner oder die Verordnerin angeben können, wenn Gedeihstörungen oder Gewichtsverlust im Zusammenhang mit sonstigen Organmanifestationen oder mit Organkomplikationen auftreten.

Heilmittelverordnung im Regelfall

Als verordnungsfähiges Heilmittel wird bei der Mukoviszidose die „Ernährungstherapie“ aufgeführt, deren Inhalte sich aus § 43 des Richtlinien-Textes ergeben und die in den Rahmenempfehlungen und in den Verträgen nach § 125 SGB V weiter konkretisiert werden. Die hier genannten Mukoviszidoseerkrankungen benötigen in der Regel eine lebenslange Begleitung mit Ernährungstherapie. Dabei kann der Therapiebedarf sehr unterschiedlich in Abhängigkeit von der Lebenssituation des jeweiligen Patienten/der jeweiligen Patientin sein. Eine Ernährungstherapie wird auch hier in Einheiten von 30 Minuten verordnet; sofern therapeutisch notwendig, können in Abhängigkeit von der medizinischen Notwendigkeit und

vom Beratungsbedarf auch mehrere Einheiten pro Tag erbracht werden. Die Behandlung kann als Einzel- oder – sofern möglich – als Gruppentherapie erfolgen.

Die Verordnungsmenge sowie auch die Frequenz der Ernährungstherapie richten sich auch bei der Mukoviszidose nach dem individuellen medizinisch notwendigen Bedarf der Patientin oder des Patienten. Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt bzw. die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt in der Einrichtung gemäß § 44 kann dabei die Verordnungsmenge für maximal bis zu 12 Wochen bemessen. Sofern vor oder nach Ablauf von 12 Wochen weitere Behandlungseinheiten mit Ernährungstherapie medizinisch notwendig sind, können diese als Verordnung im Regelfall verordnet werden. § 7 Absatz 5 sowie § 8 sind nicht anzuwenden.

3 Würdigung der Stellungnahmen

Vor Entscheidungen des G-BA über die Heilmittel-Richtlinie wird nach § 92 Abs. 6 S. 2 SGB V den hierzu berechtigten Organisationen der betroffenen Heilmittelerbringer auf Bundesebene sowie nach § 91 Abs. 5 SGB V der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der geplanten Richtlinienänderung gegeben. Die Stellungnahmen werden in die Entscheidung einbezogen.

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in der Zusammenfassenden Dokumentation dokumentiert.

Nach Auffassung des G-BA ergeben sich aus den Stellungnahmen folgende begründete Änderungsvorschläge in Bezug auf die geplante Änderung der Heilmittel-Richtlinie:

- In § 4 Absatz 2 Satz 2 wird hinter dem Wort „Leitsymptomatik“ ein Schrägstrich eingefügt und die Klammer um die Wörter „funktionellen/strukturellen Schädigungen“ gestrichen.
- In § 7 Absatz 8 wird in Satz 2 hinter dem Wort „Leitsymptomatik“ ein Schrägstrich sowie die Wörter „funktionelle/strukturelle Schädigung“ eingefügt.
- § 13 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - in Buchstabe l) in Satz 2 die Wörter „sowie für die Ergotherapie“ durch die Wörter „, für die Ergotherapie sowie für die Ernährungstherapie“ ersetzt.
 - in Buchstabe m) in Satz 2 nach dem Komma hinter „Leitsymptomatik,“ die Wörter „für die Ernährungstherapie ist die funktionelle/strukturelle Schädigung“ und in Satz 3 nach dem Wort „Leitsymptomatik“ die Wörter „bzw. der funktionellen/strukturellen Schädigung“ eingefügt.
- In § 42 Absatz 1 wird das Wort „alternativlos“ ersetzt durch die Wörter „zwingend erforderlich“.

- In § 42 Absatz 1 wird die die Position des Unparteiischen gestrichen.
- In § 44 Absatz 1 wird die die Position der DKG gestrichen.
- In § 44 Absatz 4 Satz 3 werden in der Position GKV-SV, PatV, DKG die Worte „und diese nicht länger als 12 Monate zurückliegt“ ergänzt.
- In § 44 Absatz 5 und 6 wird die die Position des Unparteiischen gestrichen.
- § 44 Absatz 5 (Position UP) wird als neue Position von GKV-SV, KBV und PatV wie folgt neu gefasst: „Die Ernährungstherapie bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen wird von für die Behandlung und Therapie der Erkrankung qualifizierten Therapeutinnen oder Therapeuten erbracht, die neben den im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Qualifikationen, eine Therapieerfahrung in der Behandlung von seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen bei mindestens 75 behandelten Patienten im Rahmen einer mindestens einjährigen Berufserfahrung sowie folgende spezielle Kenntnisse nachweisen:
 - Fütterungsproblematik im Säuglings -und Kleinkindalter / Essstörungen,
 - Enterale Ernährung / Sondenarten / pädiatrische Produkte,
 - Krankheitsbilder und Diätetik bei Stoffwechselstörungen:
 - o familiäre Hypercholesterinämien,
 - o Galaktosämie und hereditäre Fructoseintoleranz,
 - o Phenylketonurie,
 - Eiweißarme Diäten bei angeborenen Stoffwechselstörungen,
 - Störungen im Abbau von Aminosäuren (Grundlagen und Überblick),
 - Störungen im Abbau des Phenylalanin-Stoffwechsels (PKU),
 - Störungen im Abbau der verzweigtkettigen Aminosäuren (MSUD),
 - Störungen im Abbau des Lysin-Stoffwechsels (Glutarazidurie),
 - Störungen im Abbau des Methionin-Stoffwechsels (Homocystinurie),
 - Organoazidurie - Störungen im Propionat- und Methylmalonat-Stoffwechsel,
 - Harnstoffzyklusdefekte,
 - Kohlenhydratdefinierte Diäten bei Störungen im Kohlenhydrat-Stoffwechsel,
 - Glykogenose,
 - Galaktosämie,
 - Fruktoseintoleranz,
 - Fettdefinierte Diäten bei Störungen im Fett-Stoffwechsel,
 - Störungen im Transport exogener Lipide (β -Oxydationsstörungen),
 - Störungen im Fett- und Energiestoffwechsel (PDH-Defekte, MAD-Defekte).

Dabei werden Patientinnen und Patienten für jedes das erste Behandlungsjahr übersteigende Jahr als behandelte Patientin oder behandelter Patient im Sinne des vorstehenden Satzes gezählt. Eine Therapie unter Anleitung einer Therapeutin oder

eines Therapeuten, nach Satz 1 ist auf den erforderlichen Umfang der Therapieerfahrung anrechnungsfähig. Die speziellen Kenntnisse müssen im Rahmen der Berufsausübung oder durch weitere Qualifikationen erlangt werden.“

- § 44 Absatz 6 (Position UP) wird als neue Position von GKV-SV, KBV und PatV wie folgt neu gefasst:

„Die Ernährungstherapie bei Mukoviszidose wird von für die Behandlung und Therapie der Erkrankung qualifizierten Therapeutinnen oder Therapeuten erbracht, die neben den im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Qualifikationen, eine Therapieerfahrung in der Behandlung von Mukoviszidose bei mindestens 50 Patienten im Rahmen einer mindestens einjährigen Berufserfahrung sowie folgende spezielle Kenntnisse nachweisen:

- Ernährungssituation von Patienten mit Mukoviszidose unter Berücksichtigung des altersabhängigen erhöhten Energiebedarfs
- Berechnung des Energiebedarfs von CF-Patienten
- Bedeutung fettlöslicher Vitamine, Mineralien, Spurenelemente in der Ernährung bei CF
- Verdauungsenzyme und Enzymsubstitution bei CF
- Vorgehen bei Malnutrition im Säuglings- und Kleinkindalter, bei Jugendlichen und Erwachsenen
- Besonderheiten in der Schwangerschaft und Stillzeit
- Ernährungstherapie bei Problemsituationen, z.B. schwere chronische Atemnot, Pubertätsverzögerung, Osteopenie
- Besonderheiten der Ernährungstherapie bei Organkomplikationen, z.B.
 - o Diabetes mellitus
 - o Leberzirrhose
- Ernährungstherapie nach Organtransplantation.

Dabei werden Patientinnen und Patienten für jedes das erste Behandlungsjahr übersteigende Jahr als behandelte Patientin oder behandelter Patient im Sinne des vorstehenden Satzes gezählt. Eine Therapie unter Anleitung einer Therapeutin oder eines Therapeuten, nach Satz 1 ist auf den erforderlichen Umfang der Therapieerfahrung anrechnungsfähig. Die speziellen Kenntnisse müssen im Rahmen der Berufsausübung oder durch weitere Qualifikationen erlangt werden.“

- In § 44 Absatz 5 und 6 schließt sich die KBV bezüglich der weiteren Qualifikationen der Position von GKV, PatV und DKG an.
- In § 45 wird das Wort „Erfolg“ gestrichen.

- GKV-SV und DKG schließen sich dem Vorschlag zur Ausgestaltung des HeilM-Kataloges von KBV und PatV an.
- Im HeilM-Katalog wird in der zweiten Spalte in der Überschrift das Wort „Leitsymptomatik“ gestrichen.
- Im HeilM-Katalog wird im Abschnitt „1. Seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen“ das erste Ziel um den Zusatz: „im therapeutischen Zielbereich liegender“ ergänzt
- Im HeilM-Katalog wird im Abschnitt „1. Seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen“ unter der Spalte Ziele als weiterer Punkt aufgenommen:
 - „bei Schwangeren: Vermeidung von embryonalen oder fetalen Schädigungen“

4 Bürokratiekostenermittlung

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der G-BA die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel VerfO die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Aus dem vorliegenden Beschluss über die Aufnahme der Ernährungstherapie als verordnungsfähiges Heilmittel bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose resultieren die folgenden neuen Informationspflichten für Leistungserbringer:

a) Verordnung von Ernährungstherapie

Gemäß § 13 Abs. 1 HeilM-RL erfolgt die Verordnung von Heilmittel ausschließlich auf den vereinbarten Vordrucken, welche zu diesem Zweck vollständig auszufüllen sind. Ein auf die Verordnung von Ernährungstherapie zugeschnittenes eigenes Verordnungsformular liegt zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vor. Allerdings wurde im Rahmen des von der Bundesregierung durchgeführten Projekts „Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege: Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind“ ein Erfüllungsaufwand für Arztpraxen für das Ausstellen einer Verordnung auf ein Heilmittel im Regelfall von 11,5 Minuten je Verordnung ermittelt. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes entfallen hiervon 4,5 Minuten auf Bürokratiekosten, wobei folgende Standardaktivitäten zugrunde gelegt werden:

<i>Standardaktivität</i>	<i>Zeitwert</i>	<i>Qualifikationsniveau</i>
Beschaffung von Daten	1	hoch
Formulare ausfüllen	2,5	hoch
Kopieren, Archivieren, Verteilen	1	niedrig

Die Bürokratiekosten für das Ausstellen einer Verordnung belaufen sich mithin auf 3,28 Euro. Hinsichtlich der jährlichen Anzahl an Verordnungen von Ernährungstherapie kann an dieser Stelle nur eine vorläufige Schätzung erfolgen. Wird von einem Bestand von rund 23.000 für eine Verordnung von Ernährungstherapie infrage kommenden Versicherten ausgegangen und angenommen, dass ein Patient im Durchschnitt zwei Verordnungen jährlich erhält, entspräche dies einer Zahl von jährlich 46.000 Verordnungen. Damit ergeben sich geschätzte jährliche Bürokratiekosten in Höhe von rund 151.000 Euro.

b) Übermittlung relevanter Parameter von den Vertragsärzten und Vertragsärztinnen an die Therapeutinnen und Therapeuten

Gemäß § 44 Abs. 3 sind von den Vertragsärzten/Vertragsärztinnen relevante Stoffwechsel- und Ernährungsparameter zu erheben und von den Therapeuten/Therapeutinnen zu beachten. Hierbei wird davon ausgegangen, dass die Erhebung der genannten Parameter Teil der üblichen ärztlichen Dokumentation in den entsprechenden Fällen ist und somit aus der Dokumentation dieser Angaben kein zusätzlicher bürokratischer Aufwand für die verordnenden Vertragsärzte resultiert. Zusätzlicher Bürokratiekosten entstehen jedoch für die Übermittlung der Daten an den jeweiligen Therapeuten/die jeweilige Therapeutin. Gemäß Zeitwerttabelle des Statistischen Bundesamtes können für die Datenübermittlung bei hoher Komplexität zehn Minuten je Fall angenommen werden. Unter der Annahme eines erforderlichen durchschnittlichen Qualifikationsniveaus (34,10 Euro/h) und einer Zahl von jährlich 46.000 Verordnungen ergeben sich jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 261.430 Euro.

c) Nachweis der Qualifikation der Therapeutinnen und Therapeuten

Der Beschluss sieht vor, dass die die Ernährungstherapie bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen erbringenden Therapeutinnen und Therapeuten neben den im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Qualifikationen eine Therapieerfahrung bei 75 Patienten innerhalb eines Jahres in der Behandlung von seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen nachweisen. Dabei müssen spezielle Kenntnisse im Rahmen der Berufsausübung und/oder ergänzend durch weitere Qualifikation nachgewiesen werden.

Daneben sieht der Beschluss für die die Ernährungstherapie bei Mukoviszidose erbringenden Therapeutinnen und Therapeuten ebenfalls vor, dass diese neben den im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Qualifikationen eine Therapieerfahrung bei 50 Patienten innerhalb eines Jahres in der Behandlung von Mukoviszidose nachweisen. Dabei müssen spezielle Kenntnisse im Rahmen der Berufsausübung und/oder ergänzend durch weitere Qualifikation nachgewiesen werden.

Hinsichtlich der Nachweise wird davon ausgegangen, dass diese einmalig im Rahmen der Erteilung einer Zulassung nach § 124 SGB V vorzulegen sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Antrag auf Zulassung die nach § 124 Abs. 2 SGB V erforderlichen Nachweise (Berufsurkunde, Raumskizzen etc.) ohnehin einzureichen sind.

Zusätzliche Bürokratiekosten für die Therapeuten resultieren aus dem Beschluss insofern, als darüber hinaus die einschlägige Therapieerfahrung sowie ein ggf. einzureichendes Weiterbildungszertifikat nachgewiesen werden müssen.

Es wird geschätzt, dass zunächst rund 100 Therapeutinnen und Therapeuten den Nachweis der geforderten Qualifikationen und Therapieerfahrung erbringen werden. Welcher zeitliche Aufwand für den Nachweis der speziellen Kenntnisse erforderlich sein wird, kann an dieser Stelle nur geschätzt werden. Wird von einem halben Arbeitstag ausgegangen (zusammengesetzt aus den Zeitwerten der folgenden Standardaktivitäten: Beschaffung von Daten 120 Min. sowie Aufbereitung der Daten 120 Min.) und mittleres Qualifikationsniveau (31,50 Euro/h) unterstellt, belaufen sich die einmalig anfallenden Bürokratiekosten auf insgesamt 12.600 Euro.

Der Nachweis der erforderlichen Therapieerfahrung erfolgt für die Behandlung seltener angeborener Stoffwechselerkrankungen durch den Nachweis von 75 behandelten Patienten und im Falle der Behandlung von Mukoviszidose durch den Nachweis von 50 behandelten Patienten. Geht man davon aus, dass für die retrospektive Erfassung der behandelten Patienten ein zeitlicher Aufwand von drei Minuten erforderlich ist, ergibt sich für den Nachweis 75 Patientenbehandelt zu haben (bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen) ein zeitlicher Aufwand von 225 Minuten sowie für den Nachweis 50 Patienten behandelt zu haben (bei Mukoviszidose) ein zeitlicher Aufwand von 150 Minuten.

Dies damit einhergehenden Bürokratiekosten belaufen sich für Ernährungstherapeuten im Bereich der seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen auf geschätzt rund 11.810 Euro (geschätzt zunächst 100 Therapeuten x 225 Min. x 31,50 Euro/h) sowie für die Behandlung von Mukoviszidose auf geschätzt rund 7.875 Euro (geschätzt zunächst 100 Therapeuten x 150 Min. x 31,50 Euro/h).]

5 Verfahrensablauf

siehe Kapitel A3

6 Literaturverzeichnis

Arbeitsgruppe Qualität im Beirat für Therapieförderung und Qualität (TFQ) des Mukoviszidose e.V. (AG TFQ 2014): Kriterienkatalog „Ambulante Mukoviszidose-Einrichtungen“ - Basiszertifikat (Stand: 08.05.2014). Bonn. [Zugriff: 17.11.2016]. URL: https://muko.info/fileadmin/redaktion/datei_gruppen/muko_institut/Zertifizierung/Anlage_9_Kriterienkatalog_Basiszertifikat.pdf.

Blau; Nenad; Duran, M.; Michael, K.; Gibson; Dioni-Vici, C. (2014): Physician's Guide to the Diagnosis, Treatment, and Follow Up of Inherited Metabolic Diseases, Springer

Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM, 2013): Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin, DGEM Terminologie in der Klinischen Ernährung, Valentin L et al, Aktuel Ernährungsmed 2013; 38: 97-111

Diätassistentengesetz (DiätAss-APrV, 1994): § 3 DiätAssG sowie Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Diätassistentinnen und Diätassistenten

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA, 2015): Zusammenfassende Dokumentation (ZD): Beratungsverfahren gemäß § 138 SGB V - Ambulante Ernährungsberatung

Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE, 2011): Leitlinien Mukoviszidose (Cystische Fibrose): Ernährung und exokrine Pankreasinsuffizienz (AWMF-Leitlinie 068/20; 05/2011)

Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung (Koordinierungskreis QS, 2014): Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland in der Fassung vom 16.06.2014

Manual für den German-Nutrition Care Process (G-CNP, 2015), 1.Auflage (Originalquelle: AND- Academy of Nutrition and Dietetics (2013): International Dietetics and Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual. Fourth Edition. Chicago, Illinois: Academy of Nutrition and Dietetics)

Meyer, U.; Das, A.; Ernst, G.; Weber, L.; Lange, L. (2013): Mit PKU gut leben- Schulungsprogramm und Curriculum für Eltern und betroffene Jugendliche, 1. Auflage, Pabst Science Publishers

Shaw, V. (2015): Clinical Pediatric Dietetics; 4th Edition Wiley-Blackwell

Staab, D.; Lehmann, C. (2015): Curriculum Eltern- und Jugendschulung bei Mukoviszidose, 2. Auflage Pabst Science Publishers

Verband der Diätassistenten (VDD, 2015): VDD-Leitlinie für die Ernährungstherapie und das prozessgeleitete Handeln in der Diätetik Band 1

A-3 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
28.06.2000		Urteil des Bundessozialgerichts (Az. B 6 KA 26/ 99 R)
03.09.2004	UA Heil- und Hilfsmittel	Beauftragung einer Arbeitsgruppe
21.10.2005	G-BA	Veröffentlichung des Beratungsthemas
31.01.2013	UA MB	Abschluss der Beratungen zur sektoren-übergreifenden Bewertung des Nutzens der Ernährungsberatung als Einzelmaßnahme
18.03.2013	UA VL	Prüfung der ambulanten Ernährungsberatung als verordnungsfähiges Heilmittel in den Indikationen angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose.
27.08.2014	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO)
03.12.2014	UA VL	Anhörung und abschließende Würdigung der Stellungnahmen
22.01.2015	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie
25.03.2015		Anforderung einer ergänzenden Stellungnahme durch das BMG
30.09.2015		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit: Teilbeanstandung des Beschlusses vom 22.01.2015 durch das BMG
17.12.2015	G-BA	Wiederaufnahme der Beratungen zu den Indikationen angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose
17.12.2015	G-BA	Änderungsbeschluss zum Beschluss vom 22.01.2015
06.01.2016		Veröffentlichung des konsolidierten Beschlusses im Bundesanzeiger
16.11.2016	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO)
22.02.2017	UA VL	Anhörung und abschließende Würdigung der Stellungnahmen
16.03.2017	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
23.05.2017		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit: Nicht-Beanstandung
01.01.2018		Inkrafttreten

A-4 Anhang zur Beschlussfassung

A-4.1 Beschluss vom 22.01.2015

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der Heilmittel- Richtlinie: ambulante Ernährungsberatung bei seltenen angeborenen Stoffwechsel- erkrankungen und Mukoviszidose

Vom 22. Januar 2015

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 22. Januar 2015 folgenden Beschluss zur Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/Heilm-RL) in der Fassung vom 20. Januar 2011 (BAnz. (2011) S. 2247) gefasst:

- I. Die ambulante Ernährungsberatung wird nicht als ärztlich zu verordnende Einzelmaßnahme in die Heilmittel-Richtlinie aufgenommen.
- II. Klarstellend weist der G-BA darauf hin, dass der therapeutische Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Ernährungsberatung als notwendiger Bestandteil der ärztlichen Leistung bei den Indikationen seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose, bei denen eine Diättherapie bzw. Ernährungsberatung als alternativlose medizinische Maßnahme gilt, da ansonsten Tod oder Behinderung drohen, gegeben ist. Diese anerkannte medizinisch notwendige Krankenbehandlung ist im Rahmen der ärztlichen Versorgung zu verorten, da eine besonders enge Anbindung der Ernährungsberatung an die ärztliche Leistung erforderlich ist. Die Ernährungsberatung kann dabei unter Einbeziehung von speziell für diese Erkrankungen qualifizierten/spezialisierten Diätassistenten durchgeführt werden.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 22. Januar 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

A-4.1 Tragende Gründe vom 22.01.2015

1 Rechtsgrundlagen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Versorgung u.a. die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Sie dient der Gewähr einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemeinen anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln. Der Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit Heilmitteln im Rahmen der Krankenbehandlung ergibt sich aus § 27 Abs. 1 Satz 1 und 2 Nr. 3 i.V.m. § 32 SGB V. In der Heilmittel-Richtlinie regelt der G-BA gemäß § 92 Abs. 6 Satz 1 SGB V u.a. den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel sowie die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen.

Die an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte dürfen neue Heilmittel gemäß § 138 Abs. 1 SGB V nur verordnen, wenn der G-BA zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat. Der G-BA überprüft in diesem Zusammenhang für die ambulante vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue Heilmittel daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob ein neues Heilmittel ambulant zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden darf.

2 Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Beratungsgegenstand

Die Beratungen des G-BA zur ambulanten Ernährungsberatung wurden durch das Urteil des Bundessozialgerichtes vom 28. Juni 2000, Az. B 6 KA 26/99 R, veranlasst. In diesem wurde der G-BA verpflichtet, über die Aufnahme der Ernährungsberatung als möglicherweise neues verordnungsfähiges Heilmittel in die Heilmittel-Richtlinie in einem förmlichen Verfahren zu entscheiden. Geklagt hatte eine Angehörige des Gesetzes über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (vom 8. März 1994 – BGBl I 446, in der Fassung vom 21. September 1997 – BGBl I 2390, DiätAssG).

Gegenstand des Berufs der Diätassistentin und des Diätassistenten ist gemäß des in § 3 DiätAssG definierten Ausbildungsziels die eigenverantwortliche Durchführung diättherapeutischer und ernährungsmedizinischer Maßnahmen aufgrund ärztlicher Anordnung oder Verordnung, das Erstellen von Diätplänen, das Planen, Berechnen und Herstellen wissenschaftlich anerkannter Diätformen sowie die Mitwirkung bei der Prävention und

Therapie von Krankheiten und die Durchführung ernährungstherapeutischer Beratungen und Schulungen.

Die Ernährungs- und Diätberatung als Teil der Ernährungsmedizin wird in der deutschen Gesundheitsversorgung zur Primär- und Sekundärprävention sowie zur Behandlung von Krankheiten und in der medizinischen Rehabilitation (Tertiärprävention) erbracht. Es entspricht der derzeitigen medizinischen Versorgungspraxis, dass Maßnahmen der Ernährungsmedizin einschließlich der Ernährungsberatung bei der Behandlung von Krankheiten und in der Rehabilitation nicht als isolierte Einzelmaßnahme, sondern als einer von mehreren Therapieansätzen im Rahmen multimodaler/multiprofessioneller Behandlungskonzepte erbracht werden. Ferner kann die Ernährungsberatung als Teil eines in der Eigenverantwortung der Versicherten liegenden gesundheitsbewussten Lebensstils von Diätassistentinnen und Diätassistenten erbracht werden. Nach Auffassung des BSG kann die Tätigkeit der Diätassistentinnen und Diätassistenten der Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 SGB V dienen (BSG 28.06.2000 Az. B 6 KA 26/99 R; Rz. 29). Diätassistentinnen und Diätassistenten können dabei ggf. in einem Konkurrenzverhältnis zu Ärztinnen und

Ärzten stehen, denen es im Rahmen der ärztlichen Therapiefreiheit möglich ist, zu Fragen der Diättherapie und Ernährung zu beraten und schriftliche Diätpläne bei schweren Ernährungs- und Stoffwechselstörungen zu erstellen (BSG 28.06.2000 Az. B 6 KA 26/99 R; Rz. 30).

Unter Berücksichtigung der Verfahrensordnung des G-BA wurde ein Bewertungsverfahren gemäß 2. Kapitel § 2 der Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA durchgeführt.

Dabei hat der G-BA zu bewerten, ob für die infrage kommenden Indikationen der therapeutische Nutzen anerkannt ist. Gemäß des gegliederten Bewertungsverfahrens erfordert dies die Feststellung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse zu Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit anhand medizinisch-wissenschaftlicher Unterlagen, die den Evidenzkriterien der Verfahrensordnung entsprechen und einen Bezug zu patientenbezogenen Endpunkten (insbes. Mortalität, Morbidität, Lebensqualität) herstellen.

Die geforderte Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit konnte aus methodischen Gründen aufgrund der im BSG-Urteil aufgeworfenen Frage nur für die medizinische Ernährungsberatung als Einzelmaßnahme (nachfolgend „alleinige Ernährungsberatung“) bewertet werden, da ein anteiliger Effekt der Ernährungsberatung im Rahmen einer multimodalen/multiprofessionellen Behandlung (bestehend z.B. aus Ernährungsberatung, krankheitsspezifischer Diät, Bewegungstherapie, medikamentöse Therapie, Verhaltenstherapie) nicht abgegrenzt werden kann. Der Nutzen der Ernährungsberatung im Rahmen multimodaler/multiprofessioneller Behandlungsmaßnahmen

im Krankenhaus oder in Rehabilitationseinrichtungen ist nicht Gegenstand einer Nutzenbewertung nach § 138 SGB V.

2.2 Nutzen und medizinische Notwendigkeit der Ernährungsberatung

Im Rahmen eines Bewertungsverfahrens sind grundsätzlich alle Indikationen zu beraten, die vom Beratungsantrag umfasst sind. Da es hier aufgrund der BSG-Entscheidung als Beratungsanlass an einem Beratungsantrag mit hinreichender Indikationsspezifikation fehlte, war der Beratungsumfang entsprechend aus den Urteilsgründen abzuleiten. Danach waren grundsätzlich sämtliche Indikationen einzubeziehen, die in den vom Gesetzgeber im DiätAssG vorausgesetzten Tätigkeitsbereich der Diätassistentinnen und Diätassistenten fallen. Ferner sind grundsätzlich alle sonstigen Indikationen, die in Stellungnahmen oder der ausgewerteten wissenschaftlichen Literatur genannt wurden, zu beraten. Von einer Beratung konnte nur bei solchen Indikationen abgesehen werden, die eine inhaltliche Begründung für die Aufnahme etwa in Form der nach 2. Kap. § 6 Abs. 3 VerfO im Regelfall erforderlichen Unterlagen gemäß 2. Kap. § 10 VerfO nicht erkennen ließen bzw. bei denen es von vornherein an jeglichen wissenschaftlichen Unterlagen fehlte.

2.2.1 Ergebnis der Nutzenbewertung

Grundlage des Bewertungsverfahrens bildeten mehrere indikationsoffene Literaturrecherchen. Die Nutzenbewertung konnte sich dabei ausschließlich auf den Gegenstand „ambulante Ernährungsberatung“ beziehen, unabhängig davon, welche Berufsgruppe oder welcher Leistungserbringer die Maßnahme erbringt. Aus methodischen Gründen waren daher für die Bewertung des Nutzens einer Ernährungsberatung außer DiätassistentInnen/Ernährungsberater (engl. dieticians) auch andere Berufsgruppen und Leistungserbringer (multidisziplinäre Teams, Ärzte (Physicians), Krankenschwestern (Nurses, Lactation nurses), Nutritionists, Ökotrophologen) sowie auch andere Formen der Ernährungsberatung als die „face-to-face-Beratung“ (PC-unterstützte Ernährungsberatung, telefonische Ernährungsberatung) einzubeziehen.

Studien, die sich mit der Untersuchung des Nutzens der Ernährungsberatung befassen, wurden in unterschiedlicher Qualität zu nachfolgend genannten Indikationen vorgefunden: Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Hypercholesterinämie/Hyperlipidämie, Hypertonie, Niereninsuffizienz, Onkologische Erkrankungen, Osteoporose, Schlafapnoe, Psychose und chronische Herzinsuffizienz.

Die im Rahmen der Nutzenbewertung berücksichtigten Studien ergaben keinen Beleg eines Nutzens der alleinigen Ernährungsberatung hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte bei den berücksichtigten Indikationen Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Hypercholesterinämie/Hyperlipidämie, Hypertonie, Niereninsuffizienz, Onkologische Erkrankungen, Osteoporose, Schlafapnoe, Psychose und chronische Herzinsuffizienz. In einigen der

ausgewerteten Studien zeigten sich Hinweise auf die Wirksamkeit der Ernährungsberatung bezogen auf Surrogatparameter, z. B. zur Senkung des Körpergewichts bzw. des BMI bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, zur Blutdruckreduktion bei Hypertonikern sowie zur Senkung des Phosphatspiegels bei Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittener Niereninsuffizienz. Einige Studien bei onkologischen Erkrankungen gaben Hinweise für eine Reduzierung von Nebenwirkungen und eine Verbesserung der Lebensqualität durch Ernährungsberatung. Aufgrund von qualitativen Mängeln oder fehlender klinischer Relevanz waren diese Studien allerdings trotz statistisch signifikanter Ergebnisse nicht geeignet, den Nutzen einer alleinigen Ernährungsberatung zu belegen.

Für andere in den Stellungnahmen genannten Indikationen, z. B. entzündliche Magen- und Darmerkrankungen (Colitis ucerosa, M. Crohn), Kurzdarmsyndrom, Magengeschwür, Hyperurikämie, Gicht, Psoriasis vulgaris, Psoriasis arthritis konnten weder in systematischen Literaturrecherchen noch in den recherchierten Leitlinien Studien identifiziert werden, die den erforderlichen Einschlusskriterien entsprechen. Von den Stellungnehmern nach der Veröffentlichung des Beratungsthemas wurden auch keine entsprechenden Unterlagen zur Verfügung gestellt. Der Nutzen einer alleinigen Ernährungsberatung hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte bei den in den Stellungnahmen genannten weiteren Indikationen, z. B. entzündliche Magen- und Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa, M. Crohn), Kurzdarmsyndrom, Magengeschwür, Hyperurikämie, Gicht, Psoriasis vulgaris, Psoriasis arthritis lässt sich also aufgrund fehlender vergleichender Studien nicht hinreichend belegen.

Zusammenfassend ist bei den vorgenannten Indikationen nach Bewertung der vorliegenden Unterlagen unter Berücksichtigung der medizinischen Relevanz, des Spontanverlaufs der Erkrankung und der therapeutischen Alternativen die medizinische Notwendigkeit für eine alleinige Ernährungsberatung nicht gegeben. (Kapitel B-4 bis B-4.7 in: Beratungsverfahren gem. § 138 SGB V „Ambulante Ernährungsberatung, Zusammenfassende Dokumentation, 23.01.2013“; VerfO des G-BA: 2. Kap. § 13 Abs. 3 in Verbindung mit § 10 Abs. 2 und § 11 Abs. 6).

2.2.2 Besonderheit: seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose

In den Stellungnahmen zur Veröffentlichung des Beratungsthemas wurden übereinstimmend angeborene seltene Stoffwechselerkrankungen genannt, bei denen eine Diättherapie bzw. Ernährungsberatung als alternativlose medizinische Maßnahme gilt, da ansonsten Tod oder schwere Behinderung drohen (nachfolgend zur Vereinfachung „seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen“ genannt).

Es handelt sich dabei insbesondere um

- Mukoviszidose

- Biotinidasemangel
- Galaktosämie
- Aminoacidopathien (z.B.: Phenylketonurie (PKU) und Hyperphenylalaninämie (HPA) Ahornsirupkrankheit (MSUD),
- Fettsäureoxidationsdefekte (z.B.: Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD), Long-Chain-3-OH-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (LCHAD), Very-Long-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (VLCAD),
- Carnitinzyklusdefekte (z.B.: Carnitin-Palmitoyl-Transferase-I-Mangel (CPT-I) Carnitin-Palmitoyl-Transferase-II-Mangel (CPT-II) , Carnitin-Acylcarnitin-Translocase-Mangel (CAT),
- Organoacidämien (z.B.: Glutaracidurie Typ I (GA I), Isovalerianacidämie (IVA)

Der kausale Zusammenhang zwischen der Erkrankung (angeborene Stoffwechselstörung/ Mukoviszidose) als auslösende Ursache und drohendem Tod bzw. schwerer Behinderung ist gesichert. Eine stringente Diät, zu denen die betroffenen Patientinnen und Patienten bzw. deren Eltern beraten werden müssen, gilt bei diesen Erkrankungen international als etablierter therapeutischer Standard. Zu diesen Indikationen konnten in der Literaturrecherche keine den Einschlusskriterien entsprechenden Studien gefunden werden. Wie in der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO 2. Kapitel, 4. Abschnitt, §13) festgehalten, kann es bei seltenen Erkrankungen, bei Methoden ohne vorhandene Alternative oder aus anderen Gründen unmöglich oder unangemessen sein, Studien der höchsten Evidenzstufen durchzuführen oder zu fordern. In solchen Konstellationen kann zur Anerkennung des Nutzens auf Erkenntnisse auch deutlich niedriger Evidenzstufen zurückgegriffen werden. Um den gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, auf dessen Berücksichtigung die Patientinnen und Patienten bei ihrer Behandlung gemäß SGB V Anspruch haben, zutreffend und zweifelsfrei zu ermitteln, wurde deshalb für diese Indikationen eine schriftliche und ergänzend mündliche Expertenanhörung durchgeführt. Die Ergebnisse der Expertenanhörung wurden als wesentliche Grundlage für die Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung für diese Erkrankungen benutzt und stellen sich wie folgt dar:

Die Ernährungsberatung ist bei den angeborenen Stoffwechselerkrankungen und bei der Mukoviszidose wesentlicher und unverzichtbarer Bestandteil der Therapie, ohne die schwere gesundheitliche Schädigungen bis hin zum Tod die unausweichliche Folge wären.

Zusammenfassend sind bei den seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen/ Mukoviszidose nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sowie auf Grundlage der Aussagen von Sachverständigen unter Berücksichtigung der medizinischen Relevanz, des Spontanverlaufs der Erkrankung und der therapeutischen Alternativen (s. 2. Kap. § 13 Abs. 3 in Verbindung mit § 10 Abs. 2 und § 11 Abs. 6 VerfO) der Nutzen und die

medizinische Notwendigkeit für eine Ernährungsberatung gegeben. Der erfassten Literatur und den Stellungnahmen sind keine Untersuchungen zu Aspekten der Wirtschaftlichkeit zu entnehmen.

2.3 Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Ernährungsberatung bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose

Gemäß den Vorgaben der Verfahrensordnung bedarf es bei den Indikationen, für die der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Ernährungsberatung als gegeben anzusehen ist, einer Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit im Versorgungskontext. Der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit für eine Ernährungsberatung gelten bei den seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und der Mukoviszidose, bei denen eine Diättherapie bzw. Ernährungsberatung als alternativlose medizinische Maßnahme gilt, da ansonsten Tod oder schwere Behinderung droht, als belegt (vgl. Kap. 2.2.2).

2.3.1 Versorgungssituation

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten im Säuglings- und Kindesalter mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose wird in der Regel in spezialisierten Zentren (sog. Stoffwechsel-Zentren bzw. Mukoviszidose-Spezialambulanzen) an Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V), Sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V) bzw. in speziellen Schwerpunktpraxen in der vertragsärztlichen Versorgung sowie im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführt. Patientinnen und Patienten im Jugend- und Erwachsenenalter wenden sich aufgrund der Erfordernisse in Schul- und Arbeitsleben auch an entsprechend für die Erkrankung qualifizierte niedergelassene Facharztpraxen.

Die Maßnahmen der Ernährungsmedizin und die zugehörige Ernährungsberatung sind medizinisch erforderlicher Bestandteil einer multimodalen/multiprofessionellen Therapie.

Zu berücksichtigen ist auch, dass aufgrund des medizinischen Fortschritts nicht mehr nur Kinder therapiert werden, sondern ein Drittel der Patientinnen und Patienten mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen sich im Erwachsenenalter befindet (Schweiz Med Forum 2011;11(36):607-612).

Gemäß der aktuellen Versorgungsrealität und auch den Aussagen der Sachverständigen in der Expertenanhörung konzentriert sich die pädiatrische Medizin hier auf die Familie und abhängige Kinder in der Regel mit einer Anbindung der Patientinnen und Patienten und der Eltern an spezialisierte Stoffwechselzentren bzw. Mukoviszidose-Ambulanzen mit Schwerpunktversorgung. Die zunehmende Zahl erwachsener Patientinnen und Patienten mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen/Mukoviszidose benötigt ggf. nicht mehr regelhaft das klinische Zentrum, sondern eine für die entsprechenden Stoffwechselerkrankung/Mukoviszidose qualifizierte behandelnde Ärztin bzw. qualifizierten behandelnden Arzt, unter

Einbeziehung der fachlichen Kompetenz der Diätassistentin bzw. des Diätassistenten (einschließlich einer Kontrolle der Laborparameter in bestimmten Zeitabständen).

2.3.2 Ernährungsberatung als Teil der ärztlichen Leistung

Gemäß den Feststellungen der befragten Experten sind die Maßnahmen der Ernährungsmedizin einschließlich der Ernährungsberatung bei den seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen wesentlicher und unverzichtbarer Bestandteil der Therapie, ohne die schwere gesundheitliche Schädigungen bis hin zum Tod die unausweichliche Folge wären. Eine Anbindung der Patientinnen und Patienten an spezialisierte Zentren sowie eine Schwerpunktversorgung ist bei Kindern unter Einbindung der Eltern erforderlich. Die Behandlung erfordert entsprechend der Stoffwechselerkrankung qualifizierte Ärztinnen und Ärzte und häufig die Einbeziehung qualifizierter Diätassistentinnen und Diätassistenten.

Bei der Mukoviszidose sind die ernährungsmedizinischen Maßnahmen einschließlich der zugehörigen Ernährungsberatung eine der wesentlichen Säulen der Therapie, ohne die es zu schweren gesundheitlichen Schädigungen und verminderter Lebenserwartung kommt. Nach Feststellung der Sachverständigen wird die Ernährungsberatung an Mukoviszidose-Spezialambulanzen mit entsprechender Schwerpunktversorgung erbracht. Ärztinnen und Ärzte wie Diätassistentinnen und Diätassistenten müssen auf die Behandlung der Mukoviszidose spezialisiert sein, so wie dies gleichermaßen für die anderen hier in Rede stehenden angeborenen Stoffwechselerkrankungen gilt.

die unmittelbare Relevanz der Ernährungstherapie für das Leben der Patienten (vitale Indikation) begründen die Notwendigkeit der Ernährungsberatung als Bestandteil ärztlicher Leistung. Dieses Vorgehen gewährleistet, dass die Ernährungsberatung begleitend zum Arztkontakt erfolgen kann und auf die durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt vorzunehmende Überwachung und Feststellung des Ernährungsstatus individuell ausgerichtet wird. So besteht bspw. bei der Mukoviszidose ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der angepassten Medikation bei Bauchspeicheldrüsenfunktionsstörungen und der entsprechenden Anpassung der Diät. Die Anpassung muss zwingend parallel erfolgen und kann nicht erst im Rahmen einer mit zeitlichem Abstand beginnenden Ernährungsberatung nachgeholt werden. Umgekehrt können sich Anpassungen der Diät unmittelbar auf die erforderliche Medikation auswirken.

Auf Grund der Schwere der Erkrankung und wegen der unmittelbaren Auswirkungen der Ernährungstherapie auf den Krankheitsverlauf ergibt sich eine besondere Notwendigkeit zur engen Abstimmung der Inhalte der Ernährungsberatung mit den ärztlich erhobenen Befunden. Dies gilt sowohl für die zunächst engmaschigen Kontrollen zu Beginn einer stoffwechselspezifischen Diät, als auch für die in geringerer Frequenz durchzuführenden Kontrolluntersuchungen. Unabhängig davon müssen Veränderungen des Status bei der

Patientin bzw. dem Patienten zu einem unmittelbaren Arztkontakt führen, um auf mögliche Änderungen des Stoffwechsels medizinisch/diätetisch reagieren zu können.

Bei den Erkrankungsbildern Mukoviszidose und seltene angeborenen Stoffwechselerkrankungen muss jederzeit mit unvorhergesehenen Verschlechterungen oder Komplikationen gerechnet werden. Daher müssen sowohl die Ernährungsberatung als auch die ärztliche und medikamentöse Behandlung kurzfristig und engmaschig verfügbar sein. Die unverzügliche Rückkopplung zwischen Arzt und Ernährungsberater zum weiteren Vorgehen bei unvorhergesehenen Verschlechterungen oder Komplikationen ist zwingend erforderlich. Bei Mukoviszidose führt bspw. ein einfacher Atemwegsinfektes nicht nur zur Verschlechterung der pulmonalen Situation, sondern durch Fieber, Schwitzen, Erbrechen oder Durchfall auch zu Verschiebungen oder Entgleisungen im Elektrolythaushalt sowie zu einem erhöhten Energiebedarf. Dies erfordert eine unverzügliche Anpassung der Dosierung der Enzymsubstitution und Vitamingabe, was nicht ohne einen unmittelbaren Austausch zwischen Arzt und Ernährungsberater möglich ist, da bei falscher Enzymgabe sonst die Gefahr einer Überdosierung mit möglichem Darmverschluss besteht. Bei Fieber kommt es zusätzlich zu einem Natrium- und Chlorid-Verlust, der unmittelbar und auf Basis paralleler Laborkontrollen durch den Arzt ausgeglichen werden muss. Eine Minimierung etwaiger Risiken für den Patienten lässt sich nur über die Einbindung der Ernährungsberatung in die ärztliche Leistung erreichen. Aufgrund der geschilderten speziellen Anforderungen und Spontanverläufe bedarf es einer ärztlichen Gesamtverantwortung für die sachgerechte Durchführung und organisatorische Bereitstellung der erforderlichen diättherapeutischen Maßnahmen einschließlich der Ernährungsberatung. Dies setzt ein unmittelbares Weisungsverhältnis zwischen Arzt und Ernährungsberater voraus, welches den Fall einer ärztlichen Anordnung gemäß § 3 DiätAssG i.V.m. § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V darstellt. Die Ernährungsberatung als eine von mehreren erforderlichen diättherapeutischen Maßnahmen kann bei den hier in Rede stehenden Erkrankungen daher nicht herausgelöst und als eigenständiges Heilmittel durch unabhängige Leistungserbringer erbracht werden.

Die Erfahrungen aus anderen Bereichen der Heilmittelversorgung zeigen auch, dass ein direkter und unmittelbarer Informationsaustausch zwischen räumlich und organisatorisch vollkommen getrennten Organisationseinheiten oftmals nicht zeitnah und reibungslos sichergestellt werden kann. Die Vernetzung in Form eines zeitnahen oder direkten Informationsaustausches sowie einer engen Abstimmung zwischen Arzt und Ernährungsberater wäre allein zudem nicht ausreichend, um die Ernährungsberatung als Teil der ärztlichen Leistung „Diättherapie“ über ein Heilmittel sicherzustellen. Vielmehr bedürfte es weitergehender Vorgaben, insbesondere zur zeitgleichen Verfügbarkeit von Arzt und Ernährungsberater, zum unmittelbaren und wechselseitigen Zugriff auf Labor- und Behandlungsdaten sowie zur Sicherstellung von Abwesenheitsvertretungen. Dies

umzusetzen, erfordert eine starke organisatorische Vermischung des ärztlichen sowie diätassistentischen Bereichs. Ferner sind ein unmittelbares Weisungsverhältnis sowie ein Gesamtverantwortlicher (Arzt) notwendig, was im Ergebnis dazu führt, dass ein eigenständiges Heilmittel „Ernährungsberatung“ nicht mehr gegeben wäre. § 3 DiätAssG unterscheidet hinsichtlich des Tätigwerdens von Diätassistenten ausdrücklich zwischen der ärztlichen Anordnung einerseits und der ärztlichen Verordnung andererseits. Gemäß § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V können Hilfeleistungen durch andere (nichtärztliche) Personen nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden. Entsprechend bestimmt § 28 Abs.1 Satz 2 SGB V, dass zur ärztlichen Behandlung auch die Hilfeleistung anderer Personen gehört, die vom Arzt angeordnet und vom ihm verantwortet werden. Auch § 73 Abs. 2 SGB V unterscheidet ausdrücklich zwischen der ärztlichen Anordnung (§ 73 Abs. 2 Nr. 6 SGB V) und der ärztlichen Verordnung (§ 73 Abs. 2 Nr. 5, 7 und 8 SGB V).

Die ärztliche Verordnung kennzeichnet sich dadurch, dass der Arzt lediglich für die Einleitung und Auswahl der verordneten Therapiemaßnahmen (hier der Ernährungsberatung) verantwortlich ist. Die Verantwortung für die sachgerechte Durchführung der verordneten Therapiemaßnahme einschließlich der organisatorischen Sicherstellung der Leistungserbringung (Ort der Niederlassung, Praxisbetrieb einschließlich 8

Öffnungszeiten und Terminvergabe, Mitarbeiter) liegen allein beim Therapeuten (hier Ernährungsberater, sodann = Heilmittelerbringer).

Bei der ärztlichen Anordnung bleibt hingegen der Arzt in der Gesamtverantwortung für die Durchführung der Therapiemaßnahmen. Die vom Arzt angeordneten Maßnahmen werden – wie bei anderen Delegationsleistungen auch – zwar eigenverantwortlich von den Delegaten (hier Ernährungsberatern) durchgeführt, sind aber dem Arzt als eigene Leistungen zuzurechnen. Arzt und Therapeut stehen hier – anders als bei verordneten Heilmitteln – in einem unmittelbaren (fachlichen und organisatorischen) Direktions- bzw. Weisungsverhältnis. Der Arzt bleibt verantwortlich für die Sicherstellung einer qualitätsorientierten und wirtschaftlichen Leistungserbringung.

Soweit § 3 DiätAssG von eigenverantwortlicher Tätigkeit im Rahmen der ärztlichen An- oder Verordnung spricht, bedeutet das nichts anderes, als dass der Diätassistent sowohl im Verantwortungsbereich des Arztes (Anordnung) als auch im eigenverantwortlichen und selbstständigen Bereich (Verordnung) tätig sein kann. Das BSG sagt in seinem Urteil vom 28.6.2000 (B 6 KA 26/99 R) nichts Abweichendes. Dort wird lediglich ausgeführt, dass die Tätigkeit des Diätassistenten nicht von vorneherein auf eine unselbstständige Arbeit beschränkt ist (Rn. 34f).

Gemäß § 116b SGB V sind die in Rede stehenden Erkrankungen als selten und schwer therapierbar klassifiziert; zudem können Diätfehler zu schwerwiegenden Folgen wie

dauerhafter Behinderung oder Tod führen. Es ist daher unumgänglich, das Tätigwerden der Diätassistenten in diesen Fällen in den Verantwortungsbereich des Arztes zu übergeben und damit der ärztlichen Anordnung zu unterstellen. Dies ist so in § 3 DiätAssG explizit vorgesehen. Das Tätigwerden auf ärztliche Verordnung nach § 3 DiätAssG wäre in Fällen denkbar, bei denen von Diätfehlern kein unmittelbares Gefährdungspotential wie unmittelbare Todes- oder Behinderungsfolge für den Patienten ausgeht und bei denen keine zeitkritische Therapieumstellung erforderlich ist. Dies wäre z.B. bei Adipositas, Fettstoffwechselstörungen oder Osteoporose gegeben, für diese Erkrankungen konnte jedoch kein Nutzen nachgewiesen werden. Die mit dem Beschlussentwurf von KBV und GKV verbundene fachliche Einschätzung führt im Ergebnis dazu, dass es sich bei der Ernährungsberatung bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen/Mukoviszidose um delegationsfähige Leistungen (§ 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V) handelt. Die Ernährungsberatung ist hier der ärztlichen Berufsausübung zuzurechnen, die der Arzt aufgrund seines Fachwissens verantworten muss. Die Hilfeleistung der Diätassistenten dürfen dann nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden.

Zusammenfassend stellen die ernährungsmedizinischen Maßnahmen einschließlich der Ernährungsberatung zur Behandlung von angeborenen Stoffwechselerkrankungen und der Mukoviszidose hochspezialisierte Leistungen dar, die aufgrund der Komplexität und Seltenheit der Erkrankungen einer regelmäßigen ärztlichen Intervention, Koordinierung und Überwachung bedürfen. Die notwendige Versorgungsqualität und Patientensicherheit kann auch vor dem Hintergrund der Seltenheit und Komplexität der Erkrankungen nur im Wege der Delegation von speziell qualifizierten Therapeutinnen und Therapeuten in einem multiprofessionellen Team sichergestellt werden. Ein die ärztliche Leistung substituierendes Heilmittel ist bei den genannten Indikationen aufgrund der damit verbundenen Risiken für die Patientensicherheit und Versorgungsqualität nicht geeignet.

Aufgrund der besonderen qualitativen und organisatorischen Anforderungen an die Einleitung und Durchführung ernährungsmedizinischer Maßnahmen einschließlich der Ernährungsberatung bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und der Mukoviszidose gelangt der G-BA zu der Auffassung, die Ernährungsberatung in diesen Fällen auch weiterhin als einen notwendigen Bestandteil ärztlicher Leistung anzusehen, der von entsprechend qualifizierten/spezialisierten Diätassistentinnen oder Diätassistenten auf ärztliche Anordnung hin durchgeführt werden kann.

2.4 Fazit

Der G-BA hatte nach Maßgabe des BSG-Urteils vom 28. Juni 2000, Az. B 6 KA 26/99 R in einem förmlichen Verfahren darüber zu entscheiden, ob die Ernährungsberatung in den

Katalog der zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Heilmittel (Heilmittel-Richtlinie § 92 SGB V) aufzunehmen ist.

Die geforderte Bewertung des Nutzens und medizinischen Notwendigkeit konnte und musste aus methodischen Gründen aufgrund der im BSG-Urteil aufgeworfenen Rechtsfrage nur für die medizinische Ernährungsberatung als (möglicherweise verordnungsfähige) Einzelmaßnahme bewertet werden, da ein anteiliger Effekt der Ernährungsberatung im Rahmen einer multimodalen/ multiprofessionellen Behandlung (ernährungsmedizinische Maßnahmen: bestehend z.B. aus Ernährungsberatung, krankheitsspezifischer Diät, Bewegungstherapie, medikamentöse Therapie, verhaltenssteuernde Maßnahmen) nicht abgegrenzt werden kann. Die Ernährungsberatung im Rahmen multimodaler/ multiprofessioneller Behandlungsmaßnahmen im Krankenhaus oder in Rehabilitationseinrichtungen ist daher nicht Gegenstand dieser Bewertung.

Das methodische Vorgehen bei der Bewertung des Nutzens der Ernährungsberatung bei den Indikationen seltener angeborener Stoffwechselerkrankungen/ Mukoviszidose, bei denen eine Diättherapie bzw. Ernährungsberatung als alternativlose medizinische Maßnahme gilt, da ansonsten Tod oder schwere Behinderung droht, unterscheidet sich dabei vom Vorgehen bei den übrigen Indikationen. Bei den hier benannten angeborenen Stoffwechselerkrankungen/Mukoviszidose sind ernährungsmedizinische Maßnahmen einschließlich der Ernährungsberatung ohne jegliche Alternative, so dass kontrollierte randomisierte Studien der Evidenzstufe 1b nicht zu fordern waren.

Bei den Indikationen seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen/Mukoviszidose, bei denen eine Diättherapie bzw. Ernährungsberatung als alternativlose medizinische Maßnahme gilt, da ansonsten Tod oder schwere Behinderung drohen, sind der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit einer ärztlich durchgeführten oder unmittelbar ärztlich angeordneten und verantworteten Ernährungsberatung im multimodalen/multiprofessionellen Team nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sowie auf Grundlage der Aussagen von Sachverständigen unter Berücksichtigung der medizinischen Relevanz, des Spontanverlaufs der Erkrankung und der therapeutischen Alternativen (s. 2. Kap. § 13 Abs. 3 in Verbindung mit § 10 Abs. 2 und § 11 Abs. 6 VerfO) gegeben.

Unter Berücksichtigung der besonderen qualitativen und organisatorischen Anforderungen an eine Erbringung der Ernährungsberatung bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen und der Mukoviszidose kommt der Gemeinsame Bundesausschuss zu der Auffassung, die Ernährungsberatung in diesen Fällen auch weiterhin als notwendigen Bestandteil ärztlicher Leistung anzusehen, die von speziell für diese Erkrankungen qualifizierten/spezialisierten Diätassistentinnen oder Diätassistenten unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden kann.

Zur Präzisierung der Leistung wird empfohlen, die Ernährungsberatung als notwendigen Bestandteil der ärztlichen Leistung bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen/Mukoviszidose zu berücksichtigen.

3 Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen gewürdigt. Die Auswertung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen (siehe Abschnitt D der Zusammenfassenden Dokumentation) führte zu folgender Änderung des Beschlussentwurfes über eine Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie: ambulante Ernährungsberatung bei seltenen angeborenen Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose.

Unter II. wird im letzten Satz an das Wort „qualifizierten“ das Wort „/spezialisierten“ angefügt.

Begründung:

Unter Berücksichtigung der von der Arbeitsgemeinschaft der Ärzte im Mukoviszidose e.V. (AGAM) angeführten erforderlichen „hochspezialisierten“ Versorgung im Rahmen eines Zentrums/Spezialambulanzen wird der Beschlussentwurf von KBV/GKV dahingehend konkretisiert, dass die Ernährungsberatung unter Einbeziehung von speziell für die hier in Rede stehenden Erkrankungen qualifizierten und spezialisierten Diätassistenten durchgeführt werden kann. Damit wird klargestellt, dass die einzubeziehenden Diätassistenten auch über umfangreiches Wissen/Erfahrung im Umgang mit den jeweiligen Erkrankungen verfügen müssen.

4 Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

A-4.2 Anforderung einer ergänzenden Stellungnahme durch das BMG



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

vorab per Fax: 030 – 275838105

Andreas Brandhorst
Leiter des Referats 228

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-2383
FAX +49 (0)30 18 441-4667
E-MAIL andreas.brandhorst@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

Az. 228-21432-02
Berlin, 25. März 2015

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 22. Januar 2015 über eine Nicht-Änderung der Heilmittelrichtlinie: ambulante Ernährungsberatung bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose

Sehr geehrte Damen und Herren,

hinsichtlich des von Ihnen vorgelegten o. a. Beschlusses vom 22. Januar 2015, eingegangen im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 02. Februar 2015, ergibt sich im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Prüfung nach § 94 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nachfolgend darzustellender Erläuterungsbedarf, zu welchem ich Sie um ergänzende Stellungnahmen bitte.

Durch höchstgerichtliches Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 28. Juni 2000 (BSG, Urteil vom 28. Juni 2000 – B 6 KA 26/99 R –) wurden Sie dazu verpflichtet, in einem förmlichen Verfahren darüber zu entscheiden, ob die ambulante Ernährungsberatung in Erbringung durch Diätassistenten als neues Heilmittel in den Katalog der zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnungsfähigen Heilmittel der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel – Richtlinie) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V aufzunehmen ist. Das BSG verwies in seinen Feststellungen explizit darauf, dass die Tätigkeit von Diätassistenten im Konkurrenzverhältnis zu Ärzten stehen könne.

Im Zuge dessen leiteten Sie Ende des Jahres 2004 auf der Grundlage des § 138 SGB V sowie der Bestimmungen des 2. Kapitels Ihrer Verfahrensordnung ein Bewertungsverfahren ein.

In dessen Verlauf wurde festgestellt, dass die Ernährungsberatung bei den Indikationen "Biotinidasemangel", "Galaktosämie", "Aminoacidopathien", "Fettsäureoxidationsdefekte", "Carnitinzyklusdefekte" sowie "Organoacidämien" (im folgenden: seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen) und bei der Mukoviszidose wesentlicher und unverzichtbarer Teil der Therapie ist, ohne die schwere gesundheitliche Schädigungen bis hin zum Tode die unausweichliche Folge wären. Für beide Indikationen wurde der Nutzen und eine medizinische Notwendigkeit für eine Ernährungsberatung nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sowie auf Grundlage der Aussagen von Sachverständigen unter Berücksichtigung der medizinischen Relevanz, des Spontanverlaufs der Erkrankung und der therapeutischen Alternativen positiv beschieden.

Hinsichtlich der Versorgungssituation wurde festgehalten, dass Säuglinge und Kinder in der Regel in spezialisierten Zentren (sog. Stoffwechsellaboren oder Mukoviszidose-Spezialambulanzen), an Hochschulambulanzen, § 117 SGB V, Sozialpädiatrischen Zentren, § 119

U-Bahn U 6: Oranienburger Tor
S-Bahn S1, S2, S3, S7: Friedrichstraße
Straßenbahn M 1

Seite 2 von 3

SGB V, bzw. in speziellen Schwerpunktpraxen in der vertragsärztlichen Versorgung sowie im Rahmen der Krankenhausbehandlung behandelt werden, Patienten im Jugend- und Erwachsenenalter hingegen aufgrund der Erfordernisse im Schul- und Arbeitsleben auch in qualifizierten, niedergelassenen Facharztpraxen. Hervorgehoben wird in diesem Rahmen, dass ein Drittel der Patienten mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen sich im Erwachsenenalter befindet.

Mit Beschluss vom 22. Januar 2015 haben Sie durch Mehrheitsbeschluss entschieden, die ambulante Ernährungsberatung nicht als ärztlich zu verordnende Einzelmaßnahme in die Heilmittel-Richtlinie aufzunehmen.

Im Rahmen der tragenden Gründe Ihres Beschlusses führen Sie an, dass die Ernährungsberatung im Falle der Indikationen "seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen" und "Mukoviszidose" unmittelbar relevant für das Leben der Patienten sei, da sich ein Fehler in der Diäteeinstellung als Gegenstand eines Spontanverlaufs direkt auf die gesundheitliche Stabilität des Einzelnen auswirken könne. Für die Durchführung und organisatorische Bereitstellung der Ernährungsberatung sei somit eine besonders enge Anbindung an die ärztliche Leistung erforderlich. In diesem Rahmen könne die Ernährungsberatung zwar von speziell für diese Erkrankungen qualifizierte / spezialisierte Diätassistenten erbracht werden. Die notwendige Versorgungsqualität und Patientensicherheit könne jedoch nur sichergestellt werden, wenn die Gesamtverantwortung dem Arzt obliege. Auf diesem Wege sei gewährleistet, dass die Ernährungsberatung begleitend zum Arztkontakt erfolge und auf die durch den Arzt vorzunehmende Überwachung und Feststellung des Ernährungsstatus individuell ausgerichtet werden könne.

Nach Ihrer Auffassung können Diätassistenten daher nur auf Weisung des Arztes im Wege der Delegation tätig werden. Eine solche Ausgestaltung entspräche nicht dem Fall einer ärztlichen Verordnung, sondern vielmehr dem einer Tätigkeit auf der Grundlage einer ärztlichen Anordnung. Lediglich in solchen Fällen, in denen von Diätfehlern kein unmittelbares Gefährdungspotential (unmittelbare Todes- oder Behinderungsfolge) für den Patienten ausgehe und bei denen keine zeitkritische Therapieumstellung erforderlich sei, könnten Diätassistenten Ihrer Auffassung gemäß auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung tätig werden.

Auf dieser Grundlage ergibt sich folgender Erläuterungsbedarf:

A. Das BMG bittet um Stellungnahme, inwieweit es sich aus Sicht des G-BA bei der Beschränkung der Tätigkeit von Diätassistenten allein auf Fälle der ärztlichen Anordnung um einen Eingriff in die durch Artikel 12 Grundgesetz geschützte Berufsfreiheit handelt und ggf. um nähere Erläuterung dazu, wie ein solcher Eingriff durch den vorliegenden Beschluss verfassungsrechtlich zu rechtfertigen ist.

Inbesondere wird im Hinblick auf die Verhältnismäßigkeit um nähere Erläuterung gebeten, aus welchen Gründen eine patientengerechte und qualifizierte Leistungserbringung von Diätassistentinnen nicht mit mildereren Mitteln (vgl. §§ 44 f. des Änderungsvorschlages der Patientenvertretung) gewährleistet werden könnte.

B. Ebenso wird um Erläuterung gebeten, auf welche Art und Weise es bisher sichergestellt ist bzw. zukünftig sichergestellt werden soll, dass Ärzte, welche Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose behandeln, über die seitens des G-BA in diesem Rahmen angesprochene Qualifikation bzw. Spezialisierung verfügen? In diesem Zusammenhang wird auch um Erläuterung gebeten, inwieweit qualifizierte Fachärzte nach Auffassung des G-BA im Bereich der Ernährungsmedizin einschließlich der Ernährungsberatung in Fällen von seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose grundsätzlich in

Seite 3 von 3

vergleichbarer Weise eine Ernährungsberatung erbringen können wie Diätassistenten nach erfolgter Ausbildung?

C. Das BMG bittet zudem um Erläuterung, wie nach Auffassung des G-BA im Falle von Jugendlichen, Erwachsenen, werdenden Müttern sowie Familien mit erkrankten Säuglingen oder Kindern eine qualitätsgesicherte Versorgung unter dem Aspekt von kurzfristigem sowie häufigem Terminbedarf zu hoch frequentierten Zeiten allein durch niedergelassene Fachärzte gegenwärtig gewährleistet wird bzw. zukünftig gewährleistet werden soll?

D. Ausweislich des Protokollentwurfs der Plenumsitzung am 22. Januar 2015 ist der G-BA bei seiner Beschlussfassung davon ausgegangen, dass es sich um einen Beschluss handelt, bei dem nach § 91 Absatz 2a Satz 1 SGB V alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite auf die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung benannten Mitglieder übertragen werden. Gemäß § 91 Absatz 2a Satz 4 SGB V werden demgegenüber bei Beschlüssen zur Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden die fünf Stimmen anteilig auf die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten Mitglieder übertragen. In Anlage 1 der Geschäftsordnung des G-BA ist u.a. ausdrücklich geregelt, dass eine Methodenbewertung im Sinne des Gesetzes auch dann vorliegt, wenn ein Beschluss auf Grundlage eines Verfahrens nach § 138 SGB V getroffen wird. Da der vorliegende Beschluss zur ambulanten Ernährungsberatung auf Grundlage eines Beratungsverfahrens nach § 138 SGB V getroffen wurde, wird der G-BA um Stellungnahme zur Stimmrechtsverteilung gebeten.

Ich weise darauf hin, dass nach § 94 Absatz 1 Satz 3 SGB V der Lauf der Beanstandungsfrist bis zum Eingang Ihrer Auskünfte unterbrochen ist.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

A-4.3 Ergänzende Stellungnahme des G-BA

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 08 06, 10506 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Herrn Andreas Brandhorst
Leiter des Referats 228
11055 Berlin

nachrichtlich

- Dr. Harald Delsler, unparteiliches Mitglied
- Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiliches Mitglied
- Sprecherinnen und Sprecher im Unterausschuss Veranlasste Leistungen

vorab per E-Mail am 25. September 2015 an
andreas.brandhorst@bmg.bund.de
228@bmg.bund.de



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

gemäß § 81 SGB V
Unterausschuss
Veranlasste Leistungen

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10523 Berlin

Ansprechpartner/in:
Abteilung Methodenbewertung und
veranlasste Leistungen

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:

Datum:
25. September 2015

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 22. Januar 2015 über eine Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie: ambulante Ernährungsberatung bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose

Sehr geehrter Herr Brandhorst,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 25. März 2015, indem Sie uns um ergänzende Stellungnahme zum o.g. Beschluss des G-BA bitten. Ihrer Anfrage komme ich als Vorsitzender des fachlich zuständigen Unterausschusses Veranlasste Leistungen gern nach und nehme hierzu wie folgt Stellung:

Zu Buchstabe A

Das Bundesministerium für Gesundheit bittet um Stellungnahme, inwieweit es sich aus Sicht des G-BA bei der Beschränkung der Tätigkeit von Diätassistentinnen und Diätassistenten allein auf Fälle der ärztlichen Anordnung um einen Eingriff in die durch Artikel 12 Grundgesetz geschützte Berufsfreiheit handelt und ob ein solcher Eingriff verfassungsrechtlich zu rechtfertigen ist. Ferner wird um nähere Erläuterung gebeten, aus welchen Gründen eine patientengerechte und qualifizierte Leistungserbringung von Diätassistenten im Hinblick auf die Verhältnismäßigkeit nicht auch durch mildere Mittel gewährleistet werden könnte.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist der Ansicht, dass der getroffene Beschluss auch vor dem Hintergrund der Berufsfreiheit der Diätassistentinnen und Diätassistenten gerechtfertigt ist. Dies gilt sowohl für die Feststellung, dass die Ernährungsberatung (insgesamt) nicht als verordnende Einzelmaßnahme in die Heilmittel-Richtlinie aufgenommen wird (1.), als auch für die Entscheidung, dass in den Fällen, in denen die Ernährungsberatung ausnahmsweise

1



notwendiger Bestandteil der ärztlichen Leistung ist (bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose), diese nur im Rahmen einer unmittelbaren ärztlichen Weisung erbracht werden kann (2.).

Begründung:

In beiden Fällen liegt kein Eingriff in die Berufswahl vor. Der Beschluss betrifft nicht den Zugang zum Beruf der Diätassistentin / des Diätassistenten. Er greift allenfalls in die Berufsausübungsfreiheit ein. Das ist zulässig. Mit dem Auftrag des G-BA in § 92 Abs. 1 SGB V, zur Sicherung der ärztlichen Versorgung Beschlüsse und Richtlinien zu erlassen, ist die erforderliche gesetzliche Grundlage gegeben. Der mit dem Beschluss verbundene Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit ist nach Ansicht des G-BA in beiden Fällen durch vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls gerechtfertigt. Hierbei ist insbesondere der weite Einschätzungs- und Gestaltungsspielraum des G-BA als untergesetzlicher Normgeber zu beachten.

(1.) Grundsatz: Ambulante Ernährungsberatung insgesamt kein ärztlich zu verordnendes Heilmittel

Der Beschluss des G-BA hat zur Folge, dass die ambulante Ernährungsberatung nicht als ärztlich zu verordnende Einzelmaßnahme in die Heilmittel-Richtlinie aufgenommen wird. Damit wird Diätassistenten grundsätzlich nicht die Möglichkeit gegeben, ihre Leistungen als verordnungsfähige Maßnahme der Krankenbehandlung zu Lasten der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen. Die „Zulassung“ zur Leistungserbringung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist für die Diätassistenten ein beachtlicher wirtschaftlicher Faktor, da sie ihnen zusätzliche berufliche und finanzielle Perspektiven eröffnen würde.

Trotz dieser Wirkungen greift der Beschluss des G-BA auch in diesem Punkt nicht in die Berufswahl der Diätassistenten ein. Die Zulassung, Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen ist kein eigenständiger Beruf, der einem Beruf ohne die Zulassung gegenübergestellt werden könnte (BVerfG 23.3.1960 – 1 BvR 216/51 –juris Rn. 31ff „Kassenarzt“; BVerfG 10.5.1988 – 1 BvR 111/77 –juris Rn. 20 „Heilpraktiker“). Insofern berührt der Beschluss lediglich die Berufsausübung der Diätassistenten. Das Bundesverfassungsgericht hat diesbezüglich bereits mehrfach entschieden, dass auch die (gesetzgeberischen) Maßnahmen, die auf die wirtschaftliche Existenzhaltung von nicht unerheblichen Einfluss sind, (lediglich) in die Freiheit der Berufsausübung eingreifen (BVerfG 8.10.2004 – 1 BvR 682/01 –juris Rn. 20 m.w.N. zur Rechtsprechung des BVerfG). Anders als bei den Vertragsärzten handelt es sich bei dem grundsätzlichen Ausschluss zur Leistungserbringung im System der gesetzlichen Krankenversicherung auch nicht um eine Beschränkung, die wegen ihrer wirtschaftlichen Auswirkungen in die Nähe einer Zulassungsregelung käme. Zwar würde die Zulassung zur Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung den Diätassistenten erhebliche zusätzliche berufliche Möglichkeiten eröffnen. Diese Möglichkeiten hätten aber bereits wegen der bisherigen Ausgestaltung bei weitem nicht dieselbe Bedeutung wie bei den Ärzten. Gerade weil die Diätassistenten herkömmlicherweise und auch im Bewusstsein ihrer Patienten außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung tätig werden, sind sie nicht in gleichem Maße wie die Ärzte auf eine Zulassung als Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung angewiesen (BVerfG 10.5.1988 – 1 BvR 111/77 –juris Rn. 20, zu den Heilpraktikern).

Dementsprechend hat auch das Bundessozialgericht (BSG) in seinem „Diätassistenten-Urteil“ festgestellt, dass die Möglichkeit der Leistungserbringung zu Lasten der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung lediglich die Berufsausübung berührt (BSG 28.6.2000 – B 6 KA 28/99 –juris Rn. 41). Wegen der wirtschaftlichen Bedeutung hat das BSG aber auch entschieden, dass es das Grundrecht der Berufsfreiheit erfordert, dass in einem angemessenen Verfahren über die Leistungserbringung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu entscheiden ist. Dieses Verfahren hat der G-BA insbesondere unter Beteiligung von Organisationen der betroffenen Heilmittelerbringer und auch ansonsten ordnungsgemäß durchgeführt und mit dem Beschluss vom 22. Januar 2015 abgeschlossen. Die vom BSG genannten verfassungsrechtlichen Anforderungen sind damit erfüllt.

Der Ausschluss der ambulanten Ernährungsberatung als ärztlich zu verordnende Einzelmaßnahme ist durch hinreichende Gründe des Allgemeinwohls gerechtfertigt. Neben der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, die das Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung als besonders wichtiges Gemeinschaftsgut bezeichnet hat (BVerfG 20.3.2001 – 1 BvR 491/96 –juris. Rn. 42; BVerfG 14.5.1985 - 1 BvR 449/82 –juris Rn. 88), hat gerade im Gesundheitswesen der Kostenaspekt für gesetzgeberische Entscheidungen erhebliches Gewicht. Die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung ist für das Gemeinwohl anerkanntermaßen von hoher Bedeutung. Soll die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung mit Hilfe eines Sozialversicherungssystems erreicht werden, stellt auch dessen Finanzierbarkeit einen überragend wichtigen Gemeinwohlbelang dar. Zur Sicherung der Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung gehört auch, dass nur die Leistungen von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden, die zweckmäßig sind. Der G-BA hat die vorliegenden Studien zum Nutzen der (alleinigen) Ernährungsberatung sorgfältig recherchiert und ausgewertet. Danach hat die (alleinige) Ernährungsberatung keinen Nutzen und ist insofern nicht notwendig.

Die im Bewertungsverfahren berücksichtigten Studien bei den Indikationen Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Hypercholesterinämie/Hyperlipidämie, Hypertonie, Niereninsuffizienz, onkologische Erkrankungen, Osteoporose, Schlaf-Apnoe, Psychose und chronische Herzinsuffizienz ergaben keinen Beleg für den Nutzen der alleinigen Ernährungsberatung als ärztlich zu verordnendes Heilmittel hinsichtlich der patientenrelevanten Endpunkte. Auch für weitere Indikationen, wie beispielsweise entzündliche Darmerkrankungen, Kurzdarmsyndrom oder Magengeschwüre, ließ sich ein Nutzen der alleinigen Ernährungsberatung als ärztlich zu verordnendes Heilmittel auf Grund fehlender vergleichender Studien nicht belegen. Eine alleinige Ernährungsberatung als ärztlich zu verordnendes Heilmittel zu Lasten der GKV bei den genannten Indikationen ist somit weder zweckmäßig noch wirtschaftlich.

Der Ausschluss der nicht notwendigen Leistung „alleinige Ernährungsberatung“ trägt damit zur Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung bei. Dieser Gemeinwohlbelang rechtfertigt den Beschluss des G-BA, wonach die Diätassistenten zumindest in diesem Bereich keine Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen können.

(2.) Ausnahme: Ambulante Ernährungsberatung bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose

Der G-BA hat ferner beschlossen, dass bei den Indikationen „seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen“ und „Mukoviszidose“ die ambulante Ernährungsberatung im Rahmen der ärztlichen Versorgung zu erfolgen hat. Dieser Beschlussteil hat für Diätassistenten zur Folge, dass sie die Leistungen zwar erbringen können, dies aber nur im Rahmen der ärztlichen Weisung und damit nicht selbständig außerhalb der ärztlichen Versorgung. Dieser Be-

schluss betrifft somit - anders als der erste Beschluss - nicht den Ausschluss der Leistungserbringung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern die Art und Weise der Leistungserbringung. Der Beschluss schränkt damit ebenfalls lediglich die Berufsausübung ein. Der damit verbundene Eingriff ist auch hier durch hinreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt.

Anders als bei dem grundsätzlichen Ausschluss der (alleinigen) ambulanten Ernährungsberatung (1.) kann hier zwar nicht auf die finanzielle Stabilität der Krankenversicherung abgestellt werden. Denn der G-BA hat in diesen Fällen den Nutzen der ambulanten Ernährungsberatung festgestellt. Der den Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit rechtfertigende hinreichende Grund des Gemeinwohls liegt hier aber im Schutz der Patienten.

Die enge Anbindung an die ärztliche Leistungserbringung ist insbesondere aus folgenden Gründen erforderlich:

Die auf ärztliche Weisung erfolgte Ernährungsberatung ist bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und der Mukoviszidose eine alternativlose medizinische Maßnahme. Ohne sie besteht die konkrete Gefahr des tödlichen Verlaufs der Erkrankung oder der Eintritt einer schweren Behinderung. Die Folgen einer nicht unmittelbar zeitgerecht oder fehlerhaft stattfindenden Ernährungsberatung sowie möglicher weiterer notwendiger Therapiemaßnahmen sind für die betroffenen Patientinnen und Patienten – anders als bei anderen Heilmitteln – in der Regel lebensbedrohlich. Aus diesem Grund erfolgt die Behandlung dieser Erkrankungen an hochspezialisierten Zentren (sog. Stoffwechsellaboren und Mukoviszidose-Spezialambulanz) an Hochschulambulanz (§ 117 SGB V), Sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V), in spezialisierten Schwerpunktpraxen der vertragsärztlichen Versorgung sowie im Rahmen der Krankenhausbehandlung. Nur so ist die unmittelbare Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der fachärztlichen und weiteren Therapeuten (u.a. Diätassistenten) unter ärztlicher Verantwortung sowie der dafür unabdingbare erforderliche gegenseitige Informationsaustausch gewährleistet. Es bedarf in diesen Fällen zwingend einer direkten Anbindung der Ernährungsberatung an die ärztliche Leistung sowie eines fachlichen und organisatorischen Weisungsverhältnisses zwischen Arzt und Diätassistent, da ansonsten die hier im besonderen Maße erforderliche Abstimmung der Behandlung nicht erreicht werden kann.

Bei den genannten Erkrankungsbildern muss – wie in den Tragenden Gründen ausgeführt – jederzeit mit unvorhergesehenen Verschlechterungen oder Komplikationen gerechnet werden. Daher müssen sowohl die Ernährungsberatung als auch die ärztliche und medikamentöse Behandlung kurzfristig und engmaschig verfügbar sein. Die unverzügliche Rückkopplung zwischen behandelndem Arzt und Ernährungsberater zum weiteren Vorgehen bei unvorhergesehenen Verschlechterungen oder Komplikationen ist dabei unverzichtbar. Bei Mukoviszidose führt zum Beispiel bereits ein einfacher Atemwegsinfekt nicht nur zur Verschlechterung der pulmonalen Situation, sondern durch Fieber, Schwitzen, Erbrechen oder Durchfall auch zu Verschiebungen oder Entgleisungen im Elektrolythaushalt sowie zu einem erhöhten Energiebedarf. Dies erfordert eine unverzügliche Anpassung der Dosierung der Enzymsubstitution und Vitamingabe, was nicht ohne einen unmittelbaren Austausch zwischen den beteiligten Behandlern möglich ist, da bei falscher Enzymgabe sonst die Gefahr einer Überdosierung mit möglichem Darmverschluss besteht. Bei Fieber kommt es zusätzlich zu einem Natrium- und Chlorid-Verlust, der unmittelbar und auf Basis paralleler Laborkontrollen durch den Arzt ausgeglichen werden muss. Eine Minimierung etwaiger Risiken für den Patienten lässt sich nur über die Einbindung der Ernährungsberatung in die ärztliche Leistung sowie durch eine (auch örtlich) unmittelbar verfügbare weisungsgebundene Ernäh-



rungsfachkraft in ausreichendem Maße erreichen. Zeitliche Verzögerungen in der Abstimmung zwischen Arzt und Diätassistenten, die bei einer örtlichen Trennung nahezu unvermeidbar sind, sind deswegen im Interesse der Patienten unbedingt zu vermeiden.

Die Diättherapie einschließlich einer Ernährungsberatung stellt hier somit eine ärztliche Leistung dar, die zwar nicht durchweg höchstpersönlich von einem Arzt erbracht werden muss, jedoch aufgrund der komplizierten Erkrankungsverläufe in Bezug auf Diagnostik und Therapie unter ärztlicher (Gesamt-)Verantwortung und Weisung erfolgen muss. Anderenfalls kann eine Fehlbehandlung durch die Diättherapie zum Tod oder zu schweren Behinderung des Patienten führen.

- Der Vorschlag der Patientenvertretung, die Versorgungsqualität über eine Kooperationsvereinbarung zwischen der ärztlichen Einrichtung (Stoffwechselzentrum oder Mukoviszidose-Spezialambulanz, etc.) und dem freiberuflich tätigen niedergelassenen Diätassistenten zu sichern, ist nicht ausreichend und stellt somit in Bezug auf die Verhältnismäßigkeit des Eingriffs in die Berufsausübungsfreiheit kein geeignetes milderer und verhältnismäßigeres Mittel dar. Grund hierfür ist, dass sich die erforderliche enge Anbindung der Ernährungsberatung nicht bloß auf eine Teilnahme der Diätassistenten an Fallbesprechungen und Qualitätszirkeln beschränken kann. Dies gilt selbst dann, wenn sie häufiger, als von der Patientenvertretung vorgeschlagen, mindestens einmal monatlich stattfinden würden. Erst das bei diesen Erkrankungen gebotene Weisungsverhältnis und die (nur) damit zu gewährleistende unmittelbare Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der fachärztlichen und weiteren Therapeuten sowie der erforderliche Informationsaustausch (insbesondere wechselseitiger Zugriff auf Labor- und Behandlungsdaten des Patienten) ermöglichen es, die mit den komplizierten Krankheitsverläufen verbundenen Risiken für den Patienten so weit wie möglich auszuschließen.

Die hier erforderliche Qualitätssicherung und Leistungssteuerung ließe sich auch nicht über eine – im Vergleich zur „üblichen“ Heilmittelverordnung – detailliertere Beschreibung und Vorgabe von Weisungsinhalten auf einer ärztlichen Verordnung oder durch eine verpflichtende höherfrequentierte Rückkopplung mit dem Arzt – bspw. nach jeder Beratungseinheit – erreichen. Diesbezüglich wurde auch von Sachverständigen vorgetragen, dass es bei der Therapie der genannten Krankungsbilder eben nicht nur darum geht, den Patienten oder die Eltern zu beraten, sondern dass der Schwerpunkt vor allem darin liegt, Interaktionen zwischen den einzelnen Therapien festzustellen und im unmittelbaren Gespräch mit dem Arzt zu besprechen, um die einzelnen Maßnahmen auf einander abstimmen zu können. Die hierfür notwendige Kommunikation ließe sich nicht gleichermaßen mit einem im räumlichen und zeitlichen Abstand tätigen Ernährungsberater als niedergelassener Heilmittelerbringer umsetzen.

Das mit dem Vorschlag der Patientenvertretung verbundene Ziel einer in spezialisierten Zentren und Schwerpunktpraxen ergänzenden wohnortnahen Ernährungsberatung als Heilmittel ist mit der gebotenen Versorgungsqualität und Patientensicherheit nicht vereinbar. Die Qualität der derzeit an Zentren und in Schwerpunktpraxen stattfindenden Ernährungsberatung ist vor allem deswegen so hochwertig, weil die dort tätigen Diätassistenten nur hier in ausreichendem Maße mit den in Rede stehenden seltenen Erkrankungen in Berührung kommen. Die für die Therapie notwendigen hochspezialisierten Kenntnisse und Qualifikationen sowie berufspraktischen Erfahrungen lassen sich im Wege einer freiberuflichen Tätigkeit als niedergelassener Heilmittelerbringer nicht gleichermaßen erlangen und erhalten, da der Zugang der Diätassistenten aufgrund der mit der Niederlassung verbundenen organisa-



torischen und/oder räumlichen Trennung von der spezialisierten ärztlichen Einrichtung nicht mehr gleichermaßen gegeben ist.

Im Ergebnis ist damit der Schutz des Patienten (Art. 2 Abs. 2 GG) abzuwägen gegenüber dem Interesse der Diätassistenten, ihre Leistungen selbständig zu erbringen (Art. 12 GG – Berufsausübungsfreiheit). Danach überwiegt das Interesse der Patienten. Das Interesse an einer erfolgreichen und möglichst risikolosen Behandlung überwiegt das Interesse an einer selbständigen Leistungserbringung. Letztlich geht es auch um eine zum Schutz des Patienten qualitätsgesicherte Leistungserbringung. Zu vergleichbaren Sachverhalten hat das BSG mehrfach entschieden, dass der Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit gerechtfertigt ist. So hat es für den Bereich der Mindestmengen im Krankenhaus ausdrücklich die Auffassung vertreten, dass eine Abwägung der Bedeutung der Interessen der Krankenhäuser, uneingeschränkt Knie-TEP-Leistungen zu erbringen, mit dem Interesse an einer besseren Versorgungsqualität für Patienten einen Vorrang der Qualitätssicherung zugunsten der hiervon betroffenen Individual- und Gemeinwohlbelange ergebe. Der Patientenschutz habe hier Vorrang vor Erwerbsschutz (BSG 27.11.2014 - B 3 KR 1/13 R -juris Rn. 44). Der Eingriff in die Berufsausübung der Diätassistenten ist damit durch den Gemeinwohlbelang „Schutz des Patienten“ gerechtfertigt.

Zu Buchstabe B

Sie haben ferner um Erläuterung gebeten, auf welche Art und Weise es bisher sichergestellt ist oder zukünftig sichergestellt werden kann, dass Ärzte, welche Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose behandeln, über die seitens des G-BA in diesem Rahmen angesprochene Qualifikation bzw. Spezialisierung verfügen.

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten im Säuglings- und Kindesalter mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose wird in der Regel in spezialisierten Zentren (sog. Stoffwechsel-Zentren oder Mukoviszidose-Spezialambulanzen) an Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V), Sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V) oder in speziellen Schwerpunktpraxen in der vertragsärztlichen Versorgung sowie im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführt (vgl. dazu die Ausführungen in A.). Die in den o.g. Einrichtungen tätigen Ärzte behandeln täglich Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose. So gelten z.B. für Mukoviszidosezentren Qualitätsvorgaben, die auf Empfehlungen und Zertifizierungen durch entsprechende Fachgesellschaften basieren. Dabei werden an die ärztliche Kompetenz konkrete Anforderungen gestellt, die neben der fachärztlichen Qualifikation auch eine Mindestzahl an Behandlungsfällen pro Jahr vorgibt, um damit eine ausreichende Erfahrung in der Behandlung von Mukoviszidosepatienten sicher zu stellen. Vergleichbare Anforderungen werden auch für die Anerkennung als Stoffwechselspezialist gestellt. Es ist somit davon auszugehen, dass die dort tätigen ärztlichen Experten im Rahmen ihrer Facharztausbildung und Subspezialisierungen, durch entsprechende Weiterbildungen, durch Fortbildungen, im Rahmen ihrer täglichen Arbeit sowie im Zuge ihrer Tätigkeit in Forschung und Lehre das für die Behandlung zwingend erforderliche umfangreiche Fachwissen erlangt haben und somit über die erforderliche Qualifikation und Spezialisierung verfügen.

Mit dem Beschluss des G-BA vom 22. Januar 2015 wird an der oben dargestellten bewährten Versorgungspraxis seltener angeborener Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose in Stoffwechsel-Zentren und Mukoviszidose-Spezialambulanzen festgehalten, so dass auch zukünftig die hohen Qualifikations- und Spezialisierungserfordernisse sichergestellt sind.

Darüber hinaus ist es auch im Rahmen der zu stärkenden vertragsärztlichen Leistung (siehe Abschnitt C) Absicht der Selbstverwaltungspartner, entsprechende Qualifikationserforder-



nisse zu definieren, so dass der für die Ernährungsberatung bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose erforderliche hohe Qualifikations- bzw. Spezialisierungsgrad sichergestellt ist.

In diesem Zusammenhang bitten Sie auch um Erläuterung, inwieweit qualifizierte Fachärzte nach Auffassung des G-BA im Bereich der Ernährungsmedizin einschließlich der Ernährungsberatung in Fällen von seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose grundsätzlich in vergleichbarer Weise eine Ernährungsberatung erbringen können wie Diätassistenten nach erfolgter Ausbildung.

Der G-BA sieht die Leistungen von Diätassistenten für die seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose als delegationsfähige Leistungen nach § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V an (2.3.2 der Tragenden Gründe). Dabei gilt, dass der Arzt die von ihm angeordnete Behandlung – anders als bei Heilmitteln – auch hinsichtlich deren ordnungsgemäßen Durchführung zu verantworten hat. Aufgrund der gegebenen Verantwortlichkeit ist sichergestellt, dass auch die durch den Arzt selbst erbrachte Ernährungsberatung in vergleichbarer Weise erfolgt.

Grundsätzlich ist die Ernährungsberatung bei seltenen angeborenen Stoffwechselstörungen und der Mukoviszidose Teil einer ärztlichen Leistung „Diättherapie“, bestehend aus Diagnostik, Medikamentengabe sowie oft lebenslanger differenzierter Substitutionsbehandlung u.s.w.. Die Diättherapie ist selbst Teil einer multimodalen/multiprofessionellen Therapie. Diätassistenten sollen die Ernährungsberatung dabei auf ärztliche Delegation hin eigenständig ausführen. Dabei ist es jedoch notwendig, diese organisatorisch und weisungstechnisch unmittelbar in die ärztliche Leistung bzw. in ein Teamsetting einzubetten, wie es typischerweise in Stoffwechselzentren praktiziert wird, die wegen dieser engen Verzahnung errichtet wurden.

Die Ernährungsberatung im Rahmen dieses Teamansatzes gewährleistet, dass der beteiligte Arzt und der beteiligte Diätassistent in dem dringend notwendigen Arbeits- und Kommunikationsverhältnis stehen, bezogen auf die Erkrankung sowie auf den jeweiligen individuellen Zustand des Patienten, wodurch die erforderliche Versorgungsqualität gewährleistet wird.

Zu Buchstabe C

Das BMG bittet zudem um Erläuterung, wie nach Auffassung des G-BA im Falle von Jugendlichen, Erwachsenen, werdenden Müttern sowie Familien mit erkrankten Säuglingen oder Kindern eine qualitätsgesicherte Versorgung unter dem Aspekt von kurzfristigem sowie häufigem Terminbedarf zu hoch frequentierten Zeiten allein durch niedergelassene Fachärzte gegenwärtig gewährleistet wird und zukünftig gewährleistet werden soll.

Zunächst hält der G-BA an der bewährten Versorgungspraxis bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose in spezialisierten Stoffwechsel-Zentren bzw. Mukoviszidose-Spezialambulanzen u.a. fest (vgl. Ausführungen zu B.). Deswegen ist es keineswegs so, dass die qualitätsgesicherte Versorgung mit Ernährungsberatung zukünftig allein durch niedergelassene Fachärzte sichergestellt werden soll. Vielmehr beabsichtigen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband, das Angebot der Ernährungsberatung bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose neben der o.g. zentrumsorientierten Versorgungspraxis auch im vertragsärztlichen Bereich zu stärken.



Die bestehende vertragsärztliche Leistung der Ernährungsberatung („Schriftlicher Diätplan bei schweren Ernährungs- oder Stoffwechselstörungen, speziell für den einzelnen Patienten aufgestellt“) findet sich in der geltenden Fassung des EBM als nicht gesondert berechnungsfähige Leistung wieder, die mit der Versichertenpauschale bzw. Grundpauschale abgegolten ist.

Dafür soll eine EBM-Ziffer eingeführt werden, nach der die Ernährungsberatung bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose als delegierbare vertragsärztliche Leistung, die durch entsprechend qualifiziertes nicht-ärztliches Personal erbracht werden kann, abrechnungsfähig ist. Zur Sicherstellung der erforderlichen Qualifikation und Qualitätsanforderungen ist es ferner beabsichtigt, die entsprechenden Vorgaben zu definieren.

Zu Buchstabe D

Abschließend entsprechen wir gern der Bitte um Erläuterung der Stimmrechtsverteilung bei der Beschlussfassung. Da die Beschlussfassung die (Nicht-)Änderung der Heilmittel-Richtlinie betraf, erfolgte die Stimmrechtsverteilung entsprechend der für diese Richtlinie geltenden Festlegung in Nummer 6 lit. a) der Anlage I der Geschäftsordnung des G-BA (GO) mit alleiniger Stimmberechtigung der Kassenzärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auf Seiten der Leistungserbringer.

Diese Festsetzung entspricht der gesetzlichen Vorgabe des § 91 Abs. 2a SGB V. Dessen Satz 1 sieht vor, dass bei Beschlüssen, die allein einen der Leistungssektoren wesentlich betreffen, alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen werden, die von der betroffenen Leistungserbringerorganisation nach § 91 Absatz 1 Satz 1 SGB V benannt worden sind. Von den gegenständlichen Beschlüssen zur (Nicht-)Änderung der Heilmittel-Richtlinie ist allein ein Leistungssektor - und zwar derjenige der vertragsärztlichen Versorgung - wesentlich betroffen, weshalb auch die Festlegung in der Anlage I Nummer 6 lit. a GO die alleinige Stimmberechtigung der KBV ausweist.

Die alleinige wesentliche Betroffenheit der KBV folgt aus der fehlenden wesentlichen Betroffenheit der anderen Leistungserbringerorganisationen. Dies ergibt sich mit Blick auf die Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) bereits aus der Tatsache, dass die Heilmittel-Richtlinie sich explizit allein auf die „Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung“ bezieht und gerade nicht die Heilmittel-Verordnung durch Zahnärzte betrifft, deren Regelung der gesonderten „Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung“ vorbehalten ist. Die fehlende wesentliche Betroffenheit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) folgt aus der Tatsache, dass weder eine Heilmittelerbringung nach Maßgabe der Heilmittelrichtlinie im Krankenhaus stattfindet noch eine Heilmittelverordnung durch Krankenhäuser zum Zeitpunkt der Beschlussfassung vorgesehen war; ob sich zum letztgenannten Punkt künftig Änderungen aus den neuen Regelungen zum Entlassmanagement gem. § 39 Abs. 1a SGB V ergeben werden, kann außer Acht gelassen werden, da es für die zulässige Stimmrechtsverteilung auf die Rechtslage zum Zeitpunkt der gegenständlichen Beschlussfassung ankommt (vgl. § 14a Abs. 3 Satz 3 GO).

Dagegen spricht auch nicht die in Ihrer Anfrage thematisierte Spezialregelung des § 91 Abs. 2a Satz 4 SGB V, der zufolge bei Beschlüssen zur Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden lediglich die Stimme des von der KZBV benannten Mitglieds anteilig auf die von der KBV und der DKG benannten Mitglieder übertragen wird. Der ge-



genständliche Beschluss ist nämlich keiner „zur Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“.

Der Begriff der ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethode knüpft nach den einfachgesetzlichen Vorgaben an die Bestimmung an, die er im Rahmen der Methodenbewertungsvorgaben der §§ 135, 137c SGB V erhalten hat. Neue Heilmittel unterfallen diesem Begriff grundsätzlich nicht, wie sich bereits systematisch aus der gerade von den §§ 135, 137c SGB V gesonderten Bewertungsvorgabe des § 138 SGB V ergibt; die Tatsache, dass nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung die Maßstäbe der Bewertung nach den §§ 135, 137c SGB V auch heranzuziehen sind im Rahmen der Bewertungsverfahren nach § 138 SGB V ändert an der klaren Abgrenzung der Begriffszuweisungen und entsprechenden Trennung der Bewertungsregime nichts.

- Ausnahmsweise jedoch kann der Einsatz eines neuen Heilmittels untrennbar verbunden sein mit einer ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethode; ist dies der Fall, dann erfolgt die Bewertung dieses neuen Heilmittels in dem insoweit erweiterten Kontext der ärztlichen Behandlung auf der hierfür geltenden Bewertungsgrundlage nach § 135, 137c SGB V. Diesen letztgenannten Fall hat die in Ihrem Schreiben gleichfalls zitierte Regelung des Satzes 4 der Anlage I GO im Blick, wonach eine Methodenbewertung im Sinne des Gesetzes dann vorliegt, wenn die Beschlüsse auf der Grundlage von Verfahren nach §§ 135, 138 oder 137c SGB V getroffen werden. Diese Regelung findet ihren Grund in der Gesetzesbegründung zu § 91 Abs. 2a SGB V. Dort wird klarstellend ausgeführt, dass die Spezialregelung der Stimmrechtsverteilung für die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

„unabhängig davon [gilt], ob der jeweilige Beschluss formal auf Grundlage des § 135 oder des § 137c getroffen wird. Für die gemeinsam beratenen, aber rechtlich getrennten Beschlüsse zur Methodenbewertung im vertragsärztlichen Bereich einerseits und im Krankenhausbereich andererseits ist zukünftig insoweit weiterhin an einer sektorenübergreifenden Stimmverteilung festzuhalten. Eine Aufspaltung der in überwiegenden Teilen auf gleicher Grundlage zu treffenden Nutzenbewertungen wäre vor dem Hintergrund der Annäherung der Sektoren und der notwendigen Abstimmung zwischen ambulanten und stationärem Leistungserbringer nicht sachgerecht.“

Hieraus wird deutlich, dass sich die Spezialregelung zur Stimmrechtsverteilung allein auf die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beziehen soll. Nicht intendiert hat der Gesetzgeber dagegen eine Erweiterung der sektorenübergreifenden Beschlussfassung auch auf solche Bewertungsverfahren, die – wie Beschlussfassungen nach § 138 SGB V zur (Nicht-)Aufnahme von eigenständigen, also nicht untrennbar mit einer ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethode verbundenen neuen Heilmitteln – von vornherein nur einen Leistungssektor allein wesentlich betreffen und demgemäß auch nicht sektorenübergreifend zu beraten sind oder auch nur faktisch so beraten wurden. Die sektorenübergreifende Nutzenbewertung nach 2. Kap. § 7 Abs. 1 lit. a VerfO, die in der Zuständigkeit des Unterausschusses Methodenbewertung (UA MB) durchgeführt wurde, ändert an diesem Befund nichts, da sie bei neuen Heilmitteln – mangels Möglichkeit zur Beschlussfassung mit Wirkung für den stationären Sektor – allein zu verstehen ist als einheitliche, also nicht sektorspezifisch gesonderte Bewertung. Weder der in der Gesetzesbegründung angeführte Aspekt des Festhaltens an einer sektorenübergreifenden Stimmverteilung greift hier, da es eine solche mit Blick auf die neuen Heilmittel nie gab, noch ist die Abstimmung zwi-



schen ambulanten und stationärem Leistungserbringer eine Notwendigkeit hinsichtlich der Heilmittelverordnung. Eine Erweiterung des Anwendungsbereichs der gesetzlichen Spezialregelung zur Stimmrechtsverteilung bei Bewertungen ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist also auch nach keiner der in der Gesetzesbegründung aufgeführten tragenden Erwägungen des Gesetzgebers geboten oder auch nur naheliegend.

Im Übrigen ist darauf zu verweisen, dass die von Ihnen hinterfragte Stimmrechtsverteilung auch aus fachlich-inhaltlicher Sicht sachangemessen war. Bei der Beschlussfassung zur ambulanten Ernährungsberatung stand nicht der medizinischen Nutzen, sondern die Frage zur Verortung einer Leistung in der Heilmittel-Richtlinie im Vordergrund der Entscheidung. Die Bewertung der sektorspezifischen Inhalte im Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) betrifft die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit im Versorgungskontext und damit verschiedene Versorgungsaspekte gerade spezifisch in ihrem Bezug auf den Versorgungsbereich der Heilmittel. Ausweislich der Beratungsunterlagen waren gerade diese im vorliegenden Fall auch beratungsentscheidend; die vorherige Feststellung des Nutzens bei isolierter Betrachtung durch den UA MB war gegenüber den Erfordernissen der Einbettung in die vertragsärztliche Versorgung gerade nicht ausschlaggebend für den konkreten Beschlussinhalt, der - wie oben gezeigt - von vornherein nur die vertragsärztliche und eben nicht die Krankenhausversorgung betreffen konnte. Eine solche Beratung abzuschließen unter Hinzuziehung einer weiteren, gerade die nicht betroffenen Krankenhäuser vertretenden und demgemäß nicht an den Beratungen im UA VL beteiligten Leistungserbringerorganisation zur gemeinsamen Beschlussfassung mit gleichem Stimmgewicht, ließe sich sachlich kaum nachvollziehen.

Der Beschluss zur Nichtaufnahme der Ernährungsberatung in den Heilmittelkatalog wurde mehrheitlich gefasst. Die Patientenvertretung hatte dem Plenum am 22. Januar 2015 einen Beschlussentwurf zur Aufnahme der Ernährungsberatung in die Heilmittel-Richtlinie vorgelegt. Sie weist darauf hin, dass ihre Position unverändert der Begründung entspricht, wie im entsprechenden Entwurf der Tragenden Gründe ausgeführt.

Ich hoffe, die weiterführenden Erläuterungen konnten Ihnen weiterhelfen.

Für Rückfragen stehe ich gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Josef Hecken
Vorsitzender des Unterausschusses
Veranlasste Leistungen

A-4.4 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V vom 30.09.2015



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit - 53107 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

vorab per Fax: 030 - 275838105

Dr. Ulrich Orlowski
Ministerialdirektor

Leiter der Abteilung 2
Gesundheitsversorgung
Krankenversicherung

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

TEL +49 (0)228 99 441-2000 / 1330
FAX +49 (0)228 99 441-4920 / 4847
E-MAIL ulrich.orkowski@bmg.bund.de

Az. 228-21432-02

Berlin, 30. September 2015

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 22. Januar 2015 über eine Nichtänderung der Heilmittel-Richtlinie: ambulante Ernährungsberatung bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen zur Prüfung gemäß § 94 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vorgelegte o. a. Beschluss über eine Nichtänderung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie) vom 22. Januar 2015 wird wie folgt teilweise beanstandet:

1. Die Nichtaufnahme der ambulanten Ernährungsberatung als ärztlich zu verordnende Einzelmaßnahme in die Heilmittel-Richtlinie bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose wird beanstandet.
2. Soweit über die vorgenannten Indikationen hinaus beschlossen wurde, die ambulante Ernährungsberatung als ärztlich zu verordnende Einzelmaßnahme nicht in die Heilmittel-Richtlinie aufzunehmen, wird dies nicht beanstandet. Diesbezüglich kann der o. g. Beschluss in Kraft treten.

Begründung

Die Nichtaufnahme der alleinigen Ernährungsberatung als ärztlich zu verordnende Einzelmaßnahme in die Heilmittel-Richtlinie im Falle der Indikationen seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose trotz eines sektorenübergreifend positiv festgestellten Nutzens

Seite 2 von 5

und einer festgestellten medizinischen Notwendigkeit stellt einen nicht gerechtfertigten Eingriff in die durch Art. 12 Absatz 1 Satz 1 Grundgesetz (GG) geschützte Berufsfreiheit dar.

Die unter 1. angesprochene Nichtaufnahme der ambulanten Ernährungsberatung in die Heilmittel-Richtlinie bewirkt, dass Diätassistenten Maßnahmen der ambulanten Ernährungsberatung bei den o.g. Indikationen nicht eigenständig als Heilmittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgeben dürfen, da eine solche Abgabe eine Verordnung durch einen Vertragsarzt voraussetzt, § 3 Abs. 1 der Heilmittel-Richtlinie. Im Ergebnis wird es der Berufsgruppe der Diätassistenten unmöglich gemacht, als eigenständige Leistungserbringer im Bereich der Heilmittelversorgung tätig zu werden.

Auch das Bundessozialgericht (BSG) führt in seinem „Diätassistenten-Urteil“ (BSG, Urt. v. 28.06.2000 – B 6 KA 26/99 – juris 41) aus, dass die Berufsausübung in Fällen, in denen derart (bezogen auf den Sachverhalt, der dem Urteil des BSG vom 28.06.2000 zugrunde lag) um den Zugang zum Leistungserbringungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung gestritten wird, immerhin in der Weise berührt sei, dass die von der Nachfragemacht der Krankenkassen ausgehenden Wirkungen einer Beeinträchtigung der Berufswahl sehr nahe kommen können (BVerfGE 11, 30, 43; 82, 209, 229 f.). Es entspricht zudem der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG), dass Regelungen der Berufsausübung so einschneidend sein können, dass sie in ihrer wirtschaftlichen Auswirkung einer Zulassungsbeschränkung nahekommen (BVerfGE 11, 30, 42 f.; 30, 292, 313; 61, 291, 309). Der Ausschluss der Diätassistenten von der Abgabe der ambulanten Ernährungsberatung auf ärztliche Verordnung bei den o.g. Indikationen entspricht einer Verwehrung zusätzlicher beruflicher Möglichkeiten von einigem Gewicht und kommt daher einer Zulassungsbeschränkung nahe. Im Ergebnis ist die erfolgte Nichtempfehlung der ambulanten Ernährungsberatung als neues Heilmittel in den o. g. Indikationen trotz formaler Einstufung als Berufsausübungsregelung aufgrund ihrer Intensität somit als objektiver Eingriff in die Berufswahl zu werten.

Nach der Dreistufentheorie des BVerfG sind solche Eingriffe in die Berufswahl nur dann gerechtfertigt, wenn sie der Abwehr schwerer, nachweisbarer bzw. höchstwahrscheinlicher Gefahren zum Schutz eines überragend wichtigen Gemeinschaftsgutes dienen. Ein solches stellt nach der ständigen Rechtsprechung des BVerfG die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung dar (BVerfGE 78, 179, 192).

Die Entscheidung des G-BA, die ambulante Ernährungsberatung durch Diätassistenten in den o. g. Indikationen nicht als eigenständige Leistung in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen, sondern diese nur als Teil der ärztlichen Leistung zuzulassen, ist weder geeignet noch erforder-

Seite 3 von 5

lich, um schwere, nachweisbare bzw. höchstwahrscheinliche Gefahren für die Gesundheitsversorgung von Versicherten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose abzuwehren.

Eine nähere Betrachtung der Versorgungssituation von Versicherten mit den o. g. Indikationen ergibt, dass es in Deutschland ca. 8.000 Patientinnen und Patienten gibt, welche unter Mukoviszidose leiden. Pro Jahr werden ca. 200 Neuerkrankungen festgestellt (Berichtsband des Mukoviszidose-Registers, Stand 2012). Im Falle der Indikation seltene angeborene Stoffwechselerkrankung (hier: Phenylketonurie) kommen 80 - 90 Diagnosen im Rahmen von Neugeborenen-Screenings und ebenfalls 80 - 90 spätentdeckte Fälle hinzu. Mit Blick auf die Altersstruktur der Betroffenen lässt sich auf der Grundlage von Schätzergebnissen für den Bereich der Mukoviszidose sagen, dass 47,6 Prozent im Kindes- und Jugendalter, d. h. jünger als 18 Jahre sind, und sich 52,4 Prozent im Erwachsenenalter befinden, d. h. 18 Jahre und älter sind. In den tragenden Gründen zum Beschluss vom 22. Januar 2015 wird hierzu unter Ziffer 2.3.1, ausgeführt, dass sich ein Drittel der Patientinnen und Patienten mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen im (jungen) Erwachsenenalter befinde. Weiter wird zur Versorgungssituation hervorgehoben, dass sich Patientinnen und Patienten im Jugend- und Erwachsenenalter nicht mehr regelhaft an klinische Zentren wenden würden, sondern aufgrund der Erfordernisse im Schul- und Arbeitsleben an qualifizierte, niedergelassene Facharztpraxen unter Einbeziehung der fachlichen Kompetenz von Diätassistenten.

Zwar führt der G-BA im Rahmen seiner ergänzenden Stellungnahme vom 25.09.2015 aus, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) beabsichtigen, das Angebot der Ernährungsberatung in den o. g. Indikationen neben der zentrumsorientierten Versorgungspraxis auch im vertragsärztlichen Bereich zu stärken. Hervorgehoben wird jedoch, dass der G-BA gleichwohl zunächst grundsätzlich an der seiner Ansicht nach bewährten Versorgungspraxis bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose in spezialisierten Stoffwechsel-Zentren bzw. Mukoviszidose-Spezialambulanzen u.a. festhalten wolle.

Aufgrund der dargestellten Versorgungssituation birgt die Entscheidung des G-BA für die Gruppe der (jungen) Erwachsenen somit die Gefahr, dass deren Versorgung nicht mehr im Sinne des § 92 Absatz 1 SGB V zweckmäßig und ausreichend gewährt werden kann. Daran würde auch die durch die KBV und den GKV-Spitzenverband in Aussicht gestellte Einführung einer Ziffer im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die Ernährungsberatung nichts ändern, da diese nur die Abrechnungsmöglichkeiten der Ärzte betrifft. Anders als eine Aufnahme der ambulanten Ernährungsberatung in das Heilmittelverzeichnis kann eine mit finanziellen Anreizen mittelbar erstrebte Steigerung des Leistungsangebots in niedergelassenen Facharztpraxen die unzureichende Versorgungssituation auch nicht verbessern - weder kurzfristig noch nachhaltig. Die Nichtauf-

Seite 4 von 5

nahme der ambulanten Ernährungsberatung in die Heilmittel-Richtlinie in den o. g. Indikationen ist daher nicht geeignet, um schwere, nachweisbare bzw. höchstpersönliche Gefahren für die Gesundheitsversorgung von Versicherten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose abzuwehren.

Vergleichbares gilt zudem für die Gruppe von werdenden Müttern sowie Familien mit erkrankten Säuglingen oder Kindern. Der G-BA hat auch im Rahmen seiner ergänzenden Stellungnahme nicht belegen können, wie eine qualitätsgesicherte Versorgung unter dem Aspekt von kurzfristigen sowie häufigen Terminbedürfnissen zu hoch frequentierten Zeiten durch die von diesen Patientengruppen zunehmend aufgesuchten, niedergelassenen Fachärzte gewährleistet werden soll – weder in Hinsicht auf die gegenwärtige Sicherstellung der Versorgung der betroffenen Patientengruppen noch in Bezug auf die mögliche Ausgestaltung einer zukünftigen Sicherstellung.

Des Weiteren sind im Verhältnis zu einer Nichtaufnahme der ambulanten Ernährungsberatung in die Heilmittel-Richtlinie in den o. g. Indikationen verschiedene mildere, Mittel ersichtlich, welche in gleichem Maße geeignet sind, die Qualität der Versorgung sicherzustellen. Zum einen wäre es dem behandelnden Arzt möglich, mittels Verordnung auf eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patientin oder des Patienten hinzuwirken, indem er – abgestimmt auf den Gesundheitszustand - bestimmte Vorgaben für die Beratung durch den Diätassistenten machen könnte. Gemäß § 13 der Heilmittel-Richtlinie sind in der ärztlichen Verordnung alle für die individuelle Therapie erforderlichen Einzelangaben zu machen, insbesondere über die Verordnungsmenge, zur Frequenzempfehlung sowie die konkrete Diagnose mit Therapieziel(en) nach Maßgabe des jeweiligen Heilmittelkataloges und ergänzende Hinweise (z. B. Befunde, Vor- und Begleiterkrankungen). Über die Verordnung könnte somit eine Begrenzung der ambulanten Ernährungsberatung auf eine bestimmte Anzahl von Beratungen vorgenommen werden. Des Weiteren könnte im Anschluss an jede durchgeführte Ernährungsberatung durch einen Diätassistenten eine Rückkopplung mit dem Arzt vorgesehen werden, um bereits an dieser Stelle eine engmaschige Verknüpfung der Tätigkeit des Arztes und des Ernährungsberaters sicherzustellen.

Auch ist auf die umfangreichen Vorgaben zu verweisen, welche die Patientenvertretung im Rahmen ihres Beschlussvorschlages unter den Punkten §§ 44 f. niedergelegt und mit konkreten Formulierungsvorschlägen für eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie verbunden hat. Insbesondere erfolgten Vorschläge zur Ausgestaltung der ärztlichen Diagnostik und Zusammenarbeit sowie Empfehlungen zur Qualitätssicherung (§ 44 f. der Heilmittel-Richtlinie – E). Es ist nicht ersichtlich, aus welchem Grunde die umfangreichen Vorschläge der Patientenvertretung für die Bereiche der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Diätassistenten sowie zur Qualitätssicherung nicht ausreichen sollten, um eine engmaschige Kooperation zwischen den beiden Professionen sicherzustellen, die der besonderen Situation der erkrankten Patientengruppen in den o. g. Indikationen abschließend genügt.

Seite 5 von 5

Wenn der G-BA iterativ eine engmaschige Zusammenarbeit zwischen Arzt und Diätberater fordert, übersieht er zudem, dass eine solche jedenfalls in den Bereichen, in denen Diätassistenten schon gegenwärtig als Bestandteil eines multimodalen Teams tätig sind (z. B. in spezialisierten Zentren, sog. Stoffwechsel-Zentren bzw. Mukoviszidose-Spezialambulanzen, Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V, sowie in den sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V) bereits besteht. Der G-BA selbst hebt die Qualität der Ernährungsberatung z. B. in Zentren hervor und weist darauf hin, dass an diesen eine unmittelbare örtliche Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Arzt und Diätassistenten unter ärztlicher (Gesamt-) Verantwortung gewährleistet sei. In diesen Einrichtungen würde somit schon gegenwärtig nicht die nach Ansicht des G-BA gegebene Gefahr bestehen, dass auf mögliche Fehler in der Diättherapie von ärztlicher Seite nicht unmittelbar reagiert werden könnte. Dies hätte jedoch zur Folge, dass Maßnahmen der ambulanten Ernährungsberatung auch nach den Maßstäben des G-BA zumindest in diesen Einrichtungen bereits zum jetzigen Zeitpunkt durch Diätassistenten auf der Basis einer ärztlichen Verordnung erbracht werden könnten. Der G-BA schließt durch seinen Beschluss vom 22. Januar 2015 jedoch auch diese Möglichkeit in Gänze aus.

Auf der Grundlage der vorherigen Ausführungen wird die Entscheidung des G-BA vom 22. Januar 2015, die ambulante Ernährungsberatung im Falle von seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose nicht als eigenständiges Heilmittel in die Heilmittel-Richtlinie aufzunehmen (s. o. zu 1.), somit beanstandet.

Soweit über die Indikationen seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose hinaus beschlossen wurde, die ambulante Ernährungsberatung als ärztlich zu verordnende Einzelmaßnahme nicht in die Heilmittel-Richtlinie aufzunehmen (s.o. unter 2.), wird dies nicht beanstandet, so dass der Beschluss des G-BA vom 22. Januar 2015 diesbezüglich in Kraft treten kann.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Ulrich Orlowski

Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Bescheid kann binnen eines Monats nach Zugang schriftlich oder elektronisch gemäß § 65a SGG in Verbindung mit der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr im Land Brandenburg oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Försterweg 2-6, 14482 Potsdam, Klage erhoben werden.

**A-4.5 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V vom
23.05.2017**



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

vorab per Fax: 030 - 275838105

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 16. März 2017
hier: **Änderung der Heilmittel-Richtlinie (Heilm-RL)**
Aufnahme der ambulanten Ernährungsberatung bei seltenen angeborenen
Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 16. März 2017 über eine
Änderung der Heilmittel-Richtlinie wird nicht beanstandet.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Dr. Josephine Tautz



G20 GERMANY 2017
HAMBURG

Dr. Josephine Tautz
Ministerialrätin
Leiterin des Referates 213
*Gemeinsamer Bundesausschuss,
Strukturierte Behandlungsprogramme
(DMP), Allgemeine medizinische Fragen in
der GKV*

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-4514
FAX +49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL 213@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

Berlin, 23. Mai 2017
AZ 213 - 21432 - 02

U-Bahn U 6: Oranienburger Tor
S-Bahn S1, S2, S3, S7: Friedrichstraße
Straßenbahn M 1

B Sektorenübergreifende Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit

B-1 Einleitung und Aufgabenstellung

B-1.1 Beratungsanlass

Die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur ambulanten Ernährungsberatung wurden durch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 28. Juni 2000, Az. B 6 KA 26/ 99 R, veranlasst. In diesem stellte das Gericht fest, dass der G-BA verpflichtet ist, über die Aufnahme dieses möglicherweise neuen Heilmittels in einem förmlichen Verfahren zu entscheiden.

Unter anderem wurde vom Bundessozialgericht ausgeführt: „Steht nämlich fest, dass eine Leistungspflicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht von vornherein offensichtlich ausscheidet, gebieten es Art. 12 Abs. 1 und Art. 19 Abs. 4 GG, dass - ähnlich den in § 92 Abs. 6 Satz 2, § 125 Abs. 1 SGB V normierten Anhörungsrechten - auch in einem förmlichen Verfahren, d.h. auf der Basis der Verfahrensordnung des Beklagten unter Berücksichtigung fachkundiger Stellungnahmen - entschieden und eine ggf. negative Entscheidung förmlich bekanntgegeben wird.

Soweit die Klägerin - vor allem in den Vorinstanzen - die Auffassung vertreten hat, im Ergebnis sei bereits aus § 3 DiätAssG ihre Befugnis zur Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung abzuleiten und damit dem Beklagten als Richtliniengeber ein bestimmtes Ergebnis vorgezeichnet, kann ihr nicht gefolgt werden. Diese Ansicht verkennt, dass ärztliche Verordnungen durch ambulant behandelnde Ärzte auch im Rahmen privatärztlicher Behandlung möglich sind. Zum anderen berechtigt nicht jede Leistung, zu der ein Leistungserbringer berufsrechtlich befähigt ist, auch automatisch zur Leistungserbringung im System des SGB V.“ Dies ergibt sich aus der nur begrenzten Aufgabenstellung der gesetzlichen Krankenversicherung, die hier wegen der - wie oben dargestellt - gebotenen Abgrenzung zwischen „Therapie von Krankheiten“ und „Befriedigung allgemeiner Lebensbedürfnisse“ berührt ist. Für die Festlegungen nach § 138 iVm § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V in den Heilmittel- und Hilfsmittel-RL macht das DiätAssG damit inhaltlich keine konkreten Vorgaben in Bezug auf die Diättherapie.

B-1.2 Verpflichtender Beratungsumfang nach dem BSG-Urteil

B-1.2.1 Beratungsthema

Das Ergebnisprotokoll der zehnten Sitzung des Unterausschusses Heil- und Hilfsmittel des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. September 2005 bestimmt eine Definition des Beratungsthemas:

„Unter Berücksichtigung des BSG-Urteils vom 28. Juni 2000 wird die Diättherapie als medizinische Ernährungsberatung verstanden, die Gegenstand der Methodenbewertung sein soll. Dies begründet sich damit, dass die medizinische Ernährungsberatung der eigentliche Gegenstand der Tätigkeit von Diätassistenten ist. Die Ernährungsberatung zielt wiederum auf die Erhöhung der Akzeptanz von Diättherapien für die jeweiligen Indikationen ab.“

Weiterhin wurde vom Unterausschuss am 16. September 2005 klargestellt, dass einzelne medizinische „Diättherapien (ugs. Diäten)“ selbst nicht zur Bewertung ihres Nutzens anstehen.

B-1.3 Berufsbild Diätassistentin / Diätassistent

Die Berufsausbildung und die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Diätassistentin" oder "Diätassistent" werden im Diätassistentengesetz (DiätAssG vom 8. März 1994, BGBl. I S. 446, zuletzt durch Artikel 48 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011, BGBl. I S. 2515, geändert) geregelt. Zur Ausbildung wird in § 3 DiätAssG ausgeführt: „Die Ausbildung soll entsprechend der Aufgabenstellung des Berufs insbesondere die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur eigenverantwortlichen Durchführung diättherapeutischer und ernährungsmedizinischer Maßnahmen auf ärztliche Anordnung oder im Rahmen ärztlicher Verordnung wie dem Erstellen von Diätplänen, dem Planen, Berechnen und Herstellen wissenschaftlich anerkannter Diätformen befähigen sowie dazu, bei der Prävention und Therapie von Krankheiten mitzuwirken und ernährungstherapeutische Beratungen und Schulungen durchzuführen (Ausbildungsziel).“

B-2 Vorgehensweise

B-2.1 Methodisches Vorgehen

Ernährungs- oder Diätberatung als Teil der Ernährungsmedizin wird in der deutschen Gesundheitsversorgung zur Primär- und Sekundärprävention sowie zur Behandlung zahlreicher Krankheiten und in der medizinischen Rehabilitation (Tertiärprävention) erbracht. Alleinige Ernährungsberatung als Teil eines gesundheitsbewussten Lebensstiles kann in Deutschland unter anderem von Diätassistentinnen erbracht werden.

Der G-BA soll über die Aufnahme der medizinischen Ernährungsberatung als neues verordnungsfähiges Heilmittel entscheiden. Die geforderte Bewertung des Nutzens und der Notwendigkeit ist aus methodischen Gründen nur für die medizinische Ernährungsberatung als Einzelmaßnahme möglich, da ein anteiliger Effekt der Ernährungsberatung im Rahmen einer multimodalen, interdisziplinären Behandlung (bestehend z. B. aus Ernährungsberatung, krankheitsspezifischer Diät, Bewegungstherapie, medikamentöse Therapie, Verhaltenstherapie) nicht abgegrenzt werden kann. Daher können zum Nutznachweis der Ernährungsberatung keine Studien herangezogen werden, in denen die Ernährungsberatung lediglich Teil eines multimodalen Behandlungskonzeptes ist und die unterschiedlichen therapeutischen Anteile nicht methodisch differenziert untersucht wurden. Gegenstand der Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit ist daher nicht die Ernährungsberatung im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzeptes, sondern lediglich die alleinige Ernährungsberatung. Im Folgenden wird die Ernährungsberatung daher als „alleinige Ernährungsberatung“ bezeichnet.

B-2.2 Zu beratende Indikation

Eine generelle Verpflichtung, jede im initialen Stellungnahmeverfahren erwähnte Methode in die inhaltlichen Beratungen aufzunehmen, gibt es nicht. Insbesondere solche Indikationen, die den Umfang des Beratungsantrages überschreiten oder die eine inhaltliche Begründung für die Aufnahme etwa in Form der nach 2. Kap. § 6 Abs. 3 VerfO im Regelfall erforderlichen Unterlagen gemäß 2. Kap. § 10 VerfO nicht erkennen lassen, können unberücksichtigt bleiben. Im Übrigen kann mit hinreichender fachlicher Begründung, insbesondere dem Fehlen jeglicher wissenschaftlicher Unterlagen zum diesbezüglichen Nutzen, von einer tiefergehenden inhaltlichen Befassung abgesehen werden.

Zusammenfassend sind folgende Maßgaben zu beachten:

1. Zu beraten sind grundsätzlich alle Indikationen, die vom Beratungsantrag umfasst sind.
2. Fehlt es wie hier an einem Beratungsantrag mit hinreichender Indikationsspezifikation, so ist der Beratungsumfang aus dem Anlass der Beratungen abzuleiten. Dieser liegt hier in dem

nach der Diätassistentinnenentscheidung des BSG in einem förmlichen Verfahren zu behandelnden Antrag der Diätassistentinnen. Mit Blick auf die Begründung des Urteils, wonach der Gesetzgeber im Diätassistentinnengesetz von einer bestimmten Tätigkeit der Diätassistentinnen ausgeht, welche grundsätzlich im deutschen Gesundheitswesen entfaltet werden kann, ist diese gesetzliche Vorgabe bei der Bestimmung des Beratungsumfanges heranzuziehen.

3. Als Beratungsgegenstand ergeben sich danach jedenfalls sämtliche Indikationen, die in die vom Gesetzgeber im Diätassistentengesetz vorausgesetzten Tätigkeitsbereiche fallen.

4. Sonstige Indikationen, die in den Stellungnahmen oder der ausgewerteten wissenschaftlichen Literatur genannt wurden, sind im eingangs beschriebenen Rahmen grundsätzlich ebenfalls zu beraten; dabei kann allerdings die Beratung dann beendet werden, wenn die Voraussetzungen an die wissenschaftlichen Erkenntnisse offensichtlich nicht erfüllt sind. Hierbei sind die Maßstäbe des 2. Kap. § 13 Abs. 2 Satz 2 VerfO zugrunde zu legen.

B-2.3 Informationsgewinnung und -auswahl

Die Informationsgewinnung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V zielt bei der Vorbereitung des jeweiligen Beratungsthemas auf eine Feststellung des derzeit verfügbaren medizinisch-wissenschaftlichen Wissensstandes einer Methode im Sinn von § 2 SGB V ab.

Hierzu werden über den Weg der Veröffentlichung aktuelle Stellungnahmen von Sachverständigen aus Wissenschaft und Praxis eingeholt. Über die hiermit gewonnenen Hinweise auf aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen hinaus führt der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V eine umfassende aktuelle systematische Literaturrecherche durch.

Stellungnahmen erfolgten durch die in Kapitel B-3.2 genannten Organisationen. Die in den Stellungnahmen zitierte Literatur ist in Kapitel B-6.2 aufgeführt.

Im Weiteren wurde eine Recherchestrategie für die Ernährungsberatung erstellt und im September 2005 in folgenden Datenbanken ausgeführt: The Cochrane Library (einschließlich NHS-CRD-Database), Medline, Embase, Gerolit, Health Services/Technology Assessment Text (HSTAT), Trip-Database, AWMF-Leitliniendatenbank, National Guideline Clearinghouse (NGC), Guidelines International Network (GIN), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), und Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Zusätzlich wurde auf den Internetseiten der Mitgliedsorganisationen der INAHTA recherchiert. Im September 2008 wurde ein Update dieser Recherche durchgeführt, wobei zusätzlich die in der ersten Recherche ermittelten Indikationen berücksichtigt wurden. Die genaue Recherchestrategie ist

im Anhang B-6.4 beigefügt. Darüber hinaus flossen durch Handsuche in den Literaturverzeichnissen systematischer Übersichtsarbeiten identifizierte Publikationen in den Bewertungsprozess ein.

Basierend auf den Verfahrensabläufen des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden die im Rahmen der Literaturrecherche bzw. Handsuche identifizierten Publikationen sowie die in den Stellungnahmen zitierten Publikationen nach zuvor festgelegten Filterkriterien in einem zweistufigen Verfahren hinsichtlich ihrer Relevanz geprüft. Im ersten Schritt wurde auf Basis von Abstracts, anschließend auf Basis von Volltexten entschieden (erstes Literaturscreening, zweites Literaturscreening). Als relevant eingestufte Literatur wurde im Volltext ausgewertet. Die bewerteten Literaturstellen sind in Kapitel B-6.2 beigefügt.

Der Literatúrauswahl lagen folgende Einschlusskriterien zugrunde:

- Fragestellung: Wirksamkeit der Ernährungsberatung;
- Studiendesign: randomisiert-kontrollierte Studien;
- Population: jede Population von Patienten, keine Einschränkung auf bestimmte Indikationen;
- Intervention: alleinige Ernährungsberatung (wie oben definiert)
- Kontrollgruppe: jede Form von Kontrollgruppe (z. B. Warteliste, keine Intervention, Minimalintervention)
- Sprache: deutsch oder englisch;

Ausgeschlossen wurden Studien, in denen

- ein multimodaler Ansatz (d. h. Ernährungsberatung in Kombination mit weiteren, gleichwertigen Elementen wie z. B. Beratung und Anleitung zu körperlicher Aktivität, Reduktion des Tabakkonsums) eingesetzt wurde (vgl. B-2.1).
- die Ernährungsberatung eingesetzt wurde zur Primärprävention von Erkrankungen.

Es wurden keine Einschränkungen hinsichtlich der in den Studien untersuchten Endpunkte gemacht. Laut der Verfahrensordnung des G-BA (2. Kap. § 11 Abs. 7 VerfO) sind bei der Nutzenbewertung insbesondere die patientenrelevanten Endpunkte Mortalität, Morbidität und Lebensqualität zu berücksichtigen. Es wurden allerdings auch Studien mit anderen krankheitsspezifischen Endpunkten (Surrogatparameter) in die Bewertung eingeschlossen. Für die Nutzenbewertung waren jedoch die patientenrelevanten Endpunkte von besonderer Bedeutung.

Die Beurteilung der methodischen Qualität der Studien wurde in Anlehnung an die PEDro Skala (Centre of Evidence-Based Physiotherapy (CEBP). PEDro scale. Sydney: George Institute for Global Health, 1999. <http://www.pedro.org.au/german/downloads/pedro-scale/>, <http://www.pedro.org.au/english/downloads/pedro-scale/>, Zugriff am 08.01.2012.; Maher CG, Sherrington C, Herbert RD, Moseley AM, Elkins M. Reliability of the PEDro scale for rating quality of randomized controlled trials. Phys Ther 2003; 83 (8): 713-21.) vorgenommen.

Die identifizierte Literatur wurde nach Hauptindikation der Studienpopulation kategorisiert.

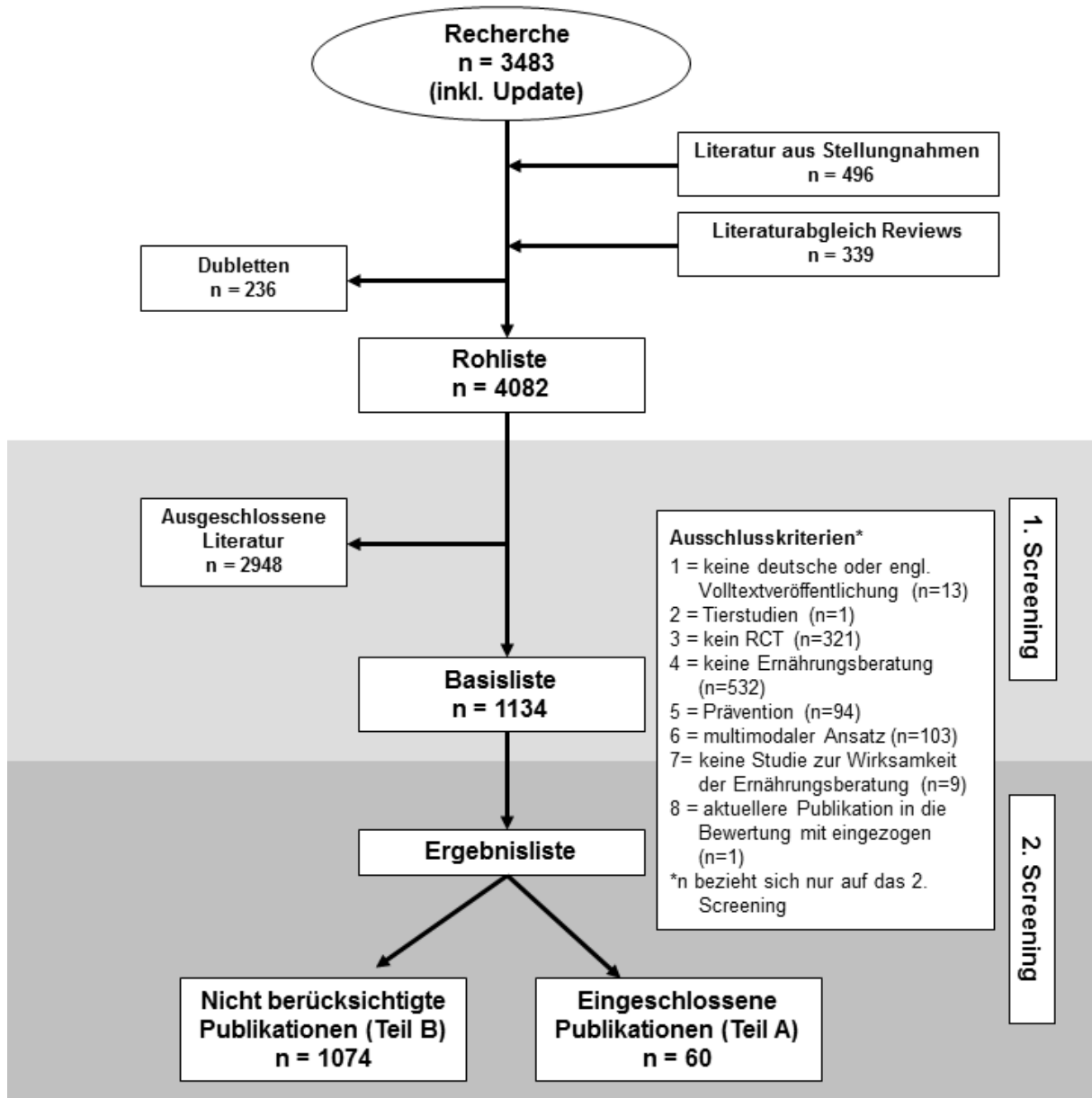
Für in den Stellungnahmen erwähnte Indikationen, für die in der Literaturrecherche keine Studien identifiziert werden konnten, wurde ergänzend eine orientierende Recherche nach relevanten Leitlinien durchgeführt. Die identifizierten Leitlinien wurden auf Aussagen zur Bedeutung der Ernährungsberatung geprüft.

Besondere Indikationsgruppe: Angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose

In den Stellungnahmen wurden übereinstimmend bestimmte angeborene Stoffwechselerkrankungen (z. B. Galaktosämie, Phenylketonurie) genannt, bei denen eine Diättherapie als alternativlose medizinische Maßnahme gilt, da ansonsten Tod oder schwere Behinderung dieser Kinder droht. Auch bei der Mukoviszidose wurde geltend gemacht, dass ohne diese wesentliche Säule der Therapie gesundheitliche Schädigungen und eine verminderte Lebenserwartung resultieren. Der kausale Zusammenhang zwischen der Erkrankung (Stoffwechselstörung) als auslösende Ursache und drohendem Tod bzw. schwerer Behinderung ist gesichert. Eine stringente Diät, zu denen die Eltern der Kinder beraten werden müssen, gilt bei diesen Erkrankungen international als etablierter therapeutischer Standard.

Zu diesen Indikationen konnten in der Literaturrecherche keine den Einschlusskriterien entsprechenden Studien gefunden werden. Wie in der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO 2. Kapitel, 4. Abschnitt, §13) festgehalten, kann es bei seltenen Erkrankungen, bei Methoden ohne vorhandene Alternative oder aus anderen Gründen unmöglich oder unangemessen sein, Studien der höchsten Evidenzstufen durchzuführen oder zu fordern. In solchen Konstellationen kann zur Anerkennung des Nutzens auf Erkenntnisse auch deutlich niedriger Evidenzstufen zurückgegriffen werden. Um den gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, auf dessen Berücksichtigung die Patienten bei Ihrer Behandlung gemäß SGB V Anspruch haben, zutreffend und zweifelsfrei zu ermitteln, wurde deshalb für diese Indikationen eine ergänzende mündliche Expertenanhörung durchgeführt. Die Ergebnisse der Expertenanhörung wurden als wesentliche Grundlage für die Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung für diese Erkrankungen benutzt.

Bewertungsverlauf Ambulante Ernährungsberatung



B-3 Auswertung der Stellungnahmen gemäß 2. Kapitel § 6 VerfO

Am 16. September 2005 leitete der Gemeinsame Bundesausschuss die inhaltliche Beratung zum Thema „Ambulante Ernährungsberatung“ ein. Gemäß 2. Kapitel § 6 VerfO wurde die Aufnahme des Bewertungsverfahrens über die ambulante Ernährungsberatung am 7. November 2005 im Bundesanzeiger angekündigt (s. Kapitel B-6.1.1.1). Den Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Dachverbänden von Ärztesgesellschaften, Spitzenverbänden der Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen sowie den Spitzenorganisationen der Hersteller von Medizinprodukten und -geräten wurde Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Die nach Veröffentlichung des Themas im Bundesanzeiger eingegangenen Stellungnahmen wurden auf relevante Literaturangaben und bezüglich ihrer wesentlichen inhaltlichen Aussagen geprüft. Zunächst wurden die in den Stellungnahmen genannten Indikationen für die Durchführung einer medizinischen Ernährungsberatung ermittelt. Weiterhin wurden die in den Stellungnahmen angegebenen Literaturquellen gesichtet mit dem Ziel, relevante Studien zur Thematik zu identifizieren.

B-3.1 In den Stellungnahmen genannte Indikationen

Tabelle 2: In den Stellungnahmen genannte Indikationen

Adipositas (s. Übergewicht), Präadipositas und Adipositas Grad I - III
Ahornsirupkrankheit (MSUD)
Allergien, Nahrungsmittelallergien, pollenassoziierte Nahrungsmittelallergien, allergisches Asthma, Neurodermitis mit Verdacht auf NMA, hämatogen ausgelöste Kontaktekzeme, nicht-allergische Hypersensitivitäten (Pseudoallergie, Histaminintoleranz etc.), Laktoseintoleranz, Fructosemalabsorption /Sorbitintoleranz, glutensensitive Enteropathie (Sprue, Zöliakie, Dermatitis herpetiformis Duhring)
Aminosäuren-Stoffwechsel, Störungen des: Organoacidurien, Harnstoffzyklusstörungen, Tyrosinämien, Homocystinurie, andere verwandte Stoffwechselkrankheiten.
Cystische Fibrose (CF): speziell die durch die CF hervorgerufene Symptomatik von Pankreas, Leber- und Magen-Darmtrakt; also u. a. Maldigestion, Kleinwuchs, Osteoporose, Untergewicht unterschiedlichen Grades, Entwicklungsverzögerungen; CF-assoziiertes Diabetes mellitus; Mekoniumileus - Äquivalent (DIOS) beim Erwachsenen
Diabetes mellitus Typ 1
Diabetes mellitus Typ 2
Diabetes mellitus, Insulinabhängiger
Diabetes mellitus, Nicht insulinabhängiger
Diabetes, sekundäre Formen des: Gestationsdiabetes, Begleiterkrankungen, wie z. B. Folgeerkrankungen wie Nephropathie, oder häufige assoziierte Erkrankungen wie z. B. Zöliakie
Erkrankungen, ernährungs- und diättherapeutisch beeinflussbare
Ess-Störungen

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Fehlernährung: klinisch relevante, behandlungsbedürftige krankheitsbedingte
Fettstoffwechsel, Störungen des: Familiäre Hyperlipidämien, Cholesterol-Synthese-Defekte, andere verwandte Stoffwechselstörungen.
Fettstoffwechselstörungen
Glucosetoleranz, gestörte (IGT)
Harnstoffzyklusdefekte
Hypercholesterinämie
Hyperlipidämie und kombinierte HLP
Hypertonie, arterielle
Hypertriglyceridämie
Hypertyrosinämie (Tyrosinose)(Typ I)
Hyperurikämie, Gichtkrankung, Schädigungen an den Gelenken und an der Niere
Isovalerial-, Methylmalon- + Propionacidämie
Kohlenhydratstoffwechsel, Störungen des: Glykogenspeicherkrankheiten, hereditäre Fruktoseintoleranz, Defekte des Glucose-Transports und andere verwandte Stoffwechselkrankheiten.
Koronare Herzkrankheit bzw. kardiovaskuläre Verschlusskrankheit mit Ursachenbehandlung
Krebs
Kurzdarmsyndrom
Lactoseintoleranz
Magen- und Darmerkrankungen (z. B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Reizdarm, Magengeschwür, Reizdarm, Intoleranzen, Allergien)
Magen, Operationen am: Z. n. Resektion, Gastrektomie, Dumping Syndrom
Mangelernährung bei Tumorerkrankung: die Prophylaxe und Therapie der in Abhängigkeit von der Tumorart und dem Tumorstadium und deren Folgen, Folgen bzw. Funktionsstörungen durch onkologische Therapien
Mangelernährung, Behebung oder Vorbeugung von, z. B. bei alten Menschen
Mangelernährung, krankheitsassoziierte (chronische Organinsuffizienz)
Metabolisches Syndrom
Mukoviszidose
Nahrungsmittelallergien
Nahrungsmittelhypersensitivitäten bzw. deren Untergruppen Nahrungsmittelallergien, Nahrungsmittelintoleranzen und unspezifische Unverträglichkeiten.
Nahrungsmittelunverträglichkeiten
Nichtketotische Hyperglycinämie
Nierenerkrankungen (chron. Niereninsuffizienz, Dialyse, Peritonealdialyse, Z. n. Nierentransplantation)
Osteoporose
Phenylketonurie (PKU)

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Primärprävention: Schulung im Bezug auf ein gesundes Ernährungsverhalten, besonders zum Vermeiden bzw. der Behandlung von Übergewicht als einem wesentlichen Risikofaktor für die häufigsten Krebserkrankungen
Psoriasis vulgaris, Psoriasis-Arthritis
Rheuma
Risikofaktoren, Beeinflussung beim noch Gesunden, z. B. Hypercholesterolämie, Stoffwechselkrankheiten, angeborene im Erwachsenenalter
Stoffwechselkrankheiten, angeborene: Phenylketonurie, Ahornsirup-Krankheit, Isovalerianacidämie, Glutaracidurie Typ 1, Biotinidase-Mangel, Galaktosämie, Abbaustörungen der mittel- und langkettigen Fettsäuren (MCAD, VLCAD, LCHAD), Störungen des Carnitin-Zyklus und Carnitin-Transports.
Stoffwechselkrankheiten, angeborene: Verminderung spezifischer Krankheitssymptome z. B. psychomotorische Entwicklungsverzögerung, zerebrale Krampfanfälle, Gedeihstörungen, spezifische Organschäden wie z. B. Hepatopathie, Myopathie, Kardiomyopathie, Nephropathie, Ophthalmopathie, Hörstörungen etc.
Stoffwechselstörungen
Tertiärprävention: Beratung im Hinblick auf einen gesunden Lebensstil zum Vermeiden von Übergewicht, aber auch von Mangelernährung zur Rezidivprophylaxe und Erhalt von Lebensqualität
Tumorerkrankungen
Über- und Fehlernährung: Adipositas, Diabetes, Hypertonie – metabolisches Syndrom
Übergewicht, Adipositas
Untergewicht, Mangelernährung
Unterstützung einer medikamentösen oder auch chirurgischer Behandlungsverfahren, z. B. bei Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Dünndarmresektionen
Unverträglichkeitsreaktionen, allergologische
Zahnhartsubstanzdefekte (Erosionen), nicht-kariös bedingte, ernährungsabhängige
Zahnhartsubstanzdefekte (Zahnkaries), kariös bedingte, ernährungsabhängige

B-3.2 Übersicht der eingegangenen Stellungnahmen zur Veröffentlichung des Beratungsthemas „Ernährungsberatung“

Tabelle 3: Übersicht der eingegangenen Stellungnahmen zur Veröffentlichung des Beratungsthemas „Ernährungsberatung“

Lfd. Nr.	Institution	Briefdatum	Eingangsdatum
1.	Facharzt für Allgemeinmedizin (Dr. Ch. Charisius)	07.12.2005	Per Fax 07.12.2005 Per E-Mail 10.12.2005
2.	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)	12.12.2005	Per Fax 14.12.2005 Per E-Mail 08.01.2006 12.01.2006
3.	Vorsitzende der Berliner Diabetesgesellschaft Vorsitzende der Norddeutschen Diabetesgesellschaft Mitglied des wissensch. Beirates vom Deutschen Institutes für Ernährungsforschung (DIFE) ÄK-Berlin und ÄK-Brandenburg für die Durchführung der Kurse „Ernährungsmedizin“		Per Fax 12.12.2005 Per E-Mail 05.01.2006
4.	Praxis für nachhaltige Gesundheitsförderung (Dr. P. Forster)		Per E-Mail 13.12.2005
5.	Deutscher Psoriasis Bund e. V. (DPB)	15.12.2005	Per Post 16.12.2005 Per E-Mail 15.12.2005
6.	Gütegemeinschaft Diät- und Vollkost e. V. (GDV)		Per E-Mail 15.12.2005

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Lfd. Nr.	Institution	Briefdatum	Eingangsdatum
7.	Verband für Ernährung und Diätetik e.V.	15.12.2005	Per E-Mail 16.12.2005 Per Post 19.12.2005 Per E-Mail 25.01.2006
8.	Mukoviszidose e. V.	16.12.2005	Per E-Mail 16.12.2005 Per Post 22.12.2005
9.	Kommission Krebs und Ernährung Deutsche Krebsgesellschaft		Per E-Mail 16.12.2005 Per E-Mail 23.12.2005
10.	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE)	13.12.2005	Per E-Mail 16.12.2005 Per Post 16.12.2005
11.	Bundesverband Medizintechnologie (BVmed)		Per E-Mail 16.12.2005
12.	Deutscher Heilbäderverband e. V. GDV (siehe Nr. 6)		Per E-Mail 16.12.2005
13.	Deutscher Allergie- und Asthmabund e. V.		Per E-Mail 16.12.2005
14.	Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie des Universitätsklinikums der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Stoffwechselambulanz)		Per E-Mail 16.12.2005
15.	Deutsche Interessensgemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU)		Per E-Mail 16.12.2005
16.	Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung e. V. Quetheb	17.12.2005	Per Post 19.12.2005

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Lfd. Nr.	Institution	Briefdatum	Eingangsdatum
17.	Diätassistentin (Daniela Kluthe-Neis)	17.12.2005	Per E-Mail 18.12.2005
18.	Elterninitiative Galaktosämie e. V.		Per E-Mail 18.12.2005 Per E-Mail 15.02.2006
19.	Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin AG Pädiatrische Stoffwechselstörungen (APS)		Per E-Mail 19.12.2005
20.	Verband der Diplom-Oecotrophologen e. V. (VDOE)	19.12.2005	Per E-Mail 19.12.2005 Per Post 22.12.2005
21.	Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	21.12.2005	Per E-Mail 21.12.2005 Per Post 23.12.2005
22.	Ärztin für Innere Medizin (Dr. M. Toeller) Diabetologin Mitglied der Diabetes and Nutrition Study Group der Europäischen Diabetes- Gesellschaft		Per E-Mail 03.01.2006
23.	Verband der Diätassistenten e. V. VDD e. V.	06.01.2006	Per E-Mail 06.01.2006 Per Post 09.01.2006
24.	Verband der Diätassistenten e. V. VDD e. V.		Per E-Mail 16.01.2006
25.	Universität München (Prof. Adam)	02.09.2006	07.09.2006

B-4 Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung

B-4.1 Schwerpunkt Adipositas

B-4.1.1 Hintergrund

Zur Definition der Adipositas wird in der Regel der Body Mass Index (BMI, (kg)/(m²)) genutzt. Der BMI wird bei Erwachsenen zumeist nach einem Klassifizierungssystem der Weltgesundheitsorganisation eingeteilt:

- 18,5 bis 24,9 Normalgewicht
- 25,0 bis 29,9 Übergewicht
- 30,0 bis 34,9 Adipositas Grad 1
- 35,0 bis 39,9 Adipositas Grad 2
- 40 und mehr Adipositas Grad 3

Im Kindes- und Jugendalter ist Übergewicht mit einem BMI > 90. – 96.9., Adipositas mit einem BMI > der 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile definiert (AGA 2009, DGEM 2007).

Die Prävalenz der Adipositas (BMI ≥ 30) nimmt in Deutschland seit vielen Jahren kontinuierlich zu. Derzeit sind etwa 50 % der erwachsenen Männer mit einem BMI ≥ 25 übergewichtig und ca. 18 % mit einem BMI ≥ 30 adipös. Bei den erwachsenen Frauen sind etwa 35 % übergewichtig und knapp 20 % adipös (Mensink et al., 2005). Im Kinder- und Jugendsurvey des Robert-Koch-Instituts fand sich bei 9% aller Kinder und Jugendlichen im Alter von zwei bis 17 Jahren ein Übergewicht, 6% waren zudem adipös (KIGGS, 2003-2006).

Ursachen der Adipositas sind vor allem Lebensgewohnheiten, etwa fehlende körperliche Anforderungen, Stress, Bewegungsmangel, und Fehlernährung in Form von hohem Konsum energiedichter Lebensmittel, Fast Food, zuckerhaltiger Softdrinks und alkoholischen Getränken. Auch medizinische Faktoren wie eine familiäre Disposition, syndromale Erkrankungen, Essstörungen (z. B. Binge-Eating-Disorder, Bulimie, Night-Eating-Disorder), endokrine Erkrankungen (z. B. Hypothyreose, Cushing-Syndrom), oder Medikamente können eine Rolle bei der Entstehung der Adipositas spielen (DGEM 2007).

Folgen von Übergewicht und Adipositas sind aktivitäts-, alters-, geschlechts- und gewichtsabhängig. Große prospektive Studien haben gezeigt, dass ein steigender BMI mit einer zunehmenden Verkürzung der Lebenserwartung verbunden ist. Frauen haben bei einem BMI von > 40 kg/m² ein zweifach höheres, Männer ein dreifach höheres Mortalitätsrisiko. Weder bei Frauen noch bei Männern zeigte sich nach dem 50. Lebensjahr bis zu einem BMI

von 36 kg/m² eine Verkürzung der Lebenserwartung (Fontaine et al., 2003; Peeters et al., 2003).

Auch wenn die Lebenserwartung nicht verkürzt sein sollte, ist das Morbiditätsrisiko zu beachten. Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas sind zum Beispiel Hypertonie, Typ 2 Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, koronare Herzerkrankung, Schlaganfall, Schlaf-Apnoe-Syndrom, Gallenblasenerkrankungen und orthopädische Komplikationen. Auf psychosozialer Ebene zeigen sich vor allem Beeinträchtigungen der Mobilität und der Selbstversorgung, der Erwerbstätigkeit und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (DGEM 2007).

Präventionsmaßnahmen zielen einerseits direkt auf das Verhalten der Menschen (Verhaltensprävention). Diese Maßnahmen setzen vor allem bei den direkt betroffenen Personen mit konkreten Maßnahmen an (z. B. Programme zur Vermeidung / Verminderung von Übergewicht und Adipositas). Andererseits ist auch die Verhältnisprävention zu nennen. Hier sollen Umwelt- und Lebensbedingungen der Menschen gesundheitsfördernd gestaltet und verbessert werden.

Eine Gewichtsreduktion sollte insbesondere angestrebt werden

- bei einem BMI ab 30 (Adipositas),
- oder bei einem BMI zwischen 25 und 29,9 (Übergewicht) mit einem gleichzeitigen Vorliegen von übergewichtsbedingten Gesundheitsstörungen (z. B. Hypertonie, Typ 2 Diabetes) oder einem abdominalen Fettverteilungsmuster oder Erkrankungen, die durch Übergewicht verschlimmert werden oder einem hohen psychosozialen Leidensdruck.

Bei einem BMI 25 - 35 kg/m² (und ggf. übergewichtsbedingten Gesundheitsstörungen) sollte eine Gewichtsreduktion von 5 - 10% der Körpergewichts bzw. 5 - 10 kg pro Jahr erreicht werden. Bei einem BMI > 35 kg/m² ist eine Gewichtsreduktion von mehr als 15 - 20% der Körpergewichts bzw. von mehr als 10 kg pro Jahr zur Reduktion metabolischer und kardiovaskulärer Risiken anzustreben (Sign 2010).

Bei Kindern und Jugendlichen fordern die Leitlinien (AGA 2009, SIGN 2010) Gewichtskonstanz bei einem BMI > 90. bis < 98.9. Perzentile bzw. ab einem BMI >99. Perz. eine anzustrebende Gewichtsreduktion von 0,5 - 1,0 kg pro Monat.

B-4.1.2 Zusammenfassung der Studienergebnisse zur Indikation Adipositas

Eingeschlossene Studien

Zur Indikation Adipositas wurden insgesamt 16 Studien ausgewertet. Von diesen konnten 14 bei der Bewertung des Nutzens der alleinigen Ernährungsberatung nicht zur Bewertung herangezogen werden und mussten daher ausgeschlossen werden, da Gegenstand der Studien multimodale Behandlungsansätze waren oder andere Ausschlussgründe vorlagen (siehe Erläuterung zum methodischen Vorgehen in Kapitel B-2.1).

Zum alleinigen Indikationsgebiet Adipositas wurden zwei randomisiert-kontrollierte Studien mit insgesamt N=261 Patienten in die Nutzenbewertung eingeschlossen. In einer Studie bestand die Studienpopulation aus Kindern im Alter von sieben bis neun Jahren. Die Laufzeit beider Studien lag bei zwölf Monaten, die Dauer der Intervention bei sechs Monaten, der zeitliche Umfang der Intervention in beiden Studien bei etwa 20 Stunden.

Die Beratungen erfolgten in einer Studie in Form von Gruppensitzungen, in der anderen Studie als Gruppen- oder Einzelsitzungen. Die Interventionen wurden von Ernährungsberatern durchgeführt. Die Kontrollgruppen erhielten eine schriftliche Aufklärung zu gesunder Ernährung bzw. eine einstündige Einzelberatung.

Endpunkte

Endpunkt beider Studien war die Veränderung des Körpergewichts, in einer Studie wurde zudem die Veränderung der körperlichen Aktivität, der selbsteingeschätzte Gesundheitsstatus und die ernährungsbezogene Selbstwirksamkeit erfasst.

Ergebnisse

Zum Endpunkt Körpergewicht konnten beide Studien einen signifikanten Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe finden.

- In der Studie von Ash et al. 2006 war nach zwölf Monaten das Körpergewicht in der Interventionsgruppe mit Gruppenberatung um 2,9 kg (- 1,0 BMI) und in der Interventionsgruppe mit Einzelberatung um 1,8 kg (- 0,6 BMI) gesunken, während es in der Kontrollgruppe zu einem leichten Anstieg des Körpergewichts um 0,5 kg (0,2 BMI) kam.
- In der Studie von Kalavainen et al. 2007 mit sieben- bis neunjährigen Kindern war nach zwölf Monaten das Verhältnis vom Körpergewicht zu Körpergröße in der Interventionsgruppe um 3,4% gesunken versus einem Anstieg von 1,8% in der Kontrollgruppe.

Hinsichtlich der körperlichen Aktivität und des selbsteingeschätzten Gesundheitsstatus fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Für die ernährungsbezogene Selbstwirksamkeit wird ein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe berichtet.

Der Endpunkt Körpergewicht wurde unabhängig von der Indikation in 31 Studien erfasst mit heterogenen Ergebnissen bzgl. Signifikanz und Größe des Effekts. Neun Studien) hatten Patienten, die im Durchschnitt adipös waren (ohne dass das in den Einschlusskriterien explizit so gefordert war). Bei diesen Studien ist der Anteil signifikanter Effekte höher als bei den Studien zum Körpergewicht insgesamt, allerdings bleibt die Gewichtsreduktion überwiegend unterhalb der in den Leitlinien geforderten 5-10 kg, so dass die klinische Relevanz nicht gegeben ist.

Tabelle 4: Eingeschlossene Studien zu Adipositas

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Ash et al. A randomised control trial comparing lifestyle groups, individual counselling and written information in the management of weight and health outcomes over 12 months. Int J Obes (Lond) 2006; 30 (10): 1557-64.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer 6 Monate, Endpunkte nach 12 Monaten</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung in der Gruppe oder individuell im Vergleich zu schriftlicher Information bei Patienten mit Adipositas hinsichtlich Körpergewicht, körperlicher Aktivität, Selbstwirksamkeit, allgemeiner Gesundheitsstatus (Selbsteinschätzung).</p>	<p>191 Patienten mit BMI ≥ 27</p> <p>Drop-Out: 8%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention 1: 7 Gruppenberatungen durch Ernährungsberater über 8 Wochen, danach 1x monatlich über 4 Monate im Umfang von je 1,5 Stunden (insgesamt ca. 20 Stunden).</p> <p>Intervention 2: 7 Einzelberatungen durch Ernährungsberater über 8 Wochen, danach 1x monatlich über 4 Monate im Umfang von je 1,5 Stunden (insgesamt ca. 20 Stunden).</p> <p>Kontrollgruppe: Schriftliches Informationsmaterial</p>	<p>Körpergewicht, Selbstwirksamkeit: Signifikanter Unterschied zwischen Interventionsgruppen und Kontrollgruppe.</p> <p>Körperliche Aktivität, Gesundheitsstatus (Selbsteinschätzung): Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>Gruppenberatung verhaltenstherapeutisch orientiert</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Kalavainen et al. Clinical efficacy of group-based treatment for childhood obesity compared with routinely given individual counseling. Int J Obes (Lond) 2007; 31 (10): 1500-8.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer 6 Monate, Endpunkte nach 12 Monaten</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zur Standardbehandlung bei Kindern mit Adipositas hinsichtlich Körpergewicht.</p>	<p>70 adipöse Kinder im Alter von 7-9 Jahren</p> <p>Drop-Out: 1%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: 15 Gruppenberatungen à 90 Minuten getrennt für Eltern (Ernährungsberater) und Kinder (Studenten), 10x in den ersten 10 Wochen, 5x in den folgenden 10 Wochen (insgesamt 22,5 Stunden).</p> <p>Kontrollgruppe: 2 Einzelberatungen à 30 Minuten in 6 Monaten.</p>	<p>Körpergewicht: Signifikant größere Verbesserung in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe.</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>Intervention für Eltern und Kinder</p>

B-4.1.3 Bewertung des Nutzens der Ernährungsberatung bei der Indikation Adipositas

Insgesamt konnten im Ergebnis von den 16 Studien nur zwei Studien zur Wirksamkeit von Ernährungsberatung bei Adipositas herangezogen werden, eine Studie mit Erwachsenen und eine Studie mit Kindern. Eine Beurteilung der Wirksamkeit von Ernährungsberatung bei Adipositas ist auf Basis dieser Datenlage nur eingeschränkt möglich. Die Qualität der Studien ist eingeschränkt, da eine verborgene Zuweisung der Patienten und eine verblindete Auswertung in beiden Studien nicht stattfanden.

Bei den ausgewerteten Studien finden nur die Surrogatparameter Körpergewicht, körperliche Aktivität, Selbstwirksamkeit und allgemeiner Gesundheitsstatus (Selbsteinschätzung) Anwendung. Studien, die patientenrelevante Endpunkte wie Mortalität, Morbidität oder gesundheitsbezogene Lebensqualität untersuchten, lagen nach dieser Literaturrecherche jedoch nicht vor.

Im Bereich Adipositas des Erwachsenen verblieb von den durch die TG ausgewerteten Studien einzig die Studie der australischen Arbeitsgruppe um Ash (2006), in der in einer randomisierten, kontrollierten Studie die Wirksamkeit der Ernährungsberatung untersucht wurde. Der therapeutische Ansatz in dieser Studie entsprach den Leitlinien zur Behandlung von Adipositas, allerdings wurde das anzustrebende Therapieziel nicht erreicht: das in den Leitlinien bei adipösen Erwachsenen mit einem BMI zwischen 25 und 35 kg/m² geforderte Therapieziel einer Gewichtsreduktion von 5 - 10% des Körpergewichts bzw. von 5 - 10 kg pro Jahr, wurde deutlich verfehlt.

Im Kindes- und Jugendalter fand sich allein die Studie von Kalavainen (2007), in der die Wirksamkeit der Ernährungsberatung in einem verhaltenstherapeutischen Ansatz gegen eine Kontrollgruppe verglichen wurde. Die in den Leitlinien (AGA 2009, SIGN 2010) geforderten Therapieziele Gewichtskonstanz bei Kindern und Jugendlichen bei einem BMI > 90. bis < 98.9. Perzentile bzw. ab einem BMI >99. Perz. eine anzustrebende Gewichtsreduktion von 0,5 - 1,0 kg pro Monat wurden in der Studie nicht erreicht.

Eine klinische Studie zur Adipositas des Kindes- bzw. Jugendalters, die sowohl in Bezug auf das Interventionskonzept als auch auf die geforderten Veränderungen des primären Zielparameters *Gewicht* den deutschen Leitlinien (AGA 2009) entsprachen, fand sich in der ausgewerteten Literatur nicht.

Der Nutzen einer alleinigen Ernährungsberatung hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte lässt sich aufgrund der berücksichtigten Studien nicht belegen. Auch die Wirksamkeit hinsichtlich der Veränderung von Surrogatparametern lässt sich nicht belegen.

B-4.1.4 Bewertung der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung bei der Indikation Adipositas

Je nach Schweregrad der Adipositas kann eine Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes mit eingeschränkter Lebensqualität und hohem Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko vorliegen, die eine langfristige multiprofessionelle Betreuung erfordert. Dies gilt insbesondere, wenn krankhaftes Übergewicht mit anderen Risikofaktoren kombiniert auftritt bzw. andere Erkrankungen bestehen. In Abhängigkeit vom Grad der Adipositas und weiteren Komorbiditäten sind entsprechend der Leitlinienempfehlungen differenzierte Therapiekonzepte zu verfolgen, die auf ein kombiniertes Basisprogramm (Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie) aufsetzen. Auf Grund der Bewertung der vorliegenden Unterlagen unter Berücksichtigung der medizinischen Relevanz, des Spontanverlaufs der Erkrankung und der therapeutischen Alternativen (s. 2. Kap. § 13 Abs. 3 in Verbindung mit § 10 Abs. 2 und § 11 Abs. 6 VerfO) kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass für eine alleinige Ernährungsberatung bei Patienten mit Adipositas die medizinische Notwendigkeit nicht gegeben ist.

B-4.2 Schwerpunkt Diabetes mellitus Typ 2

B-4.2.1 Hintergrund

Als Diabetes mellitus (DM) bezeichnet man eine Gruppe von Stoffwechselerkrankungen, die alle durch Hyperglykämie in Folge von Störungen der Insulin-Sekretion und/oder der Insulinwirkung gekennzeichnet sind. Als DM Typ 2 wird die Form des Diabetes bezeichnet die durch Insulinresistenz in Verbindung mit relativem Insulinmangel gekennzeichnet ist.

Die Prävalenz des Diabetes (alle Typen) liegt in Deutschland bei etwa 5%. Die Prävalenz steigt mit dem Alter deutlich an, in der Altersgruppe der 70-79jährigen sind etwa 20% betroffen. Ab dem mittleren Lebensalter ist der DM Typ 2 die häufigste Diabetesform. Untersuchungen zur Häufigkeit des Diabetes im zeitlichen Verlauf deuten auf eine deutliche Zunahme hin, die allerdings vor allem demographische Ursachen zu haben scheint (z. B. alternde Bevölkerungen). Echte Zunahmen der Häufigkeit von Diabetes scheint es hingegen in den vergangenen Jahren bei Kindern und Jugendlichen gegeben zu haben (Giani 2004, RKI 2006).

Der DM Typ 2 beruht nach heutiger Erkenntnis auf einer genetisch bedingten, multifaktoriellen Krankheitsbereitschaft. Zur Entwicklung des klinischen Krankheitsbildes kommt es unter dem Einfluss sogenannter Manifestations- und Risikofaktoren, die häufig in Form eines metabolischen Syndroms vorliegen. Wichtigster Einzelfaktor ist die Adipositas, besonders wenn eine viscerale Fettverteilung mit Hepatosteatose (Fettleber) vorliegt. Adipositas, Bewegungsarmut und Dyslipoproteinämie führen zur Insulinresistenz. Entsprechend werden zur Vorbeugung vor allem Gewichtskontrolle und körperliche Aktivität empfohlen (AKdÄ 2009).

Diabetes ist mit einer Reihe von Begleit- und Folgeerkrankungen assoziiert. Hierzu zählen ein höheres Risiko für das Auftreten eines schwereren Verlaufs von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, z. B. koronare Herzerkrankung, Herzinfarkt, Schlaganfall und arterieller Verschlusskrankheit. Ferner kommt es bei DM häufiger zu Netzhauterkrankungen und Erblindungen, Fußkomplikationen und Amputationen sowie zu Nephro- und Neuropathien (AKdÄ 2009).

Die Grundlage der Diabetestherapie ist die Behandlung der Manifestationsfaktoren und des damit assoziierten metabolischen Syndroms, insbesondere durch Umstellung der Ernährung, vermehrte körperliche Aktivität und Reduktion des Körpergewichts. Daher stellt - leitliniengerecht - die strukturierte Diabetes-Schulung bei Patienten/innen mit einem neu diagnostizierten DM Typ 2 die Basistherapie dar. Diese besteht stets aus einer Schulung, Ernährungs- und Bewegungstherapie, Umstellung der Lebensweise und Selbstkontrolle. Erst wenn diese nicht zum Erfolg führt, ist eine medikamentöse Therapie indiziert (Matthai 2009, AKdÄ 2009).

B-4.2.2 Zusammenfassung der Studienergebnisse zur Indikation Diabetes mellitus Typ 2

Eingeschlossene Studien

Zum Indikationsgebiet Diabetes mellitus Typ 2 wurden neun randomisiert-kontrollierte Studien mit insgesamt N=1084 Patienten mit DM Typ 2 in die Nutzenbewertung einbezogen. Die Laufzeit der Studien reichte von zehn bis 52 Wochen, die Dauer der Interventionen von vier bis 52 Wochen, der zeitliche Umfang der Intervention von etwa zwei bis zu 26 Stunden. In vier Studien erfolgten die Beratungen in Form von Gruppensitzungen, in drei Studien als Einzelberatungen und in zwei Studien wurden sowohl Einzel- als auch Gruppenberatungen eingesetzt. Die Interventionen wurden überwiegend von Ernährungsberatern, teilweise auch von Ärzten/ Pflegepersonal durchgeführt.

Studiendesign

Von den neun Studien hatten sechs eine Kontrollgruppe, zwei Studien hatten zwei Kontrollgruppen und eine Studie hatte drei Kontrollgruppen. Die Kontrollgruppen erhielten in fünf Studien eine Standardversorgung für DM Typ 2 Patienten in Form von schriftlichen oder mündlichen Beratungen, in vier Studien eine verkürzte oder Minimal-Ernährungsberatung, in zwei Studien keinerlei Beratung und in einer Studie eine Anleitung zu körperlicher Aktivität bzw. eine Kombination aus körperlicher Aktivität und Ernährungsberatung. Sofern persönliche Ernährungsberatung in den Kontrollgruppen angeboten wurde, lag der Umfang bei etwa einer bis 15 Stunden.

Endpunkte

Endpunkte der Studien waren insbesondere Veränderungen des Körpergewichts bzw. des BMI sowie Blutzucker- und Lipidwerte. Je einmal erfasst wurde krankheitsbezogenes Wissen, Lebensqualität, die Proteinaufnahme bzw. Selbstwirksamkeit (Tabelle 5: Eingeschlossene Studien zu Diabetes mellitus Typ 2).

Ergebnisse

Hinsichtlich des in acht Studien erfassten Endpunktes Blutzucker zeigten sieben Studien keinen signifikanten Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Lediglich die Studie von Hartwell et al. 1986 berichtete eine signifikante Verbesserung des HbA1c Wertes nach sechs Monaten in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Für die Endpunkte Körpergewicht bzw. BMI liegen Ergebnisse aus sieben der neun Studien vor. In fünf Studien zeigte sich eine statistisch signifikant größere Reduktion des Körpergewichts bzw. des BMI in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Gewichtsreduktion im Vergleich zur Baseline lag im Bereich von 1,8 kg bis 5,5 kg.

- In der Studie von Anderson-Loftin et al. 2005 war der BMI nach sechs Monaten in der Interventionsgruppe um 0,8 Punkte gesunken (-1,8 kg Körpergewicht), in der Kontrollgruppe um 0,6 Punkte gestiegen (+1,9 kg Körpergewicht).
- In der Studie von Hartwell et al. 1986 war das Körpergewicht nach sechs Monaten in der Interventionsgruppe um 3,8 kg gesunken, in der Kontrollgruppe mit Standardversorgung um 1,1 kg gestiegen.
- In der Studie von Heller et al. 1988 war das Körpergewicht nach zwölf Monaten in der Interventionsgruppe um 5,5 kg gesunken versus 3,0 kg in der Kontrollgruppe mit Kurzberatung.
- In der Studie von Mayer-Davis et al. 2004 war das Körpergewicht in der Interventionsgruppe nach zwölf Monaten um 2,2 kg gesunken versus 0,3 kg in der Kontrollgruppe mit Standardversorgung und ca. 0,6 kg in der Kontrollgruppe mit verkürzter Lebensstilberatung.
- In der Studie von Wolf et al. 2004 war das Körpergewicht in der Interventionsgruppe nach zwölf Monaten um 2,4 kg gesunken und in der Kontrollgruppe mit Standardversorgung um 0,6 kg gestiegen.

Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Veränderungen des BMI bzw. Körpergewichts werden aus zwei Studien berichtet:

- In der Studie von Franz et al. 1995a war der BMI nach sechs Monaten in der Interventionsgruppe um 0,5 Punkten gesunken (-1,4 kg Körpergewicht), in der Kontrollgruppe um 0,6 Punkte (-1,7 kg Körpergewicht).
- In der Studie von Korhonen et al. 1987 war das Körpergewicht in Interventions- und Kontrollgruppe nach zwölf Monaten im Vergleich zur Baseline gesunken, aber es gab keinen Unterschied zwischen den Gruppen (die Studie macht keine genauen Angaben zur Gewichtsreduktion in kg oder BMI-Punkten).

Lipidwerte wurden in sechs Studien gemessen: keine Studie fand einen signifikanten Effekt der Ernährungsberatung. Auch zu den in je einer Studie gemessenen Endpunkten Blutdruck und Proteinaufnahme konnte keine signifikante Verbesserung durch die Ernährungsberatung gezeigt werden.

Nach der Studie von Miller et al. 2002 steigt das Wissen über gesundheitsfördernde Ernährung und die Selbstwirksamkeit (Miller et al. 2002) hinsichtlich Ernährungsumstellungen infolge einer Ernährungsberatung. Eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe wird von Wolf et al. 2004 berichtet. Allerdings bestand die Intervention in dieser Studie aus einer umfassenden Beratung zu einem

gesundheitsfördernden Lebensstil. Welche Komponenten der Lebensstiländerung in welchem Umfang zur Verbesserung der Lebensqualität beigetragen haben, wurde nicht analysiert.

Tabelle 5: Eingeschlossene Studien zu Diabetes mellitus Typ 2

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Anderson-Loftin et al. Soul food light: culturally competent diabetes education. The Diabetes educator 2005; 31 (4): 555-63.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow Up 6 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zur Standardversorgung bei Patienten mit DM 2 und erhöhtem Risiko für Komplikationen hinsichtlich Veränderung von Körpergewicht, BMI, HbA1c, Cholesterin und Fettaufnahme.</p>	<p>97 Patienten afroamerikanischer Herkunft mit DM Typ 2 und erhöhtem Risiko für Komplikationen</p> <p>Drop-Out: 33%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention:</p> <p>4 Gruppenberatungen durch Ernährungsberater im Umfang von je 90 Minuten über 4 Wochen.</p> <p>4 Gruppensitzungen durch Pflegekraft mit Diabetes-Weiterbildung im Umfang von je 60 Minuten über 4 Monate.</p> <p>4 Telefonkontakte zur Förderung der Compliance durch Pflegekraft über 4 Wochen.</p> <p>Kontrollgruppe: Standardversorgung für DM Typ 2 Patienten im Umfang von 8 Stunden. Telefonkontakt durch Studienassistent alle 3 Monate.</p>	<p>Fettaufnahme, Körpergewicht, BMI: Signifikante Verbesserung der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe.</p> <p>Cholesterin, HbA1c: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.</p>	<p>Laufzeit < 1 Jahr (6 Monate)</p> <p>Keine Verblindung</p> <p>Drop-Out: >15%</p> <p>Durchschnittliche Teilnahme: 5 von 8 Beratungen</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Franz et al. Effectiveness of medical nutrition therapy provided by dietitians in the management of non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized, controlled clinical trial. J Am Diet Assoc 1995; 95 (9): 1009-17.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer 6 Wochen, Follow Up 6 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zu einer Minimalberatung bei Patienten mit DM Typ 2 hinsichtlich Blutzucker, Cholesterin und Körpergewicht.</p>	<p>179 Patienten mit Diabetes 2</p> <p>Drop-Out: 28%</p> <p>Per Protocol Analyse</p>	<p>Intervention: Eine Einzelberatung durch Ernährungsberater im Umfang von 60 Minuten und 2 weitere Beratungen von 30 – 45 Minuten in den folgenden 6 Wochen.</p> <p>Kontrollgruppe: Einmalige Beratung von 60 Minuten durch Ernährungsberater.</p>	<p>Blutzucker, Cholesterin, Körpergewicht: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.</p>	<p>Laufzeit < 1 Jahr (6 Monate)</p> <p>Keine Verblindung</p> <p>Drop-Out: >15%</p> <p>Per Protocol Analyse</p>
<p>Hartwell et al. Comparison of behavioural interventions for control of type II diabetes mellitus. Behav Ther 1986; 17 (4): 447-61.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer 10 Wochen, Follow Up 6 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit von Ernährungsberatung bzw. körperlichem Training im Vergleich zur</p>	<p>87 Patienten mit DM Typ 2</p> <p>Drop-Out: 9%</p> <p>Per Protocol Analyse</p>	<p>Intervention: 10 Gruppenberatungen durch Ernährungsberater im Umfang von je 2 Stunden über 10 Wochen.</p> <p>Kontrollgruppe 1: Körperliche Aktivität: 2 Einheiten Zielsetzung und 8 Einheiten.</p>	<p>Körpergewicht, Blutzucker, LDL: Signifikante Verbesserung der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe 3.</p> <p>HDL: Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.</p>	<p>Laufzeit < 1 Jahr (6 Monate)</p> <p>Keine Verblindung</p> <p>Per Protocol Analyse</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
	Standardversorgung bei Patienten mit DM Typ 2 hinsichtlich HbA1, Cholesterin und Körpergewicht.		Stretching + Gehen + Diskussion über 10 Wochen. Kontrollgruppe 2: Kombination aus 5 Wochen Ernährungsberatung und 5 Wochen körperlicher Aktivität. Kontrollgruppe 3: Standardversorgung		
Heller et al. Group education for obese patients with type 2 diabetes: greater success at less cost. Diabet Med 1988; 5 (6): 552-6.	RCT Interventionsdauer 6 Monate, Follow Up 12 Monate Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zu einer unstrukturierten Beratung bei Patienten mit DM Typ 2	87 übergewichtige Patienten mit neu diagnostiziertem DM Typ 2. Drop-Out: 14% Per Protocol Analyse	Intervention: 5 Gruppenberatungen durch Ernährungsberater im Umfang von je 90 Minuten, 3 in den ersten 4 Wochen, je eine nach 3 und 6 Monaten. Kontrollgruppe: 3 individuelle Kurzberatungen durch Ernährungsberater, je	Körpergewicht: Signifikante Verbesserung der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. HbA1: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.	Keine Verblindung Relativ aufwändige Beratung in Kontrollgruppe Per Protocol Analyse

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
	hinsichtlich Körpergewicht und HbA1.		eine zu Studienbeginn, nach 3 und 6 Monaten (optional weitere Beratungen).		
Korhonen et al. Efficacy of dietary instructions in newly diagnosed non-insulin- dependent diabetic patients. Comparison of two different patient education regimens. Acta Med Scand 1987; 222 (4): 323-31.	RCT Interventionsdauer und Follow Up 12 Monate Fragestellung: Wirksamkeit von Ernährungsberatung durch Pflegekräfte im Vergleich zu schriftlicher Beratung durch ärztliches Personal bei Patienten mit DM Typ 2 hinsichtlich Blutzucker, Cholesterin und Körpergewicht.	80 Patienten mit neu diagnostiziertem DM Typ 2 Drop-Out: 11% Per Protocol Analyse	Intervention: Fünf Einzelberatungen durch Pflegepersonal, zu Studienbeginn und nach 1, 2, 3, und 6 Monaten Kontrollgruppe: Schriftliche Ernährungsberatung durch ärztliches Personal.	Blutzucker, Cholesterin, Körpergewicht: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.	Keine Verblindung Per Protocol Analyse

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Mayer-Davis et al. Pounds off with empowerment (POWER): a clinical trial of weight management strategies for black and white adults with diabetes who live in medically underserved rural communities. Am J Public Health 2004; 94 (10): 1736-42.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow Up 6/12 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Lebensstilberatung (Ernährung und Bewegung) im Vergleich zu kürzerer Lebensstilberatung und Standardversorgung bei Patienten mit DM Typ 2 hinsichtlich Körpergewicht, BMI, HbA1c, Cholesterin, Blutdruck.</p>	<p>187 Patienten mit DM Typ 2</p> <p>Drop-Out: 19%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: Lebensstilberatung durch Ernährungsberater im Umfang von je 60 Minuten. Einmal wöchentlich in den Monaten 1-4, zweimal monatlich in den Monaten 5 und 6, danach einmal monatlich; eine Einzelberatung auf 3 Gruppenberatungen,</p> <p>Kontrollgruppe 1: Verkürzte Lebensstilberatung im Umfang von vier 60 minütigen Sitzungen in 12 Monaten.</p> <p>Kontrollgruppe 2: Standardversorgung (eine Beratung zu Studienbeginn) für DM Typ 2 Patienten zu Studienbeginn.</p>	<p>Körpergewicht, BMI: Signifikant größere Reduktion des Körpergewichts in Interventions- versus Kontrollgruppen 1 und 2 nach 12 Monaten.</p> <p>HbA1c, Cholesterin, Blutdruck: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und beiden Kontrollgruppen nach 6 Monaten.</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>Drop-Out: >15%</p> <p>Blutzucker, Blutdruck, Cholesterin für 6 Monate (von 12 Monaten Laufzeit) berichtet.</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Miller et al. Evaluation of a theory-based nutrition intervention for older adults with diabetes mellitus. J Am Diet Assoc 2002; 102 (8): 1069-81.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow Up 10 Wochen</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zu keiner Beratung bei Patienten mit DM Typ 2 hinsichtlich Ernährungswissen und Selbstwirksamkeit .</p>	<p>98 Patienten mit DM Typ 2 seit mindestens 1 Jahr</p> <p>Drop-Out: 5%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: 10 Gruppenberatungen durch Ernährungsberater im Umfang von 90-120 Minuten über 10 Wochen.</p> <p>Kontrollgruppe: Keine Beratung</p>	<p>Wissen, Selbstwirksamkeit: Signifikant größeres Wissen und Selbstwirksamkeit in Interventions- versus Kontrollgruppe.</p>	<p>Laufzeit < 1 Jahr (10 Wochen)</p> <p>Keine Verblindung</p> <p>Keine verhaltensbezogenen oder klinischen Endpunkte</p>
<p>Pijls et al. Adherence to protein restriction in patients with typ 2 diabetes mellitus: a randomized trial. European journal of clinical nutrition 2000; 347-352</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow Up 12 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer spezifischen Ernährungsberatung im Vergleich zu Standardversorgung bei Patienten mit DM Typ 2 hinsichtlich der</p>	<p>125 Patienten mit Diabetes</p> <p>Drop-Out: 22%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: 6 Einzelberatungen im Umfang von 30 Minuten über 12 Monate.</p> <p>Kontrollgruppe: Standardversorgung für DM Typ 2 Patienten</p>	<p>Proteinaufnahme: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>Drop-Out: >15%</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
	Reduktion der Proteinaufnahme zur Prävention einer diabetischen Nephropathie.				
Wolf et al. Translating lifestyle intervention to practice in obese patients with type 2 diabetes: Improving Control with Activity and Nutrition (ICAN) study. Diabetes Care 2004; 27 (7): 1570-6.	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow Up 12 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Lebensstilberatung im Vergleich zur Standardversorgung bei DM Typ 2 Patienten hinsichtlich Körpergewicht, HbA1c, Lebensqualität, Cholesterin.</p>	<p>144 Patienten mit DM Typ 2 und einem BMI ≥ 27</p> <p>Drop Out: 20%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: Über 12 Monate, 6 Einzelberatungen mit insgesamt 4 Stunden, 6 Gruppenberatungen über je 1 Stunde, monatliche Telefonkontakte.</p> <p>Kontrollgruppe: Standardversorgung (schriftliches Schulungsmaterial)</p>	<p>Körpergewicht Signifikant größere Gewichtsabnahme in Interventions- versus Kontrollgruppe.</p> <p>Signifikant größerer Anteil von Patienten mit Reduzierung des Gewichtes um mehr als 5% in Interventions- versus Kontrollgruppe.</p> <p>Lebensqualität Signifikante Verbesserung der Lebensqualität in der Interventions- versus Kontrollgruppe.</p> <p>HbA1c, Cholesterin:</p>	<p>Auswerter verblindet</p> <p>Drop-Out: >15%</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
				Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.	

B-4.2.3 Bewertung des Nutzens der Ernährungsberatung bei der Indikation Diabetes mellitus Typ 2

Es konnten insgesamt neun Studien zur Indikation Diabetes mellitus Typ 2 eingeschlossen werden. Die Qualität der Studien ist eingeschränkt. So fand eine verborgene Zuweisung der Patienten zu den Gruppen gar nicht und eine verblindete Erfassung der Endpunkte nur in einer Studie statt. In sechs von neun Studien liegen die Drop-Out Raten im Bereich von etwa 20-36%. Sensitivitätsanalysen, in denen die Ergebnisse unter Einbeziehung verschiedener möglicher Ergebnisse für die Studienabbrecher (z. B. durchschnittliche Veränderung, keine Veränderung, Verschlechterung) modelliert werden, wurden in den Studien nicht vorgenommen. Die in den Studien untersuchten Ernährungsberatungen unterscheiden sich darüber hinaus bezüglich zeitlichem Umfang, Art der Durchführung (Gruppen- oder Einzelberatungen, teils ergänzt durch Telefonkontakte) sowie den konkreten Inhalten und Zielstellungen der Beratungen. Unklar ist weiterhin in welchem Umfang die ausgewerteten Studienteilnehmer tatsächlich an den Interventionen teilgenommen haben. Daten hierzu werden lediglich von Andersson-Loftin et al. 2005 beschrieben: in dieser Studie wurden durchschnittlich nur 4,8 von acht Beratungsterminen wahrgenommen, 31% der Studienteilnehmer hatten an keinem der Beratungstermine teilgenommen.

Die eingeschlossenen Studien zur Indikation Diabetes mellitus Typ 2 haben keine patientenrelevanten Endpunkte untersucht, mit Ausnahme der Studie von Wolf et al. In dieser Studie konnte eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität in der Interventionsgruppe gezeigt werden. Die Validität dieses Ergebnisses wird jedoch durch die relativ kleine Fallzahl und den hohen Drop-Out beeinträchtigt.

Endpunkte der Studien waren vor allem die Surrogatparameter Körpergewicht, Blutzucker- und Cholesterinwerte. Die Ergebnisse zu diesen Endpunkten sind nicht einheitlich. Zum Endpunkt Körpergewicht/BMI gab es überwiegend signifikante Verbesserungen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe, hinsichtlich der Blutzucker- und Lipidwerte konnten die Studien jedoch keine Verbesserung durch die Intervention zeigen. Eine Verbesserung über das Wissen zu gesundheitsfördernder Ernährung und der Selbstwirksamkeit zeigte sich in zwei Studien.

Der Nutzen einer alleinigen Ernährungsberatung hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte lässt sich aufgrund der berücksichtigten Studien nicht belegen. Die vorliegenden Studien zeigen jedoch Hinweise auf die Wirksamkeit der Ernährungsberatung zur Senkung des Körpergewichts bzw. des BMI bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2.

B-4.2.4 Bewertung der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung bei der Indikation Diabetes mellitus Typ 2

Die Durchführung einer strukturierten Diabetes Schulung gehört in Deutschland zum anerkannten medizinischen Standard. Eine Ernährungsberatung ist zwar integraler Bestandteil einer Diabetes Schulung, alleine aber meist nicht ausreichend. Auf Grund der Bewertung der vorliegenden Unterlagen unter Berücksichtigung der medizinischen Relevanz, des Spontanverlaufs der Erkrankung und der therapeutischen Alternativen (s. 2. Kap. § 13 Abs. 3 in Verbindung mit § 10 Abs. 2 und § 11 Abs. 6 VerfO) kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass für eine alleinige Ernährungsberatung (in Abgrenzung zu einer strukturierten Diabetes Schulung) bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 die medizinische Notwendigkeit nicht gegeben ist.

B-4.3 Schwerpunkt Hypercholesterinämie/Hyperlipidämie

B-4.3.1 Hintergrund

Hypercholesterinämien sind ein Teilproblem der Fettstoffwechselstörungen (Dyslipidämien), die sich in Lipoproteintransportstörungen oder Fettmetabolismusstörungen aufteilen lassen. Klinisch zeigt sich dies in charakteristischen Konzentrationen von Chylomikronen, LDL-Cholesterin, VLDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin und Triglyzeriden.

Die Prävalenz der Hypercholesterinämie bei Erwachsenen liegt in Deutschland bei etwa 33%. Die Erkrankungshäufigkeit nimmt bei Frauen bis zu einem Alter von 60 bis 69 Jahren zu, bei Männern bis zu einem Alter von 70 bis 79 Jahren (RKI 2006).

Hinsichtlich der Ursachen der Dyslipidämien sind einerseits genetischen Faktoren zu nennen, wie sich dies in der Einteilung der Hyperlipoproteinämien nach Frederikson widerspiegelt:

- HLP Typ 1 (Hypertriglyceridämie)
- HLP Typ 2 (Hypercholesterinämie): unterteilt in Typ 2a und Typ 2b
- HLP Typ 3 (Remnant Hyperlipidämie, Broad-beta-Disease)
- HLP Typ 4 (Hypertriglyceridämie)
- HLP Typ 5 (Kombinierte Hyperlipidämie, endogen-exogene-Hypertriglyceridämie)

Andererseits treten Dyslipidämien als Folge anderer Erkrankungen auf. Diese sekundären Hyperlipoproteinämien sind u.a. bei folgenden Erkrankungen anzutreffen: Alkoholismus, Fehlernährung, nephrotisches Syndrom, Pankreatitis, Lebererkrankungen, Cholestase, Diabetes Mellitus, Hyperurikämie, Hypothyreose, Akromegalie, Glykogenosen, Hyperkalzämie (Cooper 2008, Bergert 2006).

Große epidemiologische Studien wie die Framingham Heart Study, der Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT), die Prospective Cardiovascular Munster (PROCAM) Study zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen dem LDL-Cholesterin-Wert und dem Risiko eine koronare Herzerkrankung (KHK) zu entwickeln bzw. dem Risiko für ein erneutes Ereignis bei bestehender KHK. Mit steigendem LDL-Cholesterin erhöht sich das KHK-Risiko. Während LDL-Erhöhungen auf der Basis niedriger LDL-Werte < 100 mg/dl (ca. 2,5 mmol/l) mit einem geringeren Anstieg des KHK-Risikos verbunden sind, verläuft der Anstieg ab einem LDL-Wert von >200 mg/dl (ca. 5 mmol/l) steiler. Der Zusammenhang zwischen dem LDL-Cholesterin-Wert und dem KHK-Risiko wird insbesondere durch das Vorhandensein von anderen Risikofaktoren wie u. a. Alter, Geschlecht, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Familienanamnese oder Rauchen moduliert (Anderson 1987; Assmann 1998, ; Grundy 2004; Stamler 2000).

Zur Beurteilung des Risikos, das von Dyslipidämien ausgeht, ist nach weiteren Risikofaktoren zu suchen. Dieses Vorgehen ist insbesondere im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie der KHK von Bedeutung. Neben der Dyslipidämie sind weitere Risikofaktoren wie Rauchen, arterielle Hypertonie, koronare Herzerkrankungen von Angehörigen sowie Alter und Geschlecht zu berücksichtigen. Unter Berücksichtigung aller Risikofaktoren wird ein Gesamtrisiko ermittelt. Entsprechend des Gesamtrisikos sind dann entsprechende Interventionen zu veranlassen. Diese Interventionen betreffen nicht-medikamentöse Maßnahmen wie Lebensstiländerungen und gehen bis zur medikamentösen Therapie. Entsprechend des KHK-Gesamt-Risikos empfehlen die Leitlinien unterschiedliche LDL-Cholesterin-Werte als Zielwerte für die Therapie:

- Bei Personen mit hohem KHK-Risiko von 20% in zehn Jahren ist der LDL-Zielwert < 100 mg/dl (ca. 2,5 mmol/l).
- Bei Personen mit einem KHK-Risiko zwischen 10% und 20% ist der LDL-Zielwert < 130 mg/dl (ca. 3,4 mmol/l).
- Bei Personen mit einem KHK-Risiko unter 10% ist der LDL-Ziel-Wert < 160 mg/dl (ca. 4 mmol/l).

Orientierend am KHK-Gesamt-Risiko und an den Ausgangswerten empfehlen die Leitlinien eine stufenweise Therapie, beginnend mit Interventionen zur Veränderung des Lebensstils. Werden die LDL-Zielwerte nicht erreicht, wird als 2. Stufe eine Intensivierung bzw. eine zusätzliche pharmakologische Therapie empfohlen. Eine eindeutige Untergrenze, ab der kein zusätzlicher Nutzen einer Reduzierung des LDL-Cholesterins nachweisbar ist, existiert nicht (Graham 2007 (PMID 17726407); JBS 2005, NCEPI 2002, NZGG 2002, NVL 2006).

B-4.3.2 Zusammenfassung der Studienergebnisse zur Indikation Hypercholesterinämie/Hyperlipidämie

Eingeschlossene Studien

Zum Indikationsgebiet Hypercholesterinämie/Hyperlipidämie wurden 13 randomisiert-kontrollierte Studien mit insgesamt N=3647 Patienten in die Nutzenbewertung einbezogen. In einer Studie bestand die Zielgruppe aus vier- bis zehnjährigen Kindern. Die Laufzeit der Studien reichte von drei bis 60 Monaten (die Studie von Hjerman et al. berichtet Ergebnisse für ein Follow-Up von 20 Jahren), die Dauer der Interventionen von zwei bis 60 Monaten, der zeitliche Umfang der Interventionen von etwa 45 Minuten bis zu 16 Stunden. In drei Studien erfolgten die Beratungen in Form von Gruppensitzungen, in sechs Studien als Einzelberatungen und vier Studien machten keine Angaben zum Beratungssetting. Die

Interventionen wurden überwiegend von Ernährungsberatern, teilweise auch von Ärzten/Pflegepersonal durchgeführt.

Studiendesign

Von den 13 Studien hatten acht Studien eine Kontrollgruppe, drei Studien hatten zwei Kontrollgruppen, und zwei Studien hatten drei Kontrollgruppen. Die Kontrollgruppen erhielten in zehn Studien die Standardversorgung in Form von mündlichen oder schriftlichen Beratungen, in drei Studien eine verkürzte oder Minimal-Ernährungsberatung, in je einer Studie keine Beratung, eine Anleitung zu körperlicher Aktivität bzw. ein Selbstschulungsprogramm für Eltern/Kinder.

Endpunkte

Endpunkte der Studien waren insbesondere Veränderungen der Cholesterinwerte und des Körpergewichts bzw. des BMI. Weiterhin wurden Veränderungen des Blutdrucks, des Ernährungsverhaltens, ernährungsbezogenes Wissen sowie in je einer Studie das Auftreten von Myokardinfarkten/Mortalität, die gesundheitsbezogene Lebensqualität bzw. Fitness erfasst (Tabelle 6: Eingeschlossene Studien zu Hypercholesterinämie).

Ergebnisse

Für Mortalität und Myokardinfarkt liegen Ergebnisse aus einer Studie mit einem Follow-Up von 20 Jahren vor. Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich beider Endpunkte.

Für den Endpunkt Cholesterinwerte liegen Ergebnisse aus zwölf Studien vor. Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Veränderungen der Cholesterinwerte werden aus sieben Studien berichtet (alle Studien mit Angaben zu LDL). Diese Studien zeigen zwar eine Verbesserung der Cholesterinwerte im Zeitverlauf, allerdings sinken die Werte sowohl in den Interventions- als auch in den Kontrollgruppen.

In fünf Studien zeigte sich eine statistisch signifikant größere Reduktion von Cholesterinwerten in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe.

- In der Studie von Heller et al. 1989 war nach drei Monaten das Gesamtcholesterin in der Interventionsgruppe von 7,0 mmol/L (270 mg/dl) auf 6,4 mmol/L (247), in der Kontrollgruppe von 6,6 mmol/L (255) auf 6,5 mmol/L (251) gesunken.
- In der Studie von Henkin et al. 2000 war nach zwölf Monaten das Gesamtcholesterin in der Interventionsgruppe von 6,5 mmol/L (251) um 5%, in der Kontrollgruppe von 6,5 mmol/L (251) um 1% gesunken. Hinsichtlich LDL, HDL und Triglyceriden gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

- In der Studie von Moy et al. 2001 war nach 24 Monaten das LDL in der Interventionsgruppe von 4,7 mmol/L (181) auf 4,0 mmol/L (154), in der Kontrollgruppe von 4,3 mmol/L (166) auf 3,9 mmol/L (150) gesunken. Hinsichtlich HDL und Triglyceriden gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.
- In der Studie von Rhodes et al. 1996 waren nach drei Monaten die Triglyceride in der Interventionsgruppe von 1,57 mmol/L (137) auf 1,50 mmol/L (131) gesunken, in der Kontrollgruppe von 1,53 mmol/L (133) auf 1,71 mmol/L (149) gestiegen. Hinsichtlich Gesamtcholesterin, LDL und HDL gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.
- In der Studie von Wood et al. 1991 war nach zwölf Monaten bei Frauen das Gesamtcholesterin in der Interventionsgruppe um 0,39 mmol/L (15), in der Kontrollgruppe um 0,03 mmol/L (1) gesunken. Das LDL war in der Interventionsgruppe um 0,28 mmol/L (10), (Ausgangswert 3,09 mmol/l) in der Kontrollgruppe um 0,03 mmol/L gesunken. Hinsichtlich HDL und Triglyceriden gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Bei Männern gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe.

Hinsichtlich des in elf Studien erfassten Endpunkts Körpergewicht bzw. BMI zeigt sich in acht Studien kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. In diesen Studien zeigten sich überwiegend keine oder nur geringfügige Veränderungen zwischen Studienbeginn und -ende. Ein statistisch signifikanter Unterschied bezüglich des Körpergewichts bzw. des BMI wird aus drei Studien berichtet:

- In der Studie von Curzio et al. 1989 war das Körpergewicht in der Interventionsgruppe nach 6 Monaten um 2,6 kg gesunken, zur genauen Gewichtsreduktion in der Kontrollgruppe werden keine Angaben gemacht.
- In der Studie von Rhodes et al. 1996 war der BMI nach drei Monaten in der Interventionsgruppe von 28,1 auf 27,1, in der Kontrollgruppe von 28,3 auf 27,8 gesunken.
- In der Studie von Wood et al. 1991 war nach zwölf Monaten bei Frauen das Körpergewicht um 4,1 kg gesunken und in der Kontrollgruppe um 1,3 kg gestiegen. Bei Männern war das Körpergewicht in der Interventionsgruppe um 5,1 kg gesunken und in der Kontrollgruppe um 1,7 kg gestiegen.

Veränderungen des Blutdrucks wurden in zwei Studien gemessen. Lediglich die Studie von Wood et al. berichtet einen statistisch signifikanten Effekt der Intervention nach zwölf Monaten, allerdings in einer bereits zu Studienbeginn normotensiven Population.

Das Ernährungsverhalten wurde in fünf Studien erfasst. Hierbei zeigten sich in drei Studien statistisch signifikante Verbesserungen zugunsten der Interventionsgruppe, in zwei Studien fanden sich je nach Nährstoff uneinheitliche Ergebnisse oder keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.

Hinsichtlich des in zwei Studien erfassten ernährungsbezogenen Wissens zeigt sich nur bei Rhodes et al. 1996 ein statistisch signifikanter Effekt der Intervention. Dieser Interventionseffekt bezüglich des Wissens führt in dieser Studie allerdings nicht zu einer statistisch signifikanten Beeinflussung des Gesamtcholesterins, LDL und HDL.

Die ernährungsbezogene Lebensqualität wurde in der Studie von Delahanty et al. 2002 gemessen. Hierfür zeigte sich auf einer von vier Subskalen ein statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der Interventionsgruppe.

Tabelle 6: Eingeschlossene Studien zu Hypercholesterinämie

Studie	Design	Population	Intervention/Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Ammerman et al. A randomized controlled trial of a public health nurse directed treatment program for rural patients with high blood cholesterol. <i>Prev Med</i> 2003a; 36 (3): 340-51.</p>	<p>RCT Interventionsdauer 6 Monate, Follow-Up 12 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zu einer Minimalberatung bei Patienten mit Hypercholesterinämie hinsichtlich Cholesterinwerten, Körpergewicht und Ernährungsverhalten.</p>	<p>468 Patienten mit Hypercholesterinämie Drop-Out: 26% ITT-Analyse</p>	<p>Intervention: 3 Gruppenberatungen durch Pflegekräfte über 3 Monate, bei weiterhin hohen Cholesterinwerten Weiterleitung an Ernährungsberater mit 3 Beratungen über 3 Monaten, danach optionale einmalige telefonische Beratung.</p> <p>Kontrollgruppe: Kurzberatung durch Pflegekräfte</p>	<p>Cholesterinwerte, Körpergewicht: (Gesamt, LDL) Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.</p> <p>Ernährungsverhalten: Signifikante Verbesserung in Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe.</p>	<p>Keine Verblindung Drop-Out > 20%</p>

Studie	Design	Population	Intervention/Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Becker et al. Nurse-mediated cholesterol management compared with enhanced primary care in siblings of individuals with premature coronary disease. Arch Intern Med 1998; 158 (14): 1533-9.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow Up 24 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zur Standardversorgung bei Patienten mit Hypercholesterinämie und positiver Familienanamnese für koronare Herzerkrankung hinsichtlich Cholesterinwerten, BMI und Körpergewicht.</p>	<p>156 Patienten mit einem LDL-C Wert > 4,14 mmol/L</p> <p>Drop-Out: 23%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: 6 Beratungen und 6 telefonische Beratungen über 24 Monate durch geschulte Pflegekräfte.</p> <p>Kontrollgruppe: Standardversorgung ergänzt durch detaillierte Informationen für den Hausarzt zur Erkrankung und den Patienten.</p>	<p>Cholesterinwerte (LDL, HDL, Triglyceride), Körpergewicht, BMI: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>Drop-Out > 20%</p> <p>Zu Studienende 45% der Interventions- versus 16% der Kontrollgruppe mit Einnahme Lipidsenker</p>
<p>Curzio et al. Hypercholesterolaemia in treated hypertensives: a controlled trial of intensive dietary advice. J Hypertens Suppl 1989; 7 (6): S254-S255.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow Up 6 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zur Standardversorgung bei Patienten mit Hypercholesterinämie hinsichtlich Cholesterinwerten, Blutdruck und Körpergewicht.</p>	<p>141 Patienten mit Hypercholesterinämie</p> <p>Drop-Out: 12%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: 4 Beratungen durch Ernährungsberater über 6 Monate</p> <p>Kontrollgruppe Standardversorgung</p>	<p>Cholesterinwerte (Gesamt, LDL, HDL, Triglycerie), Blutdruck: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.</p> <p>Körpergewicht Signifikante Verbesserung der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe.</p>	<p>Laufzeit < 1 Jahr (6 Monate)</p> <p>Keine Verblindung</p>

Studie	Design	Population	Intervention/Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Delahanty et al. Clinical and cost outcomes of medical nutrition therapy for hypercholesterolemia: a controlled trial. J Am Diet Assoc 2001; 101 (9): 1012-23.</p> <p>Mit Folgepublikation:</p> <p>Delahanty et al. Medical nutrition therapy for hypercholesterolemia positively affects patient satisfaction and quality of life outcomes. Ann Behav Med 2002; 24 (4): 269-78.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer 6 Monate, Follow Up 12 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zur Standardversorgung bei Patienten mit Hypercholesterinämie hinsichtlich Cholesterinwerten, Körpergewicht, ernährungsbezogene Lebensqualität, Ernährungsverhalten.</p>	<p>90 Patienten mit Hypercholesterinämie</p> <p>Drop-Out: 3%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: 3 Einzelberatungen durch Ernährungsberater im Umfang von ja 90 Minuten über 3 Monate, falls danach Cholesterinwerte nicht im Zielbereich weitere 2-3 Beratungen im Umfang von 90 Minuten über 3 Monate.</p> <p>Kontrollgruppe: Standardversorgung.</p>	<p>Cholesterinwerte (LDL, HDL, Triglyceride), Körpergewicht, Ernährungsverhalten: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.</p> <p>Lebensqualität: Signifikante Verbesserung der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe auf einer von vier Subskalen.</p>	<p>Auswerter verblindet</p>
<p>Heller et al. Reducing blood cholesterol levels in patients with peripheral vascular disease: dietitian or diet fact sheet? Med J Aust 1989; 151 (10): 566-8.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow-Up 3 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zu Standardversorgung bei Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) hinsichtlich Cholesterinwerten.</p>	<p>59 Patienten mit pAVK</p> <p>Drop-Out: 22%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: Einmalige Beratung durch Ernährungsberater.</p> <p>Kontrollgruppe: Standardversorgung und schriftliche Informationen.</p>	<p>Cholesterinwerte: Signifikante Verbesserung der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe.</p>	<p>< 60 Patienten</p> <p>Laufzeit < 1 Jahr (3 Monate)</p> <p>Keine Verblindung</p> <p>Drop-Out: > 20%</p>

Studie	Design	Population	Intervention/Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Henkin et al. Dietary treatment of hypercholesterolemia: do dietitians do it better? A randomized, controlled trial. Am J Med 2000; 109 (7): 549-55.</p>	<p>RCT Interventionsdauer 3 Monate, Follow Up 12 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit von Ernährungsberatung im Vergleich zur Standardversorgung bei Patienten mit Hypercholesterinämie hinsichtlich Cholesterinwerten, Körpergewicht.</p>	<p>136 Patienten mit Hypercholesterinämie Drop-Out: 51% ITT Analyse</p>	<p>Intervention: Einmalige Einzelberatung durch Arzt im Umfang von 30 Minuten. Danach 2-4 Einzelberatungen durch Ernährungsberater über 3 Monate.</p> <p>Kontrollgruppe: Einmalige Einzelberatung durch Arzt im Umfang von 30 Minuten, danach Standardversorgung.</p>	<p>Cholesterinwerte (Gesamt, LDL, HDL, Triglyceride): Signifikante Verbesserung der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe.</p> <p>Körpergewicht: Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.</p>	<p>Keine Verblindung Drop-Out: >50%</p>

Studie	Design	Population	Intervention/Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Hjermann et al. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Report from the Oslo Study Group of a randomised trial in healthy men. Lancet 2(8259):1303-1310, 1981.</p> <p>Holme et al. Effect of dietary and antismoking advice on the incidence of myocardial infarction: a 16-year follow-up of the Oslo Diet and Antismoking Study after its close. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2006; 16 (5): 330-8.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer 5 Jahre, Follow-up 21 Jahre</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit von Ernährungsberatung im Vergleich zu keiner Beratung bei Männern mit erhöhtem Risiko für koronare Herzerkrankungen hinsichtlich der Inzidenz von Myokardinfarkten und Gesamtmortalität.</p>	<p>1232 Männer mit erhöhtem Risiko für koronare Herzerkrankungen (oberstes Quartil Risikoscore)</p> <p>Drop Out: 4%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: Einmalige Einzelberatung durch Ernährungsberater (30 Minuten) zu Studienbeginn, Kontrolluntersuchungen mit Feedback alle 6 Monate über 5 Jahre, zzgl. optionale Gruppenberatungen (keine Angaben zum genauen zeitlichen Umfang).</p> <p>Kontrollgruppe: Keine Beratung</p>	<p>Myokardinfarkt: Signifikante weniger MI in Interventionsgruppe versus Kontrollgruppe nach 10 und 15 Jahren, aber nicht nach 5 und 20 Jahren.</p> <p>Gesamtmortalität: Keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>Lange Laufzeit</p>

Studie	Design	Population	Intervention/Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Johnston et al. Diet modification in lowering plasma cholesterol levels. A randomised trial of three types of intervention. Med J Aust 1995; 162 (10): 524-6.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow-Up 6 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit von Ernährungsberatung, individuell oder in Gruppen, im Vergleich zur Standardversorgung bei Patienten mit Hypercholesterinämie hinsichtlich Cholesterinwerten und Körpergewicht.</p>	<p>179 Patienten mit Hypercholesterinämie:</p> <p>Drop-Out: 27%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Interventionsgruppe 1: 3 Gruppenberatungen durch Ernährungsberater im Umfang von je 90 Minuten über 6 Monate.</p> <p>Interventionsgruppe 2: 3 Einzelberatungen durch Ernährungsberater über 6 Monate.</p> <p>Kontrollgruppe: Standardversorgung</p>	<p>Cholesterinwerte (Gesamt, LDL, HDL, Triglyceride), Körpergewicht: Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.</p>	<p>Laufzeit < 1 Jahr (6 Monate)</p> <p>Keine Verblindung</p> <p>Drop-Out: > 20%</p>

Studie	Design	Population	Intervention/Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Moy et al. Dietary counselling for high blood cholesterol in families at risk of coronary disease. <i>Prev Cardiol</i> 2001; 4 (4): 158-64.</p>	<p>RCT Interventionsdauer und Follow Up 24 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zu Standardversorgung bei Patienten mit hohem Risiko für koronare Herzerkrankung (KHK) hinsichtlich Cholesterinwerten, Blutdruck, BMI, Ernährung (Fett, Cholesterin, Kalorien).</p>	<p>235 Patienten mit positiver Familienanamnese für KHK und Hypercholesterinämie oder Hypertonie oder antihypertensive Medikation oder Rauchen</p> <p>Drop-Out: 23% (Fehlende Werte durch Baseline Werte ersetzt)</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: Ca 15 Einzelberatungen durch Ernährungsberater im Umfang von 120 Minuten (Erstberatung), und 45-60 Minuten (Folgeberatungen). Zusätzliche optionale telefonische Beratungen.</p> <p>Kontrollgruppe: Standardversorgung und Hausärzte erhalten drei detaillierte Empfehlungen zum Risikomanagement der Patienten zur Baseline, nach 12 und 24 Monaten.</p>	<p>Cholesterinwerte (LDL, HDL, Triglyceride): Signifikante Verbesserung der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe bzgl. LDL Werten Keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bzgl. HDL- und Triglyceridwerten</p> <p>Kalorien-, Fett-, Cholesterinaufnahme: Signifikante Verbesserung in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe.</p> <p>BMI: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.</p>	<p>Keine Verblindung Drop-Out: > 20%</p>

Studie	Design	Population	Intervention/Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Neil et al. Randomised trial of lipid lowering dietary advice in general practice: the effects on serum lipids, lipoproteins, and antioxidants. <i>BMJ</i> 1995; 310 (6979): 569-73.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer 8 Wochen, Follow Up 6 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung durch Ernährungsberater im Vergleich zur Ernährungsberatung durch Pflegekräfte und Standardversorgung hinsichtlich Cholesterinwerten und BMI.</p>	<p>309 Patienten mit Hypercholesterinämie:</p> <p>Drop-Out: 10%</p> <p>ITT-Analyse</p>	<p>Interventionsgruppe 1: 2 Einzelberatungen durch Ernährungsberater im Umfang von 1x 30 Minuten und 1x 10 Minuten über 8 Wochen.</p> <p>Interventionsgruppe 2: 2 Einzelberatungen durch Pflegekraft im Umfang von 1x 30 Minuten und 1x 10 Minuten über 8 Wochen.</p> <p>Kontrollgruppe: Standardversorgung und schriftliche Informationen.</p>	<p>Cholesterinwerte (Gesamt, LDL, HDL, Triglyceride), BMI: Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.</p>	<p>Laufzeit < 1 Jahr (6 Monate)</p> <p>Auswerter verblindet</p> <p>Interventionsdauer < 60 Minuten</p>

Studie	Design	Population	Intervention/Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Rhodes et al. Intensive nutrition counseling enhances outcomes of National Cholesterol Education Program dietary therapy. J Am Diet Assoc 1996; 96 (10): 1003-10.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow Up 3 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zu Kurzberatung, Informationsmaterialien, und keiner Beratung bei Patienten mit Hypercholesterinämie hinsichtlich Cholesterinwerten, BMI, Ernährung, Wissen.</p>	<p>104 Patienten mit Hypercholesterinämie</p> <p>Drop-Out: 7%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention 1: Einmalige Beratung durch Ernährungsberater im Umfang von 60 Minuten.</p> <p>Intervention 2: Wie Intervention 1 und zusätzlich zwei weitere Beratungen im Umfang von je 30 Minuten in der 3. und 7. Woche.</p> <p>Kontrollgruppe 1: Schriftliches Informationsmaterial und 10minütiges Video.</p> <p>Kontrollgruppe 2: Keine Beratung</p>	<p>Cholesterinwerte (Gesamt, LDL, HDL, Triglyceride): Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen mit Ausnahme der Triglyceridwerte.</p> <p>BMI, Ernährung, Wissen: Signifikante Verbesserung in Interventionsgruppen versus Kontrollgruppen.</p>	<p>Laufzeit < 1 Jahr (3 Monate)</p> <p>Keine Verblindung</p> <p>4 Studiengruppen, aber aufgrund Fallzahl gemeinsame Auswertung für Interventions- versus Kontrollgruppen.</p>

Studie	Design	Population	Intervention/Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Shannon BM et al. Reduction of elevated LDL-cholesterol levels of 4- to 10-year-old children through home-based dietary education. Pediatrics 1994; 94 (6 Pt 1): 923-7.</p> <p>Mit Folgepublikationen:</p> <p>McKenzie et al. Change in nutrient intakes, number of servings, and contributions of total fat from food groups in 4- to 10-year-old children enrolled in a nutrition education study. J Am Diet Assoc 1996; 96 (9): 865-73.</p> <p>Tershakovec et al. Growth of hypercholesterolemic children completing physician-initiated low-fat dietary intervention. J Pediatr 1998; 133 (1): 28-34.</p> <p>Tershakovec et al. One-Year Follow-Up of Nutrition Education for Hypercholesterolemic Children. American Journal of Public Health, February 1998, Vol. 88, No. 2</p> <p>Dixon et al. Diet quality of young children who received nutrition education promoting lower dietary fat. Public Health Nutr 2000; 3 (4): 411-6.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow-Up 12 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zu einem Selbstschulungsprogramm und zur Standardversorgung bei Kindern mit Hypercholesterinämie hinsichtlich Cholesterinwerten, Körpergewicht, Ernährungsverhalten und Ernährungswissen.</p>	<p>261 Kinder im Alter von 4 bis 10 Jahren mit Hypercholesterinämie</p> <p>Drop Out: 13%</p> <p>ITT-Analyse</p>	<p>Intervention: Eine Einzelberatung durch Ernährungsberater für Kind + Eltern im Umfang von 60 Minuten, zusätzlich schriftliche Informationen und optionale telefonische Beratung.</p> <p>Kontrollgruppe 1: Häusliches Eltern-Kind-Selbstschulungsprogramm bestehend aus Hörbuchgeschichten, schriftlichen Informationen und Übungen/Spielen.</p> <p>Kontrollgruppe 2: Standardversorgung</p>	<p>Cholesterinwerte (LDL), Körpergewicht, Fettaufnahme, Wissen: Kein signifikanter Unterschied zwischen der Interventionsgruppe und beiden Kontrollgruppen.</p>	<p>Keine Verblindung</p>

<p>Wood et al. The effects on plasma lipoproteins of a prudent weight-reducing diet, with or without exercise, in overweight men and women. N Engl J Med 1991; 325 (7): 461-6.</p>	<p>RCT Interventionsdauer und Follow Up 12 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung bzw. Ernährungsberatung plus körperlichem Training im Vergleich zur Standardversorgung bei Patienten mit erhöhten Cholesterinwerten und Übergewicht hinsichtlich Cholesterinwerten, Körpergewicht, Bauch-Hüft Umfang, Blutdruck, Ernährung (Fett, Cholesterin, Kalorien), aerobische Kapazität.</p>	<p>264 Patienten mit moderatem Übergewicht</p> <p>Drop Out: 13%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention 1: 24 Gruppenberatungen durch Ernährungsberater, 12 in den ersten 3 Monaten, 6 in den nächsten 3 Monaten</p> <p>Intervention 2: Wie Interventionsgruppe plus 3x wöchentliches Trainingsprogramm (schnelles Gehen, Jogging) in den ersten 3 Monaten</p> <p>Kontrollgruppe 2: Standardversorgung</p>	<p>Cholesterinwerte (Gesamt, LDL, HDL, Triglyceride): Frauen: Signifikante Verbesserung in der Interventionsgruppe 1 im Vergleich zur Kontrollgruppe.</p> <p>Blutdruck: Signifikante Verbesserung in beiden Interventionsgruppen im Vergleich zur Kontrollgruppe.</p> <p>Körpergewicht: Signifikante Verbesserung in beiden Interventionsgruppen im Vergleich zur Kontrollgruppe</p> <p>Bauch-Hüft Umfang: Männer: Signifikante Verbesserung in beiden Interventionsgruppen im Vergleich zur Kontrollgruppe. Frauen: Signifikante Verbesserung in Interventionsgruppe 2 im Vergleich zur Kontrollgruppe.</p> <p>Aerobische Kapazität: Signifikante Verbesserung in Interventionsgruppe 2 im Vergleich zur Interventionsgruppe 1 und zur Kontrollgruppe</p>	<p>Keine Verblindung</p>
---	---	--	---	--	--------------------------

B-4.3.3 Bewertung des Nutzens der Ernährungsberatung bei der Indikation Hypercholesterinämie/Hyperlipidämie

Es konnten insgesamt 13 Studien zur Indikation Hypercholesterinämie/Hyperlipidämie eingeschlossen werden. Die Qualität der Studien ist eingeschränkt: So fand eine verborgene Zuweisung der Patienten zu den Gruppen oder eine verblindete Erfassung der Endpunkte zumeist nicht statt. Die Validität der Ergebnisse wird eingeschränkt durch den teilweise hohen Anteil an Studienabbruchern. Sensitivitätsanalysen, in denen die Ergebnisse unter Einbeziehung verschiedener möglicher Ergebnisse für die Studienabbrucher (z. B. durchschnittliche Veränderung, keine Veränderung, Verschlechterung) modelliert werden, wurden in den Studien nicht vorgenommen. Die in den Studien untersuchten Ernährungsberatungen unterscheiden sich darüber hinaus bezüglich zeitlichem Umfang, Art der Durchführung (Gruppen- oder Einzelberatungen, teils ergänzt durch Telefonkontakte) sowie den konkreten Inhalten und Zielstellungen der Beratungen. Patientenrelevante Endpunkte wurden in den berücksichtigten Studien lediglich in zwei Studien untersucht. Hjermann/ Holme konnten jedoch keinen Vorteil der Intervention hinsichtlich Mortalität und Myokardinfarkt zeigen. Hinsichtlich der Lebensqualität konnte die Studie von Delahanty et al. 2002 lediglich auf einer von vier Subskalen einen signifikanten Vorteil durch die Intervention zeigen. Auch bezüglich der überwiegend erfassten Surrogatparameter konnte kein eindeutiger Vorteil durch die Ernährungsberatung gezeigt werden.

Hinsichtlich der Cholesterinwerte wird eine LDL-Senkung möglichst auf Werte um 100 mg/dl, zumindest aber unter 130 mg/dl, empfohlen und ist als klinisch relevant anzusehen. Die Mehrzahl der bewerteten Studien zeigte keine signifikanten Veränderungen der Blutfettwerte, insbesondere der wichtigen LDL-Werte durch die Ernährungsintervention. Eine bei Frauen und Männern gleichermaßen signifikante Verbesserung der LDL-Cholesterinwerte durch die Ernährungsintervention zeigte nur eine Studie (Moy 2001). Bei Moy 2001 konnte das LDL-C in der Interventionsgruppe um ca. 15% gesenkt werden, während in der Kontrollgruppe nur eine Senkung um ca. 10 % erzielt wurde. Bei Wood 1991 sank das LDL in der Interventionsgruppe um ca. 9 % während es in der Kontrollgruppe nahezu unverändert blieb. Die Aussagekraft von Wood 1991 wird dadurch eingeschränkt, dass signifikante Unterschiede in dieser Studie nur für Frauen nachgewiesen werden konnten. Keine der bewerteten Studien hat gezeigt, dass alleinige Ernährungsberatung bei einer Hypercholesterinämie zu der im Rahmen einer Krankenbehandlung therapeutisch gewünschten deutlichen Erniedrigung des LDL-Cholesterins führt.

Der Nutzen einer alleinigen Ernährungsberatung hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte lässt sich aufgrund der berücksichtigten Studien nicht belegen. Auch die Wirksamkeit hinsichtlich der Veränderung von Surrogatparametern lässt sich nicht belegen.

B-4.3.4 Bewertung der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung bei der Indikation Hypercholesterinämie/Hyperlipidämie

Erhöhte Blutfettwerte stellen vor allem ein Risiko für die Entwicklung von kardiovaskulären Erkrankungen dar und erfordern entsprechende Interventionen. Diese Interventionen betreffen sowohl umfassende Lebensstiländerungen als auch medikamentöse Therapien. Auf Grund der Bewertung der vorliegenden Unterlagen unter Berücksichtigung der medizinischen Relevanz, des Spontanverlaufs der Erkrankung und der therapeutischen Alternativen (s. 2. Kap. § 13 Abs. 3 in Verbindung mit § 10 Abs. 2 und § 11 Abs. 6 VerfO) kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass für eine alleinige Ernährungsberatung bei Patienten mit Hypercholesterinämie/Hyperlipidämie die medizinische Notwendigkeit nicht gegeben ist.

B-4.4 Schwerpunkt Hypertonie

B-4.4.1 Hintergrund

Von einer arteriellen Hypertonie ist nach Definition der WHO auszugehen bei einem dauerhaften systolischen Blutdruck von höher als 140 mmHg oder einem diastolischen Blutdruck größer als 90 mmHg. Die primäre oder essentielle Hypertonie ist auf erbliche Anlagen und/oder äußere Risikofaktoren (wie z. B. Übergewicht oder Alkoholkonsum) zurückzuführen. Hiervon ist mit etwa 85 - 95% der größte Teil der Patienten betroffen. Die sekundäre Hypertonie ist auf andere Erkrankungen, wie z. B. Erkrankungen der Nieren (Erkrankungen der Nierenarterien und des Nierengewebes), des endokrinen Systems (u.a. Erkrankungen der Nebenniere, des ZNS, der Nebenschilddrüse), der Gefäße (u.a. Verengung der Aorta) oder das Schlaf-Apnoe-Syndrom zurückzuführen (Bergert 2010, NICE 2006).

Die Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) der Hypertonie liegt bei 10 - 50 % der Gesamtbevölkerung. Die Häufigkeit steigt mit dem Alter an. Über 20 % der Mitteleuropäer haben einen stark erhöhten systolischen Blutdruck von über 160 mmHg, bei den über 80-Jährigen liegt dieser Anteil sogar bei 30 %. Bei den über 60-jährigen weist nur noch etwa jeder Vierte normale Blutdruckwerte auf mit überwiegendem Frauenanteil von etwa 4 : 3 (RKI 2006)

Folgen von Hypertonie sind kardio- und zerebrovaskuläre Erkrankungen (u. a. Schlaganfall, Herzinsuffizienz, KHK, Arteriosklerose, Aortenaneurysma), Niereninsuffizienzen und Erkrankungen des Auges. Zur korrekten Einschätzung von Folgeerkrankungen und der Einleitung einer sachgerechten Therapie werden neben der Hypertonie weitere Faktoren erfasst, wie z. B. Alter, Rauchen, körperliche Inaktivität, Dyslipidämie, Familienanamnese der frühzeitigen kardiovaskulären Erkrankungen, Adipositas, erhöhte Blutzuckerwerte bzw. pathologische Glucosetoleranz. Mit diesen Informationen lässt sich ein kardiovaskuläres Gesamtrisiko darstellen, an dem sich therapeutische Strategien ausrichten.

Die Behandlung der Hypertonie orientiert sich einerseits an der Schwere der Erkrankung, andererseits an weiteren vorhandenen Risikofaktoren und ggf. bereits vorhandenen Begleiterkrankungen. Wichtig sind die Senkung des Blutdrucks und die Therapie aller zusätzlichen Risikofaktoren:

- Bei allen Hypertonikern sollte der Blutdruck mindestens auf Werte unter 140 / 90 mmHg gesenkt werden.
- Der Zielblutdruck sollte kleiner als 130 / 80 mmHg sein bei Diabetikern und Hypertonikern mit hohem oder sehr hohem kardiovaskulären Risiko.
- Bei Patienten mit Niereninsuffizienz und einer Proteinurie > 1 g/Tag wird ein Zielblutdruck von kleiner als 125 / 75 mmHg als erforderlich angesehen.

Hauptziel der Behandlung ist die Reduktion des kardiovaskulären Gesamtrisikos.

Bei einem leicht erhöhten oder mäßig erhöhten Risiko erfolgt zunächst die Veränderung des Lebensstils bzw. der Lebensweise für definierte Zeiträume mit einer festgelegten ärztlichen Therapiekontrolldichte. Dies bezieht sich auf die Bereiche Nikotinkarenz, Gewichtsreduktion, Reduzierung des Alkoholkonsums, ausreichende körperliche Aktivität, Reduktion von Kochsalzkonsum, Ernährung mit Obst/Gemüse, wenig tierische und gesättigt Fette. Bei Fortbestehen der Hypertonie werden zusätzlich medikamentöse Maßnahmen eingeleitet. Ein stark erhöhtes Risiko bzw. ein sehr stark erhöhtes Risiko erfordert neben einer Veränderung des Lebensstils bzw. der Lebensweise gleichzeitig eine medikamentöse Therapie (ESH 2009; DHL 2008; Bergert 2010 NICE 2006).

B-4.4.2 Zusammenfassung der Studienergebnisse zur Indikation Hypertonie

Eingeschlossene Studien

Zum Indikationsgebiet Hypertonie wurden insgesamt acht randomisiert-kontrollierte Studien mit insgesamt N=1839 Patienten in die Nutzenbewertung einbezogen. Die Laufzeit und die Interventionsdauer der Studien reichte von drei bis 48 Monaten, der genaue zeitliche Umfang wurde in den Publikationen nicht angegeben. In zwei Studien erfolgten die Beratungen in Form von Einzelberatungen und in drei Studien wurden sowohl Gruppen- als auch Einzelberatungen eingesetzt (drei Studien machten keine Angaben zur Form der Beratung). Die Interventionen wurden in sieben Studien von Ernährungsberatern, in einer Studie von durch Ernährungsberater geschultes Pflegepersonal durchgeführt.

Studiendesign

Von den acht Studien hatten fünf Studien eine Kontrollgruppe, drei Studien hatten zwei Kontrollgruppen. Die Kontrollgruppen erhielten in drei Studien mündliche oder schriftliche Beratung, in zwei Studien eine verkürzte oder Minimalberatung und in drei Studien keinerlei Beratung.

Endpunkte

Endpunkte der Studien waren Veränderungen des Blutdrucks, der Blutdruckmedikation, des Körpergewichts bzw. des BMI und des Salzkonsums.

Für den Endpunkt Blutdruck/ Blutdruckmedikation liegen Ergebnisse aus allen acht Studien vor. Keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe werden aus drei Studien berichtet. Diese Studien zeigen zwar eine Verringerung des Blutdrucks im Zeitverlauf, allerdings sinken die Werte sowohl in den Interventions- als auch in den Kontrollgruppen.

Ergebnisse

In fünf Studien zeigte sich ein statistisch signifikanter Effekt der Intervention auf den Blutdruck oder die Blutdruckmedikation.

- In der Studie von Beckmann et al. 1995 war nach 18 Monaten der diastolische Blutdruck in der Interventionsgruppe von 102,9 mmHg auf 94,3 mmHg (- 8,6), in der Kontrollgruppe mit regelmäßigem Monitoring des Blutdrucks von 102,5 mmHg auf 97,0 mmHg (- 5,5), und in der Kontrollgruppe ohne Behandlung von 102,3 mmHg auf 96,7 mmHg (- 5,6) gesunken.
- In der Studie von Croft et al. 1986 war nach sechs Monaten in der Interventionsgruppe der systolische Blutdruck von 161 mmHg auf 150 mmHg (- 11) und der diastolische Blutdruck von 98 mmHg auf 91 mmHg (- 7) gesunken, in der Kontrollgruppe war der systolische Blutdruck von 161 mmHg auf 157 mmHg (- 4) und der diastolische Blutdruck von 96 mmHg auf 95 mmHg (- 1) gesunken.
- In der Studie von Jones et al. 1999 konnte der systolische und diastolische Zielblutdruck über 30 Monate in der Interventionsgruppe mit weniger Steigerungen der Antihypertensiva-Behandlung erreicht werden als in der Kontrollgruppe.
- In der Studie von Langford et al. waren nach 56 Wochen in der Interventionsgruppe (Gewichtsreduktion) 40% der Patienten auf Antihypertensiva angewiesen, in der Kontrollgruppe 65%.
- In der Studie von Stamler et al. 1987 waren nach vier Jahren 39% der Interventionsgruppe ohne Einnahme von Antihypertensiva normotensiv, in der Kontrollgruppe 5%.

Veränderungen des Körpergewichts bzw. des BMI wurden in sechs der acht Studien erfasst. In einer Studie fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Ein statistisch signifikanter Unterschied wird aus fünf Studien berichtet:

- In der Studie von Croft et al. 1986 war das Körpergewicht nach sechs Monaten in der Interventionsgruppe um 6,5 kg und in der Kontrollgruppe um 0,2 kg gesunken.
- In der Studie von Korhonen et al. 2003 war der Körpergewicht in der Interventionsgruppe nach zwei Jahren um 1,8 kg und in der Kontrollgruppe um 0,2 kg gesunken.
- In der Studie von Langford et al. 1985 war das Körpergewicht bei Patienten mit Übergewicht in der Interventionsgruppe um 4,0 kg und in der Kontrollgruppe um 0,5 kg gesunken.
- In der Studie von Ramsay et al. 1978 war das Körpergewicht nach zwölf Monaten in der Interventionsgruppe um 5,1 kg und in der Kontrollgruppe mit ärztliche Empfehlung zur Gewichtsabnahme um 2,2 kg gesunken.
- In der Studie von Stamler et al. 1987 war das Körpergewicht nach vier Jahren in der Interventionsgruppe um 1,8 kg gesunken, in beiden Kontrollgruppen um 2,0 kg gestiegen.

In drei Studien wurden Veränderungen des Salzkonsums gemessen. In allen Studien fand sich eine signifikant größere Reduktion der Salzaufnahme in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. In der Studie von Korhonen et al. 2003 wurden darüber hinaus Veränderungen der Lipidwerte erfasst. Sowohl das Gesamtcholesterin als auch das LDL ging in der Interventionsgruppe stärker zurück als in der Kontrollgruppe (-0,18 mmol/L bzw. -0,14 mmol/L).

Tabelle 7: Eingeschlossene Studien zu Hypertonie

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Beckmann et al. Effect of dietary counselling on blood pressure and arterial plasma catecholamines in primary hypertension. Am J Hypertens 1995; 8 (7): 704-11.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer 6 Monate, Endpunkte nach 18 Monaten</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zu keiner Behandlung und Monitoring bei Patienten mit Hypertonie hinsichtlich Blutdruck.</p>	<p>95 männliche Patienten mittleren Alters mit leichter bis mittlerer Hypertonie</p> <p>Drop Out: 1%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: 1 Beratung durch Ernährungsberater bzgl. Salz- und Gewichtsreduktion zu Studienbeginn, zzgl. 2-Wochen Vorrat salzarmer Kost, für Patienten mit Übergewicht bzw. erhöhten Cholesterinwerten, 1 weitere Beratung nach 3 Monaten (keine Angaben ob Einzel- oder Gruppenberatung).</p> <p>Kontrollgruppe 1: Nur Monitoring des Blutdrucks</p> <p>Kontrollgruppe 2: Keine Behandlung</p>	<p>Blutdruck: Signifikante Reduktion des Blutdrucks in Interventions- versus Kontrollgruppen 1 und 2.</p>	<p>Keine Verblindung</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Croft et al. How useful is weight reduction in the management of hypertension? J R Coll Gen Pract 1986; 36 (291): 445-8.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer 6 Monate, Endpunkte nach 6 Monaten</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zu Standardversorgung bei Patienten mit Hypertonie hinsichtlich Blutdruck und Körpergewicht.</p>	<p>130 Patienten mittleren Alters mit Hypertonie und Übergewicht</p> <p>Drop Out: 25% (Missings ersetzt durch letzten Messwert)</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: Einzelberatung durch Ernährungsberater bzgl. Gewichts-, Alkohol- und Salzreduktion (keine Angaben zur Anzahl der Beratungen).</p> <p>Kontrollgruppe: Allgemeine einmalige Hinweise zu Alkohol- und Salzreduktion durch behandelnden Arzt.</p>	<p>Blutdruck, Körpergewicht: Signifikante größere Reduktion in Interventions- versus Kontrollgruppe.</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>Laufzeit < 1 Jahr</p> <p>Drop Out > 20% (aber Missings ersetzt)</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Koopman et al. Dietary treatment of patients with mild to moderate hypertension in a general practice: a pilot intervention study (1). The first three months. J Hum Hypertens 1990; 4 (4): 368-71.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer 3 Monate, Endpunkte nach 3 Monaten</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zu keiner Behandlung bei Patienten mit Hypertonie hinsichtlich Blutdruck und Salzaufnahme.</p>	<p>35 Patienten mit leichter Hypertonie</p> <p>Drop Out: 14%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: Monatliche Beratung durch Ernährungsberater (keine Angaben ob Einzel- oder Gruppenberatung).</p> <p>Kontrollgruppe: Warteliste</p>	<p>Blutdruck: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.</p>	<p><40 Patienten</p> <p>Laufzeit < 1 Jahr (3 Monate)</p> <p>Keine Verblindung</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Korhonen et al. The effect of intensified diet counselling on the diet of hypertensive subjects in primary health care: a 2-year open randomized controlled trial of lifestyle intervention against hypertension in eastern Finland. <i>Prev Med</i> 2003; 36 (1): 8-1</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer 21 Monate, Endpunkte nach 24 Monaten</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zur Standardversorgung bei Patienten mit Hypertonie hinsichtlich Blutdruck, Körpergewicht, Lipidwerten, Ernährungsverhalten (Salz, Fett).</p>	<p>715 Patienten mit Hypertonie</p> <p>Drop Out: 28%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: 7 Einzelberatungen durch Pflegekräfte (geschult durch Ernährungsberater), und 2 Gruppenberatungen mit Arzt und Ernährungsberater, dazu schriftliches Feedback durch Ernährungsberater auf Ernährungsprotokolle (nach 1 Monat, 1 Jahr, 2 Jahre); Gesamtzeitraum 21 Monate.</p> <p>Kontrollgruppe: Standardversorgung</p>	<p>Blutdruck: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.</p> <p>Körpergewicht, Lipidwerte, Salzaufnahme: Signifikant größere Reduktion in Interventions- versus Kontrollgruppe.</p>	<p>Auswerter verblindet</p> <p>Drop-Out: > 20%</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Jones et al. The effect of weight loss intervention on antihypertensive medication requirements in the hypertension Optimal Treatment study. Am J Hypertens 1999; 12: 1175-80.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer 30 Monate, Endpunkte nach 30 Monaten</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zu einer Minimalberatung bei Patienten mit Hypertonie hinsichtlich Antihypertensiva-Einnahme und Körpergewicht.</p>	<p>112 übergewichtige Patienten ab 50 Jahren mit Hypertonie</p> <p>Drop Out: 9%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: 2x Einzelberatung (Baseline, nach 2-4 Wochen), danach Gruppensitzungen 2x monatlich in den ersten 3 Monaten, danach alle 3-6 Monate.</p> <p>Kontrollgruppe: Einmalige Beratung zu Beginn durch Krankenschwester mit dem Ziel Gewichtsreduktion.</p>	<p>Medikation: Signifikant geringere Antihypertensiva- Medikation in Interventionsgruppe versus Kontrollgruppe.</p> <p>Körpergewicht: Keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>Langes Follow Up</p> <p>Erfassung des primären Endpunkts (Medikation) problematisch.</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Langford et al. Dietary therapy slows the return of hypertension after stopping prolonged medication. JAMA 1985; 253 (5): 657-64.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer 56 Wochen, Endpunkte nach 56 Wochen (nach 8 Wochen Beratungen optional)</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zur Standardversorgung bei Patienten mit Hypertonie hinsichtlich Blutdruck und Antihypertensiva-Einnahme, Körpergewicht und Salzaufnahme.</p>	<p>496 Patienten mit Hypertonie und Einnahme von Antihypertensiva.</p> <p>Drop Out: Keine</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: Gruppenberatungen durch Ernährungsberater, 1x/Woche für 8 Wochen, danach 1x/Monat, zzgl optionale Einzelberatungen.</p> <p>Fokus Übergewichtige: Gewichtsreduktion oder Salzreduktion.</p> <p>Fokus Normalgewichtige: Salzreduktion</p> <p>Kontrollgruppe: Standardversorgung ohne Antihypertensiva.</p>	<p>Medikation: Signifikant geringere Antihypertensiva- Medikation in Interventionsgruppe Übergewicht/Gewichtsreduktion versus Kontrollgruppe.</p> <p>Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventionsgruppe Normalgewicht/Salzreduktion und Kontrollgruppe.</p> <p>Körpergewicht: Signifikant höhere Gewichtsreduktion in Interventionsgruppe Übergewicht/Gewichtsreduktion versus Kontrollgruppe.</p> <p>Salzaufnahme: Signifikant höhere Reduktion von Salzaufnahme in Interventionsgruppen mit Salzreduktion versus Kontrollgruppe.</p>	<p>Keine Verblindung</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Ramsay et al. Weight reduction in a blood pressure clinic. BMJ 1978; 2 (6132): 244-5.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer 12 Monate, Endpunkte nach 12 Monaten</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zu 2 Minimalberatungen bei Patienten mit Hypertonie hinsichtlich Blutdruck, Körpergewicht, Medikation.</p>	<p>67 Patienten mit Hypertonie und Übergewicht</p> <p>Drop Out: 27%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: Beratung durch Ernährungsberater (keine Angaben zur Anzahl der Beratungen und ob Einzel- oder Gruppenberatung).</p> <p>Kontrollgruppe 1: Ärztliche Empfehlung zur Gewichtsabnahme.</p> <p>Kontrollgruppe 2: Aushändigung schriftlicher Ernährungsinformation durch Arzt.</p>	<p>Blutdruck, Medikation: Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.</p> <p>Körpergewicht: Signifikant größere Reduktion in Interventions- versus Kontrollgruppe. 1</p>	<p>Auswerter verblindet</p> <p>Drop-Out: >20%</p> <p>Signifikante Gruppenunterschiede bzgl Blutdruck zur Baseline.</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Stamler et al. Nutritional therapy for high blood pressure. Final report of a four-year randomized controlled trial--the Hypertension Control Program. JAMA 1987; 257 (11): 1484-91.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer 4 Jahre, Endpunkte nach 4 Jahren</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zu keiner Behandlung bzw. Standardversorgung bei Patienten mit Hypertonie hinsichtlich Blutdruck, Körpergewicht und Salzaufnahme.</p>	<p>189 Patienten mit medikamentös kontrollierter Hypertonie, sowie Übergewicht oder erhöhter Salzkonsum.</p> <p>Drop Out: 9%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: Absetzen der Antihypertensiva und Einzelberatung durch Ernährungsberater 2x/Woche bis zur Zielerreichung bzgl Körpergewicht/ Salzaufnahme, danach 1x/Quartal.</p> <p>Kontrollgruppe 1: Absetzen der Antihypertensiva, keine Beratung.</p> <p>Kontrollgruppe 2: Weitere Einnahme der Antihypertensiva, keine Beratung.</p>	<p>Blutdruck: Signifikant mehr Patienten normotensiv in Interventions- versus Kontrollgruppe. 1</p> <p>Körpergewicht, Salzaufnahme: Signifikante Reduktion in Interventions- versus Kontrollgruppen 1 und 2.</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>Langes Follow Up</p>

B-4.4.3 Bewertung des Nutzens der Ernährungsberatung bei der Indikation arterielle Hypertonie

Es konnten insgesamt acht Studien zur Indikation Hypertonie eingeschlossen werden. Die Qualität der Studien ist eingeschränkt. So fand eine verborgene Zuweisung der Patienten zu den Studiengruppen in keiner der Studien statt und eine verblindete Erfassung der Endpunkte überwiegend nicht statt. In drei von acht Studien lagen die Drop-Out Raten über 20%. Sensitivitätsanalysen, in denen die Ergebnisse unter Einbeziehung verschiedener möglicher Ergebnisse für die Studienabbrecher (z. B. durchschnittliche Veränderung, keine Veränderung, Verschlechterung) modelliert werden, wurden in den Studien nicht vorgenommen. Die in den Studien untersuchten Ernährungsberatungen unterscheiden sich darüber hinaus bezüglich zeitlichem Umfang, Art der Durchführung (Gruppen- oder Einzelberatungen, teils ergänzt durch Telefonkontakte, sowie die konkreten Inhalte und Zielstellungen der Beratungen. Unklar ist weiterhin in welchem Umfang die ausgewerteten Studienteilnehmer tatsächlich an den Interventionen teilgenommen haben.

Die eingeschlossenen Studien zur Indikation Hypertonie haben keine patientenrelevanten Endpunkte untersucht. Hauptendpunkte der Studien waren Veränderungen des Blutdrucks und Veränderungen der Medikation zur Kontrolle des Blutdrucks sowie Veränderungen des Körpergewichts und des Ernährungsverhaltens (Reduktion des Salzkonsums). Signifikante Verringerungen des Blutdrucks bzw. der Blutdruckmedikation sowie des Körpergewichts konnten nicht in allen, aber in der Mehrzahl der Studien gezeigt werden. Allerdings wurde auch in den Interventionsgruppen der in den Leitlinien genannte Zielbereich für den Blutdruck nicht erreicht. Eine Reduktion des Kochsalzkonsums wurde in drei von drei Studien mit diesem Endpunkt erreicht.

Der Nutzen einer alleinigen Ernährungsberatung hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte lässt sich aufgrund der berücksichtigten Studien nicht belegen. Es gibt Hinweise auf die Wirksamkeit der Ernährungsberatung zur Blutdruckreduktion bei Hypertonikern.

B-4.4.4 Bewertung der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung bei der Indikation arterielle Hypertonie

Die arterielle Hypertonie ist auf Grund schwerwiegender Folgeerkrankungen wie Schlaganfall und Herzinfarkt als medizinische Problematik von hoher Relevanz einzustufen. Unbehandelt zeigt die Erkrankung in der Regel einen chronisch progredienten Spontanverlauf, der mit einem deutlich erhöhten Risiko für Folgeschäden einhergeht. Zur Therapie der arteriellen Hypertonie liegen umfassende Behandlungsleitlinien vor. Nach den relevanten Leitlinien gehört die Einhaltung eines gesunden Lebensstils zum anerkannten medizinischen Standard.

Dazu gehören das körperliche Training, die Gewichtsreduktion, die Reduktion der Kochsalzaufnahme, eine kaliumreiche Ernährung, die Restriktion des Alkohols sowie die Reduktion von Stress. Auf Grund der Bewertung der vorliegenden Unterlagen unter Berücksichtigung der medizinischen Relevanz, des Spontanverlaufs der Erkrankung und der therapeutischen Alternativen (s. 2. Kap. § 13 Abs. 3 in Verbindung mit § 10 Abs. 2 und § 11 Abs. 6 VerfO) kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass für eine alleinige Ernährungsberatung bei Patienten mit arterielle Hypertonie die medizinische Notwendigkeit nicht gegeben ist.

B-4.5 Schwerpunkt Niereninsuffizienz

B-4.5.1 Hintergrund

Die chronische Niereninsuffizienz ist ein in der Regel unheilbarer, langsam fortschreitender Verlust der Nierenfunktion. Von einer chronischen Niereninsuffizienz wird gesprochen, wenn über einen Zeitraum von drei Monaten die glomeruläre Infiltrationsrate unter einen bestimmten Wert fällt oder Eiweiß über den Urin ausgeschieden wird (NICE 2008).

Die Prävalenz der chronischen Niereninsuffizienz liegt bei etwa 11% in Europa und Nordamerika. Die Prävalenz steigt mit dem Lebensalter an. Daten aus den USA deuten auf einen Anstieg der Häufigkeit der chronischen Niereninsuffizienz in den vergangenen Jahren hin, und auch in Deutschland ist die Zahl der Patienten, die auf eine Dialyse angewiesen sind in den vergangenen Jahren deutlich angestiegen (SIGN 2008; Frei 2006 Bundesverband Niere).

Die häufigste Ursache von chronischer Niereninsuffizienz ist das Vorliegen eines Diabetes mellitus und Hypertonie. Auch bei Patienten, die ein metabolisches Syndrom aufweisen, ist das Risiko für eine chronische Niereninsuffizienz erheblich erhöht. Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz haben ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und Mortalität aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen. Weitere Folgen sind z.B. Hypertonie, Anämie, erhöhtes Risiko für Infektionen wie Lungenentzündungen, Bildung von Ödemen und akutes Nierenversagen. Zudem ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz erheblich reduziert (SIGN 2008).

Da Diabetes mellitus und Hypertonie die häufigsten Ursachen einer chronischen Niereninsuffizienz sind, ist die Vermeidung dieser Erkrankungen die wichtigste Maßnahme zur Prävention. Entsprechend gelten dieselben Präventionsmaßnahmen wie Vermeidung oder Reduktion von Übergewicht, ausreichende körperliche Aktivität, maßvoller Konsum von Kochsalz, Ernährung mit großem Anteil von Obst und Gemüse.

Ziele der Therapie der chronischen Niereninsuffizienz sind u.a. eine Minderung des progredienten Krankheitsverlaufs und die Vermeidung von kardiovaskulären Komplikationen.

Die wichtigsten Maßnahmen hierzu sind:

- die Behandlung der Grunderkrankung,
- die Vermeidung nephrotoxischer Substanzen,
- die Einstellung des arteriellen Blutdrucks auf niedrig-normale Werte,
- ernährungsbezogene Maßnahmen wie Proteinrestriktion, salzarme Kost bei Hypertonie und Ödemen, Begrenzung der Phosphataufnahme,
- die Prophylaxe / Therapie der renalen Osteopathie,
- die Behandlung kardiovaskulärer Risikofaktoren,

- die Nierenersatztherapie (SIGN 2008, NICE 2008).

B-4.5.2 Zusammenfassung der Studienergebnisse zur Indikation Niereninsuffizienz

Eingeschlossene Studien

Zur Indikation Niereninsuffizienz wurden vier Publikationen aus drei randomisiert-kontrollierten Studien mit insgesamt N=190 Patienten in die Nutzenbewertung einbezogen. Die Laufzeit der Studien lag bei drei bis sechs Monaten, der zeitliche Umfang der Intervention bei 40 bis ca. 260 Minuten.

Studiendesign

Die Interventionen erfolgten in Form von Einzelberatungen durch Ernährungsberater. Die Kontrollgruppen erhielten in allen Studien die Standardversorgung.

Endpunkte

Endpunkte der Studien waren Veränderungen der Lebensqualität, des Körpergewichts, des Phosphat- Kalzium- Parathormonspiegels, Körperzellmasse, der Energie- und Proteinaufnahme und des ernährungsbezogenen Wissens.

Ergebnisse

Zu dem Endpunkt Veränderungen des Phosphatspiegels liegen zwei signifikante Ergebnisse vor:

- In der Studie von Ashurst et al. war der Phosphatspiegel nach drei Monaten in der Interventionsgruppe von 1,96 mmol auf 1,60 mmol, in der Kontrollgruppe von 1,98 mmol auf 1,91 mmol gesunken.
- In der Studie von Ford et al. war der Phosphatspiegel nach 6 Monaten in der Interventionsgruppe von 2,20 mmol auf 1,68 mmol, in der Kontrollgruppe von 2,33 mmol auf 2,16 mmol gesunken. Das Produkt aus Phosphat- und Kalziumspiegel war in der Interventionsgruppe von 61 auf 47, in der Kontrollgruppe von 62 auf 60 gesunken.

Einen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Kalorienaufnahme berichtet die Studie von Campbell et al. Nach drei Monaten gab es in der Interventionsgruppe einen Anstieg um 11,4 Kilojoule pro Kilogramm Körpergewicht versus einen Rückgang von 6,3 Kilojoule pro Kilogramm Körpergewicht in der Kontrollgruppe. Nach der Studie von Ford et al. gab es nach sechs Monaten einen signifikanten Anstieg des ernährungsbezogenen Wissens in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe

Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Endpunkte Lebensqualität, Körpergewicht, Proteinaufnahme, Kalzium-/Parathormonspiegel und Körperzellmasse.

Tabelle 8: Eingeschlossene Studien zu Niereninsuffizienz

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Ashurst Ide B, Dobbie H. A randomized controlled trial of an educational intervention to improve phosphate levels in hemodialysis patients. J Ren Nutr 2003; 13 (4): 267-74.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer: einmalige Beratung Follow Up 3 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zur Standardversorgung bei Patienten mit Niereninsuffizienz auf den Phosphat-/Kalziumspiegel.</p>	<p>58 Patienten mit dialysepflichtiger Niereninsuffizienz (mindestens 12 Monate).</p> <p>Drop Out: 1%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: Einmalige Einzelberatung durch Ernährungsberater im Umfang von 40 Minuten.</p> <p>Kontrollgruppe: Standardversorgung</p>	<p>Phosphatspiegel: Signifikante Reduktion der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe.</p> <p>Kalziumspiegel: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>Kurze Laufzeit</p> <p>< 60 Patienten</p> <p>Kurze Intervention</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Campbell KL, Ash S, Davies PS, Bauer JD. Randomized controlled trial of nutritional counseling on body composition and dietary intake in severe CKD. Am J Kidney Dis 2008; 51 (5): 748-58.</p> <p>Campbell KL, Ash S, Bauer JD. The impact of nutrition intervention on quality of life in pre-dialysis chronic kidney disease patients. Clin Nutr 2008; 27 (4): 537-44.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow Up 3 Monate</p> <p>Fragestellung:</p> <p>Wirksamkeit von Ernährungsberatung im Vergleich zur Standardversorgung bei Patienten mit Niereninsuffizienz auf Körperzellmasse, Energie- und Proteinaufnahme, Körpergewicht und Lebensqualität.</p>	<p>62 Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz</p> <p>Drop-Out: 19% (für Körpergewicht und Lebensqualität: 24%)</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention:</p> <p>9 Einzelberatungen durch Ernährungsberater über 3 Monate, persönliche Erstberatung 60 Minuten, telefonische Folgeberatungen 15-30 Minuten (Gesamt ca 260 Minuten).</p> <p>Kontrollgruppe:</p> <p>Standardversorgung</p>	<p>Körperzellmasse, Proteinaufnahme, Körpergewicht:</p> <p>Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.</p> <p>Lebensqualität:</p> <p>Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- versus Kontrollgruppe bei 9 von 10 Skalen der spezifischen und 8 von 10 Skalen der allgemeinen Lebensqualität.</p> <p>Energieaufnahme:</p> <p>Signifikante Verbesserung in Interventions- versus Kontrollgruppe.</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>Kurze Laufzeit</p> <p>Drop Out > 20% (für Körpergewicht und Lebensqualität)</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Ford JC, Pope JF, Hunt AE, Gerald B. The effect of diet education on the laboratory values and knowledge of hemodialysis patients with hyperphosphatemia. J Ren Nutr 2004; 14 (1): 36-44.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow Up 6 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit von Ernährungsberatung im Vergleich zu Standardversorgung bei Patienten mit Niereninsuffizienz auf Wissen, Phosphat-, Kalziumspiegel, Produkt Phosphat/Kalzium und Parathormon (PTH).</p>	<p>70 Patienten mit dialysepflichtiger Niereninsuffizienz mit erhöhtem Phosphatspiegel.</p> <p>Drop-Out: 10%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: 6 Einzelberatungen durch Ernährungsberater im Umfang von je 20-30 Minuten über 6 Monate (Gesamt 120-180 Minuten).</p> <p>Kontrollgruppe: Standardversorgung</p>	<p>Wissen, Phosphatspiegel, Produkt Phosphat/ Kalzium: Signifikante Verbesserung in Interventions- versus Kontrollgruppe.</p> <p>Kalziumspiegel, PTH: Keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.</p>	<p>Keine Verblindung</p>

B-4.5.3 Bewertung des Nutzens der Ernährungsberatung bei Niereninsuffizienz

Zur Indikation Niereninsuffizienz konnten nur drei Studien mit kleinen Fallzahlen und kurzen Laufzeiten eingeschlossen werden. Die Qualität der Studien ist eingeschränkt: So fand eine verborgene Zuweisung der Patienten nur in zwei, eine verblindete Auswertung in keiner der drei Studien statt. In zwei Studien ist zudem die Vergleichbarkeit der Studiengruppen unklar.

Die Patienten befanden sich in den Stadien vier bis fünf der Erkrankung, waren somit schwer niereninsuffizient und zum Teil dialysepflichtig. Patientenrelevante Endpunkte wurden in den Studien nicht untersucht, mit Ausnahme der Studie von Campbell, die keinen Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Lebensqualität zeigen konnte. Hinsichtlich der Surrogatparameter wurde in zwei der drei Studien Veränderungen des Phosphatspiegels untersucht. Beide Studien konnten eine signifikante Verbesserung in der Interventionsgruppe zeigen. Eine Verbesserung des Ernährungsverhaltens konnte in einer der drei Studien gezeigt werden. Die Ergebnisse zu weiteren Endpunkten (Körpergewicht, Proteinaufnahme, Kalzium-/ Parathormonspiegel und Körperzellmasse) ergaben keine Verbesserung durch die Intervention.

Der Nutzen einer alleinigen Ernährungsberatung hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte lässt sich aufgrund der berücksichtigten Studien nicht belegen. Es gibt Hinweise auf die Wirksamkeit der Ernährungsberatung zur Senkung des Phosphatspiegels bei Patienten mit fortgeschrittener Niereninsuffizienz.

B-4.5.4 Bewertung der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung bei Niereninsuffizienz

Die chronische Niereninsuffizienz ist auf Grund schwerwiegender Folgeerkrankungen als medizinische Problematik von hoher Relevanz einzustufen. Die Erkrankung zeigt einen progredienten Verlauf, der mit einem deutlich erhöhten Risiko für Mortalität und Morbidität sowie eine Reduktion der Lebensqualität einhergeht. Zur Therapie der Niereninsuffizienz liegen umfassende Behandlungsleitlinien vor, die vor allem medikamentöse Behandlungen empfehlen. Auf Grund der Bewertung der vorliegenden Unterlagen unter Berücksichtigung der medizinischen Relevanz, des Spontanverlaufs der Erkrankung und der therapeutischen Alternativen (s. 2. Kap. § 13 Abs. 3 in Verbindung mit § 10 Abs. 2 und § 11 Abs. 6 VerfO) kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass für eine alleinige Ernährungsberatung bei Patienten mit Niereninsuffizienz die medizinische Notwendigkeit nicht gegeben ist.

B-4.6 Schwerpunkt Onkologische Erkrankungen

B-4.6.1 Hintergrund

Als Krebs werden pathologische Neubildungen von Gewebe bezeichnet. Unterschieden wird zwischen soliden Tumoren (Karzinome und Sarkome) und bösartigen Veränderungen des blutbildenden Systems (Hämoblastosen). Jedes Organ des Körpers kann von bösartigen Neubildungen befallen werden, jedoch sind die Krebshäufigkeiten verschiedener Organe sehr unterschiedlich.

Im Jahr 2006 lag der Anteil der Bevölkerung, der in den letzten fünf Jahren an Krebs erkrankt war, bei etwa 1,7%. Die häufigsten Varianten sind Brust-, Prostata-, Lungen- und Dickdarmkrebs. Die Prävalenz von Krebserkrankungen nimmt mit dem Alter zu. In 2006 waren 430.000 Menschen in Deutschland neu an Krebs erkrankt. Die Inzidenz von Krebserkrankungen hat in den letzten Jahren zugenommen. Dies wird vor allem auf demographische Gründe zurückgeführt und z. T. auf eine verstärkte Diagnostik (z. B. bei Prostatakrebs) (RKI 2010).

Als Ursachen von Krebs gelten – je nach Krebsart in unterschiedlichen Anteilen – genetische und umwelt- bzw. lebensstilbezogene Faktoren. Die wichtigsten lebensstilbezogenen Ursachen von Krebs können Rauchen, Alkoholkonsum, Übergewicht und Adipositas, körperliche Inaktivität und Ernährung sein. Die Sterblichkeit von Krebserkrankungen variiert stark je nach Art der Krebserkrankung. Die Fünfjahresüberlebensraten reichen von 90% bis zu unter 10%. Eine häufige Folge von Krebserkrankungen ist die sogenannte Tumorkachexie, ein Kräftemangel aufgrund von Gewichtsverlust und körperlicher Auszehrung. Weitere Folgen ergeben sich vor allem aus den Nebenwirkungen der Krebstherapie (Hiddemann 2010).

Die Möglichkeiten zur Prävention von Krebserkrankungen variieren nach Art des Krebses. Es wird geschätzt, dass sich etwa 30-40% der Krebserkrankungen durch entsprechende Lebensstilmaßnahmen vermeiden lassen. Die wichtigsten Maßnahmen zur Prävention sind:

- Nichtrauchen,
- niedriger Alkoholkonsum,
- Vermeidung von Übergewicht und Adipositas,
- Ernährung (Obst/Gemüse, Ballaststoffe),
- ausreichende körperliche Aktivität.

Behandlungsoptionen bei Krebserkrankungen sind chirurgische Verfahren, Strahlentherapie und medikamentöse Behandlung. Darüber hinaus stehen palliativmedizinische Maßnahmen zur Verfügung (Hiddemann 2010, RKI 2010).

B-4.6.2 Zusammenfassung der Studienergebnisse zur Indikation onkologische Erkrankungen

Eingeschlossene Studien

Zum Indikationsgebiet onkologische Erkrankungen wurden insgesamt 15 Publikationen aus zwölf Studien mit insgesamt N=4236 Patienten (davon N=3107 aus Pierce et al.) in die Nutzenbewertung einbezogen. Von den zwölf Studien waren sechs zu Brustkrebs, zwei zu Darmkrebs, eine Studie zu Gebärmutterhalskrebs, und drei Studien schlossen Patienten mit verschiedenen Krebsformen ein. Zu weiteren onkologischen Erkrankungen lagen keine vergleichenden Studien vor. Die Laufzeit der Studien reichte von drei bis 48 Monaten, die Dauer der Intervention von drei Monaten bis sieben Jahre. Zum exakten zeitlichen Umfang der Interventionen wurden nur in drei von 15 Publikationen genaue Angaben gemacht. In diesen Studien lag der Umfang der Intervention bei acht, 42 bzw. 55 Stunden. Die Interventionen wurden von Ernährungsberatern in Form von Einzel- oder Gruppenberatungen durchgeführt, zum Teil ergänzt durch Telefonkontakte oder schriftliche Informationen.

Studiendesign

Von den zwölf Studien hatten acht Studien eine Kontrollgruppe und vier Studien zwei Kontrollgruppen. Die Kontrollgruppen erhielten in sieben Studien die Standardversorgung oder eine Minimalberatung, in vier Studien alternative Interventionen (psychosoziale Beratung, Stressreduktion, Nahrungsergänzungsmittel) und in zwei Studien keinerlei Beratung.

Endpunkte

Endpunkte der Studien waren Mortalität, Tumorrezidiv, Reduktion von Lymphödemen, depressive Symptome, Nebenwirkungen von Radiotherapie, Lebensqualität, Veränderungen des Körpergewichts bzw. des BMI und das Ernährungsverhalten (Tabelle 9: Eingeschlossene Studien zu onkologischen Erkrankungen).

Ergebnisse

Für den Endpunkt Mortalität liegen Ergebnisse aus zwei Studien vor. Beide Studien konnten keinen Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich des Überlebens feststellen. In der Studie von Pierce et al. wurden 3107 Patientinnen randomisiert einer Interventionsgruppe mit individualisierter telefonischer Ernährungsberatung oder einer Kontrollgruppe zugeteilt, die lediglich allgemeine Informationsbroschüren zu gesunder Ernährung erhielten. Nach einem Follow Up von sieben Jahren ergab sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Mortalität zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. In der Studie von Ovesen et al. erhielten 137 Patienten mit Brust-, Eierstock- oder Lungenkrebs über einen Zeitraum von zwei Jahren eine individualisierte Ernährungsberatung. Im Vergleich zur Standardversorgung ergab sich kein signifikanter Effekt hinsichtlich der Mortalität.

Weitere klinische Endpunkte wurden in fünf Studien erfasst. Keine signifikanten Unterschiede gab es hinsichtlich Tumorrezidiv bei Patientinnen mit Brustkrebs über einen Zeitraum von sieben Jahren. Signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe werden aus vier Studien berichtet:

- Nach der Studie von Shaw et al. ergab sich bei Frauen mit Brustkrebs nach zwölf Wochen eine größere Reduktion von Lymphödemen im Arm in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe.
- Nach der Studie von Scheier et al. gab es bei Frauen mit Brustkrebs nach 13 Monaten eine geringere depressive Symptomatik in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe mit Standardversorgung. Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen Ernährungsberatung und einer Kontrollgruppe mit psychosozialer Beratung.
- Nach zwei Studien von Ravasco et al. bei Patienten mit kolorektalem Karzinom bzw. Kopf-/Halstumoren unter Radiotherapie war nach drei Monaten der Schweregrad der Nebenwirkungen in der Interventionsgruppe geringer als in der Kontrollgruppe.

Die Endpunkte Körpergewicht oder BMI wurden in acht Studien erfasst, davon gab es in fünf Studien keinen signifikanten Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Ein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich des Körpergewichts bzw. BMI wird aus drei Studien berichtet:

- In der Studie von Djuric et al. bzw. Jen et al. war nach zwölf Monaten das Körpergewicht in der Interventionsgruppe mit Einzelberatung von 91,4 kg auf 83,4 kg (-8,0 kg) bzw. der BMI von 35,5 auf 32,5 (-3,0 BMI Punkte) gesunken versus einem Anstieg des Körpergewichts in der Kontrollgruppe von 95,0 kg auf 96,1 kg (+1,1 kg) bzw. des BMI von 34,9 auf 35,4 (+0,4 BMI Punkte).
- In der Studie von Shaw et al. war nach zwölf Wochen der BMI in der Interventionsgruppe von 33,3 auf 32,0 gesunken, in der Kontrollgruppe war der BMI zu Baseline und nach zwölf Wochen 30,0.
- In der Studie von Isenring et al. war das Ziel die Vermeidung von Gewichtsverlust. In dieser Studie war nach zwölf Wochen das Körpergewicht in der Interventionsgruppe von 74,8 kg auf 74,4 kg (-0,4 kg) gesunken, in der Kontrollgruppe von 77,6 kg auf 72,9 kg (-4,7 kg).

Zum Endpunkt Cholesterinwerte liegt eine Studie vor, die einen signifikanten Effekt der Intervention berichtet: In der Studie von Djuric et al. bzw. Jen et al. war nach zwölf Monaten das Gesamtcholesterin in der Interventionsgruppe mit Einzelberatung von 5,7 mmol/L (222mg/dL) auf 4,2 mmol/L (163 mg/dL), in der Kontrollgruppe von 4,5 mmol/L (173 mg/dL)

auf 4,1 mmol/L (157 mg/dL) gesunken (Baseline Unterschied zwischen den Gruppen signifikant). Das LDL war in der Interventionsgruppe von 3,6 mmol/L (139 mg/dL) auf 2,3 mmol/L (90 mg/dL), in der Kontrollgruppe von 2,9 mmol/L (111 mg/dL) auf 2,3 mmol/L (89 mg/dL) gesunken (Baseline Unterschied zwischen den Gruppen signifikant). Das HDL war in der Interventionsgruppe von 1,2 mmol/L (46,6 mg/dL) auf 0,9 mmol/L (32,7 mg/dL), in der Kontrollgruppe von 0,827 mmol/L (32,2 mg/dL) auf 0,776 mmol/L (30,2 mg/dL) gesunken. Die Veränderungen der Triglyceride zwischen den Gruppen waren nicht signifikant.

Zum Endpunkt Lebensqualität liegen Ergebnisse aus drei Studien vor. Die Studie von Ovesen et al. fand nach 24 Monaten bei Patienten mit Brust-, Eierstock- oder Lungenkrebs keinen signifikanten Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Ein signifikanter Unterschied wird aus zwei Studien berichtet:

- Die Studie von Scheier et al. fand bei Frauen mit Brustkrebs nach 13 Monaten einen signifikanten Unterschied zugunsten der Interventionsgruppe hinsichtlich der physischen, nicht aber hinsichtlich der psychischen Lebensqualität.
- Die Studie von Isenring et al. fand bei Patienten mit Karzinomen im Kopf-, Hals- oder Gastrointestinalbereich nach drei Monaten eine signifikante Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der Interventions- im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Der Kalorien- und/oder der Proteinkonsum wurde in sechs Studien erfasst. Davon fanden zwei Studien keinen signifikanten Unterschied zwischen den Studiengruppen hinsichtlich der Kalorienaufnahme. In vier Studien zeigte sich ein signifikanter Effekt der Intervention:

- In der Studie von Isenring et al. (mit dem Ziel einer Vermeidung von Unter- oder Fehlernährung) war nach zwölf Wochen die Kalorienaufnahme in der Interventionsgruppe von 2104 kcal/Tag auf 2190 kcal/Tag angestiegen, in der Kontrollgruppe von 2130 kcal/Tag auf 1953 kcal/Tag gesunken. Die Proteinaufnahme war in der Interventionsgruppe von 79 g/Tag auf 82 g/Tag gestiegen, in der Kontrollgruppe von 83 g/Tag auf 80 g/Tag gesunken.
- In der Studie von Ovesen et al. (mit dem Ziel einer Vermeidung von Unter- oder Fehlernährung) war nach fünf Monaten in der Interventionsgruppe die Kalorienaufnahme von 1840kcal/Tag auf 1984kcal/Tag angestiegen, in der Kontrollgruppe von 1793 kcal/Tag auf 1721 kcal/Tag gesunken. Die Proteinaufnahme war in der Interventionsgruppe von 61 g/Tag auf 69 g/Tag gestiegen, in der Kontrollgruppe von 59 g/Tag auf 58 g/Tag gesunken.

- In der Studie von Ravasco et al. zur Indikation kolorektales Karzinom (mit dem Ziel einer Vermeidung von Unter- oder Fehlernährung) war nach drei Monaten in der Interventionsgruppe die Kalorien- und Proteinaufnahme angestiegen, in der Kontrollgruppe gesunken (keine genauen Zahlen genannt).
- In der Studie von Ravasco et al. zur Indikation Kopf-/Halstumore (mit dem Ziel einer Vermeidung von Unter- oder Fehlernährung) war nach drei Monaten in der Interventionsgruppe die Kalorien- und Proteinaufnahme angestiegen, in der Kontrollgruppe gesunken (keine genauen Zahlen genannt).

Beide Studien zum Obst-/Gemüsekonsum berichten einen signifikanten Effekt der Intervention:

- In der Studie von Pierce et al. war nach sechs Jahren der Obst- und Gemüsekonsum in der Interventionsgruppe von 7,4 Portionen/Tag auf 9,2 Portionen/Tag angestiegen, in der Kontrollgruppe von 7,2 Portionen/Tag auf 6,2 Portionen/Tag gesunken.
- In der Studie von Rock et al. 2001 war nach sechs Monaten der Obst- und Gemüsekonsum in der Interventionsgruppe von 4,3 Portionen/Tag auf 5,7 Portionen/Tag gestiegen, versus 3,5 Portionen/Tag zu Baseline und nach sechs Monaten in der Kontrollgruppe.

Tabelle 9: Eingeschlossene Studien zu onkologischen Erkrankungen

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Djuric et al. Combining weight-loss counseling with the weight watchers plan for obese breast cancer survivors. <i>Obes Res.</i> 2002 Jul;10(7):657-65.</p> <p>Jen et al. Improvement of metabolism among obese breast cancer survivors in differing weight loss regimens. <i>Obes Res</i> 2004; 12 (2): 306-12.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow-Up 12 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit von Ernährungsberatung im Vergleich zur Minimalberatung bei adipösen Frauen mit Brustkrebs hinsichtlich Körpergewicht und Cholesterinwerten.</p>	<p>48 adipöse Frauen mit Brustkrebs Stadium I oder II in den letzten 4 Jahren (kein aktueller Brustkrebs).</p> <p>Drop Out: 19%</p> <p>Per Protocol Analyse</p>	<p>Intervention 1: 24 Einzelberatungen durch Ernährungsberater über 12 Monate, zzgl. optionales monatliches Gruppentreffen.</p> <p>Intervention 2: 52 Gruppenberatungen über 12 Monate im Rahmen eines Standard Weight-Watchers Programms.</p> <p>Intervention 3: Intervention 1 (ohne optionale Gruppenberatung) + Intervention 2.</p> <p>Kontrollgruppe: Schriftliche Informationen</p>	<p>Körpergewicht: Signifikant größere Reduktion in Intervention 1 und 3 im Vergleich zur Kontrollgruppe.</p> <p>Cholesterin (Gesamt, LDL; HDL, Triglyceride): Signifikant größere Reduktion in Intervention 1 im Vergleich zur Kontrollgruppe (ausgenommen Triglyceride).</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>Per Protocol Analyse</p> <p>< 60 Patienten</p> <p>Signifikante Unterschiede bzgl. Cholesterinwerten zwischen den Gruppen zur Baseline.</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Hebert et al. Change in women's diet and body mass following intensive intervention for early-stage breast cancer. J Am Diet Assoc 2001; 101 (4): 421-31.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer 4 Monate, Follow Up 12 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zu einem Stressreduktionsprogramm und Standardversorgung bei Frauen mit Brustkrebs hinsichtlich Ernährung und Körpergewicht.</p>	<p>180 Frauen mit der Diagnose Brustkrebs im Stadium I oder II in den letzten 2 Jahren</p> <p>Drop Out: 19%</p> <p>Per Protocol Analyse</p>	<p>Intervention: 2 Einzelberatungen und 15 Gruppensitzungen durch Ernährungsberater über 15 Wochen, insgesamt 42 Stunden.</p> <p>Kontrollgruppe 1: Stressreduktionsprogramm ähnlichen Umfangs</p> <p>Kontrollgruppe 2: Standardversorgung</p>	<p>Ernährung: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bzgl. Kalorienaufnahme.</p> <p>Signifikant niedrigere Fettaufnahme in Interventions- versus Kontrollgruppen.</p> <p>BMI: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppen bzgl. BMI.</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>Per Protocol Analyse</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Isenring et al. Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal or head and neck area. Br J Cancer 2004; 91 (3): 447-52.</p> <p>Isenring et al. Nutrition support using the American Dietetic Association medical nutrition therapy protocol for radiation oncology patients improves dietary intake compared with standard practice. J Am Diet Assoc 2007; 107 (3): 404-12.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow Up 12 Wochen</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zur Standardversorgung bei Patienten mit Krebserkrankung unter Strahlentherapie auf Körpergewicht, Ernährung und Lebensqualität.</p>	<p>60 Patienten mit Krebs im Kopf-, Hals oder Gastrointestinal-Bereich und Strahlentherapie.</p> <p>Drop Out: 10%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: 9 Einzelberatungen durch Ernährungsberater über 12 Wochen, sowie telefonischer Kontakt.</p> <p>Kontrollgruppe: Standardversorgung durch Pflegekräfte und maximal 2 Beratungen durch Ernährungsberater.</p>	<p>Körpergewicht: Signifikant geringerer Gewichtsverlust an Körpergewicht in der Interventions- versus Kontrollgruppe.</p> <p>Lebensqualität: Signifikant bessere Lebensqualität in Interventions- versus Kontrollgruppe.</p> <p>Ernährung: Signifikant höhere Kalorien- und Proteinaufnahme in der Interventions- versus Kontrollgruppe.</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>Kurze Laufzeit</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Loprinzi et al. Randomized trial of dietician counseling to try to prevent weight gain associated with breast cancer adjuvant chemotherapy. Oncology 1996; 53 (3): 228-32.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow-Up 6 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zur Standardversorgung hinsichtlich Verminderung der Gewichtszunahme bei Frauen mit rezidivierendem Mamma-Ca unter Chemotherapie.</p>	<p>109 prämenopausale Frauen mit reseziertem Mamma-Ca während der Chemotherapie</p> <p>Drop Out: 2%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: 6-8 Einzelberatungen durch Ernährungsberater über 6 Monate</p> <p>Kontrollgruppe: Standardversorgung durch ärztliches und Pflegepersonal.</p>	<p>Körpergewicht: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.</p>	<p>Keine Verblindung</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Ovesen et al. Effect of dietary counseling on food intake, body weight, response rate, survival, and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy: a prospective, randomized study. J Clin Oncol 1993; 11 (10): 2043-9.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow Up 5 Monate (für Mortalität 2 Jahre)</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zur Standardversorgung bei Patienten mit Brust-, Eierstock- oder Lungenkrebs unter Chemotherapie hinsichtlich Mortalität, Lebensqualität, Körpergewicht, Ernährung.</p>	<p>137 Patienten mit Brust-, Eierstock- oder Lungenkrebs</p> <p>Lebenserwartung > 3 Monate</p> <p>Drop Out: 23%</p> <p>Per Protocol Analyse</p>	<p>Intervention: 29 Einzelberatungen durch Ernährungsberater, 2x monatlich über 5 Monate danach 1x monatlich</p> <p>Kontrollgruppe: Standardversorgung (Hinweise durch ärztliches Personal nach Belieben).</p>	<p>Mortalität, Lebensqualität, Körpergewicht: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.</p> <p>Ernährung: Signifikant höhere Kalorien- und Proteinaufnahme in der Interventions- versus Kontrollgruppe.</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>Per Protocol Analyse</p> <p>Drop-out > 20%</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Pakiz et al. Quality of life and diet intervention in individuals at risk for recurrence of colorectal adenomas. <i>Psychooncology</i>. 2005 Feb;14(2):85-93.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow-Up 12 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zu Standardversorgung bei Patienten mit Entfernung von kolorektalen Adenomen oder Polypen in den letzten 6 Monaten hinsichtlich Lebensqualität.</p>	<p>77 Patienten mit Entfernung von kolorektalen Adenomen oder Polypen in den letzten 6 Monaten (keine Karzinome in den letzten 5 Jahren).</p> <p>Drop Out: 5%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: Telefonische Einzelberatungen, im ersten Monat täglich, Monat 2-3 3-7x/Woche, Monat 4-12 8-10x/Monat (insgesamt ca. 55 Stunden), zzgl. schriftliche Informationen und optionale Kochkurse.</p> <p>Kontrollgruppe: Schriftliche Informationen</p>	<p>Lebensqualität: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe auf 9 von 10 Skalen.</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>Keine Angaben zur Qualifikation der Berater.</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Pierce et al. Telephone counseling intervention increases intakes of micronutrient- and phytochemical-rich vegetables, fruit and fiber in breast cancer survivors. J Nutr 2004; 134 (2): 452-8.</p> <p>Pierce et al. Influence of a diet very high in vegetables, fruit and fiber and low in fat on prognosis following treatment for breast cancer. JAMA. 2007 Jul 18; 298 (3); 289-98</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow-Up 7 Jahre (Mortalität, Krebsinzidenz), bzw. 6 Jahr (Ernährung)</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zu Minimalberatung bei Patientinnen mit Brustkrebs in frühen Stadien hinsichtlich Mortalität, Tumorrezidiv, Körpergewicht, Ernährung.</p>	<p>3107 Patientinnen mit primär operablem invasivem Brustkrebs Stadium I, II oder IIIa in den letzten 4 Jahren.</p> <p>Drop Out: 0.5%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: 18 telefonische Einzelberatung durch Ernährungsberater über 4 Jahren, zzgl. 12 Newsletter und durchschnittlich 4 Teilnahmen an Kochkursen (keine Angaben zu 6 Jahren).</p> <p>Kontrollgruppe: Schriftliche Informationen</p>	<p>Mortalität, Tumorrezidiv, Körpergewicht: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.</p> <p>Ernährung: Signifikant höherer Obst-Gemüse-/Ballaststoff-Konsum in Interventions- versus Kontrollgruppe. Kein signifikanter Unterschied bzgl Kalorienaufnahme.</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>Lange Laufzeit</p> <p>Hohe Fallzahl</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Ravasco et al. Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. J Clin Oncol 2005; 23 (7): 1431-8.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer 6 Wochen, Follow-Up 4,5 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zu Nahrungsergänzungsmitteln bzw. zu keiner Behandlung bei Patienten mit kolorektalem Karzinom, die mit Radiotherapie behandelt werden hinsichtlich Ernährung, Körpergewicht, Nebenwirkungen.</p>	<p>111 Patienten mit kolorektalem Karzinom unter Strahlenbehandlung</p> <p>Drop Out: keine</p> <p>Intention to Treat Analyse</p>	<p>Intervention: Einzelberatung durch Ernährungsberater Keine Angaben zum Umfang</p> <p>Kontrollgruppe 1: Nahrungssupplemente Keine Beratung</p> <p>Kontrollgruppe 2: Keine Behandlung</p>	<p>Ernährung: Signifikant höhere Kalorien- und Proteinaufnahme in der Interventions- versus Kontrollgruppen 1 und 2.</p> <p>Körpergewicht: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppen.</p> <p>Nebenwirkungen: Signifikant weniger Nebenwirkungen in Interventionsgruppe versus Kontrollgruppe.</p>	<p>Keine Verblindung</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Ravasco et al. Impact of nutrition on outcome: a prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. <i>Head Neck</i> 2005; 27 (8): 659-68.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer 6 Wochen, Follow-Up 6 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zu Nahrungsergänzungsmitteln bzw. zu keiner Behandlung bei Patienten mit Kopf-Hals Karzinom, die mit Radiotherapie behandelt werden hinsichtlich Ernährung und Nebenwirkungen.</p>	<p>75 Patienten mit Kopf-/Hals-Karzinom unter Strahlenbehandlung</p> <p>Drop Out: keine</p> <p>Intention to Treat Analyse</p>	<p>Intervention: Einzelberatung durch Ernährungsberater Keine Angaben zum Umfang</p> <p>Kontrollgruppe 1: Nahrungssupplemente Keine Beratung</p> <p>Kontrollgruppe 2: Keine Behandlung</p>	<p>Ernährung: Signifikant höhere Kalorien- und Proteinaufnahme in der Interventions- versus Kontrollgruppen.</p>	<p>Keine Verblindung</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Rock et al. High vegetable and fruit diet intervention in premenopausal women with cervical intraepithelial neoplasia. J Am Diet Assoc. 2001 Oct;101(10):1167-74.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow-Up 6 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zu Minimalberatung bei prämenopausalen Frauen mit CIN1 oder CIN2 hinsichtlich Erhöhung des Obst/Gemüse Konsums.</p>	<p>56 Patientinnen mit CIN1 oder CIN2</p> <p>Drop-Out: 5%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: 24 Einzelberatungen durch Ernährungsberater (Telefon, Internet) einmal wöchentlich über 6 Monate, zzgl. monatliche Newsletter.</p> <p>Kontrollgruppe: Monatliche Newsletter</p>	<p>Ernährung: Signifikant höherer Obst-/Gemüsekonsum in der Interventions- versus Kontrollgruppe.</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>< 60 Patienten</p> <p>Studie auf 12 Monate angelegt, aber nur 6 Monats-Ergebnisse berichtet.</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Scheier et al. Interventions to enhance physical and psychological functioning among younger women who are ending nonhormonal adjuvant treatment for early-stage breast cancer. J Clin Oncol 2005; 23 (19): 4298-311.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer 4 Monate, Follow Up 13 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich mit psychosozialer Intervention und Standardbehandlung bei Frauen mit Brustkrebs im Frühstadium hinsichtlich depressiver Symptomatik und Lebensqualität.</p>	<p>252 Patientinnen mit Brustkrebs im Frühstadium</p> <p>Drop Out: 11%</p> <p>Per Protocol Analyse (eine Patientin wegen Protokollverletzung ausgeschlossen)</p>	<p>Intervention: 4 Gruppenberatungen durch Ernährungsberater im Umfang von einem 2stündigen Treffen pro Monat über 4 Monate (insgesamt 8 Stunden).</p> <p>Kontrollgruppe 1: Psychosoziale Beratung in Form von Gruppentreffen im Umfang von einem 2stündigen Treffen pro Monat über 4 Monate (insgesamt 8 Stunden).</p> <p>Kontrollgruppe 2: Standardversorgung</p>	<p>Depressivität: Signifikant weniger depressive Symptome in Interventions- und Kontrollgruppe 1 versus Kontrollgruppe 2.</p> <p>Lebensqualität: Signifikant höhere physische Lebensqualität in Interventions- und Kontrollgruppe 1 versus Kontrollgruppe 2.</p> <p>Kein signifikanter Unterschied bzgl. der psychischen Lebensqualität zwischen den 3 Gruppen.</p>	<p>Keine Verblindung</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Shaw et al. A randomized controlled trial of weight reduction as a treatment for breast cancer-related lymphedema. Cancer 2007; 110 (8): 1868-74</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow Up 12 Wochen</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zur Minimalberatung bei Frauen mit Brustkrebs assoziierten Lymphödemen hinsichtlich Reduktion von Armvolumen.</p>	<p>24 Patientinnen mit Lymphödemen (Arm) nach Brustkrebs</p> <p>Drop Out: 13%</p> <p>Per Protocol Analyse</p>	<p>Intervention: Einzelberatung durch Ernährungsberater Keine Angaben zum Umfang</p> <p>Kontrollgruppe: Schriftliche Informationen</p>	<p>Armvolumen, BMI: Signifikant größere Reduktion in Interventions- versus Kontrollgruppe</p>	<p>< 60 Patienten</p> <p>Kurze Laufzeit</p> <p>Per Protocol Analyse</p>

B-4.6.3 Bewertung des Nutzens der Ernährungsberatung bei der Indikation onkologische Erkrankungen

Es konnten insgesamt zwölf Studien zur Indikation onkologische Erkrankungen eingeschlossen werden. Die Qualität der Studien ist eingeschränkt: So fand eine verborgene Zuweisung der Patienten zu den Gruppen überwiegend nicht und eine verblindete Erfassung der Endpunkte gar nicht statt. Die Studien weisen zudem eine erhebliche Heterogenität hinsichtlich der berücksichtigten Populationen und Indikationen, der Art und des Umfangs der Intervention und der Kontrollgruppen, der erfassten Endpunkte und der Studiendauer auf. Drei der zwölf berücksichtigten Studien haben weniger als 60 Patienten eingeschlossen, zwei Studien haben Laufzeiten von nur drei Monaten, eine Studie hat einen Drop-Out von über 20%.

Für den patientenrelevanten Endpunkt Mortalität liegen Ergebnisse aus zwei Studien vor, eine Studie untersuchte Tumorrezidive. Hinsichtlich dieser Endpunkte konnte kein Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe festgestellt werden. In einer Studie konnte ein Unterschied zugunsten der Ernährungsberatung hinsichtlich der Reduktion von Nebenwirkungen gezeigt werden, allerdings wird die Aussagekraft wegen der kleinen Fallzahl und dem Fehlen von Angaben zur Vergleichbarkeit der Gruppen eingeschränkt. Für den patientenrelevanten Endpunkt Lebensqualität liegen Ergebnisse aus drei Studien vor mit heterogenen Ergebnissen. Bezüglich Veränderungen des Körpergewichts oder des Ernährungsverhaltens sind die Ergebnisse ebenfalls heterogen.

Der Nutzen einer alleinigen Ernährungsberatung hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte lässt sich aufgrund der berücksichtigten Studien nicht belegen. Es gibt jedoch Hinweise für eine Reduzierung von Nebenwirkungen und einer Verbesserung der Lebensqualität durch Ernährungsberatung bei Patienten mit onkologischen Erkrankungen.

B-4.6.4 Bewertung der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung bei der Indikation onkologische Erkrankungen

Krebserkrankungen sind die zweithäufigste Todesursache in Deutschland und ein wesentlicher Faktor für Morbidität und eine Reduzierung der Lebensqualität. Zur Therapie verschiedener Krebsformen liegen national und international umfassende Leitlinien vor. In Leitlinien zu den hier berücksichtigten Krebsformen finden sich keine Empfehlungen für eine Ernährungsberatung. Auf Grund der Bewertung der vorliegenden Unterlagen unter Berücksichtigung der medizinischen Relevanz, des Spontanverlaufs der Erkrankung und der therapeutischen Alternativen (s. 2. Kap. § 13 Abs. 3 in Verbindung mit § 10 Abs. 2 und § 11 Abs. 6 Verfo) kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass für eine alleinige Ernährungsberatung

bei Patienten mit onkologischen Erkrankungen die medizinische Notwendigkeit nicht gegeben ist.

B-4.7 Weitere Erkrankungen: Osteoporose, Schlafapnoe, Psychose, chronische Herzinsuffizienz

B-4.7.1 Hintergrund Osteoporose

Die Osteoporose wird als systemische Skeletterkrankung bezeichnet, die durch einen Mangel an Knochenmasse und eine veränderte Knochenarchitektur gekennzeichnet ist. Es werden primäre und sekundäre Formen unterschieden, die nicht immer sicher voneinander zu unterscheiden sind. Die primären Osteoporoseformen treten gehäuft bei Frauen in der Postmenopause auf, können aber auch Männer in höherem Lebensalter betreffen. Sekundäre Osteoporosen treten aufgrund von anderen (primären) Erkrankungen oder der Therapie einer anderen Erkrankung als Folgeerscheinung auf (z. B. nach Glucocortikoidgabe). Der Dachverband Osteologie e. V. (DVO) gibt für postmenopausale Frauen eine Häufigkeit von 7% bei 55-jährigen Frauen bis zu 19% bei über 80-jährigen Frauen an. Sie führt zu einer Erhöhung des Frakturrisikos bis hin zu osteoporotischen Frakturen, die ohne erkennbares Trauma auftreten und häufig die Wirbelkörper aber auch periphere Knochen betreffen können. Therapeutische Optionen bestehen unter anderem in einer medikamentösen Behandlung (z.B. Alendronat), es werden aber auch weitere Ansätze diskutiert (DVO 2009).

B-4.7.2 Hintergrund Schlaf-Apnoe-Syndrom

Das Schlaf-Apnoe Syndrom (SAS) ist eine Erkrankung, die durch Atemstillstand während des Schlafes gekennzeichnet ist. Unter einem SAS leiden etwa 4% der Männer und 2% der Frauen im Alter von 40 Jahren oder älter. Wichtigste Risikofaktoren des SAS sind Adipositas, Drogenkonsum, oder Fehlbildungen. Die Folgen der SAS reichen von starker Müdigkeit über psychische Störungen bis hin zu einem erhöhten Risiko von kardiovaskulären Erkrankungen. Therapiemöglichkeiten bestehen in Gewichtsreduktion, Reduzierung des Drogenkonsums, oder dem Einsatz von Atemtherapiegeräten (DGHNO 2009; DGSM 2009).

B-4.7.3 Hintergrund Psychose

Die Psychose ist eine psychische Störung, die durch einen grundlegenden Wandel des Erlebens der eigenen Person und der Umwelt gekennzeichnet ist. Die Prävalenz von Psychosen liegt bei etwa 1%, die Ursachen von psychotischen Erkrankungen sind unklar. Bei der Behandlung von Psychosen kommen neben Medikamenten auch psychotherapeutische und soziale Maßnahmen zum Einsatz.

B-4.7.4 Hintergrund Herzinsuffizienz

Bei der Herzinsuffizienz handelt es sich um eine Erkrankung, bei der die Funktionsfähigkeit des Herzens eingeschränkt ist, so dass die Versorgung des Organismus mit Blut nicht ausreichend gewährleistet ist. Prävalenz und Inzidenz der Herzinsuffizienz sind altersabhängig. Im Alter zwischen 45 - 55 Jahren leidet weniger als 1% der Bevölkerung an

einer Herzinsuffizienz, zwischen dem 65. und 75. Lebensjahr bereits 2 - 5 % und bei über 80-Jährigen fast 10 %. Häufigste Ursachen von Herzinsuffizienz sind arterielle Hypertonie und die koronare Herzerkrankung zu nennen. Herzinsuffizienz kann in fortgeschrittenen Stadien zu einer starken Beeinträchtigung der Lebensqualität und zu häufigen stationären Aufenthalten führen. Die schwere Herzinsuffizienz hat eine schlechte Prognose, vergleichbar mit der einiger Krebserkrankungen. Therapeutisch werden neben einer kausalen Behandlung (z. B. Therapie der Hypertonie, der Hyperthyreose, Herzrhythmusstörungen etc.) auch Lebensstiländerungen (Gewichtsreduktion, begrenzte Kochsalzzufuhr) empfohlen (Hoppe 2005).

B-4.7.5 Zusammenfassung der Studienergebnisse

Eingeschlossene Studien

Zu den Indikationen Osteoporose, Schlafapnoe, Psychosen und Herzinsuffizienz wurde je eine randomisiert-kontrollierte Studie in die Nutzenbewertung einbezogen.

Studiendesign

Die Laufzeit der Studien lag bei drei bis sechs Monaten, die Dauer der Intervention bei sechs Wochen bis vier Monaten, der zeitliche Umfang der Intervention, sofern angegeben bei 75 bis 360 Minuten. Die Intervention erfolgte durch Ernährungsberater als Einzel- oder Gruppenberatung (eine Studie machte keine Angabe zum Beratungssetting). Die Kontrollgruppen erhielten in zwei Studien die Standardversorgung und in zwei Studien eine einmalige Einzelberatung zu Studienbeginn.

Endpunkte

Endpunkte der Studien waren Veränderungen des Körpergewichts, das Ernährungsverhalten, Blutdruck, Cholesterinwerte, Kalzium-/Protein-/und Kalorienaufnahme.

Ergebnisse

Für den Endpunkt Körpergewicht liegen Ergebnisse aus drei Studien vor. Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Körpergewichts wird aus der Studie mit Osteoporose-Patienten berichtet. Eine statistisch signifikante Veränderung der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigt sich in zwei Studien.

- In der Studie von Evans et al. mit Psychose-Patienten war nach sechs Monaten das Körpergewicht in der Interventionsgruppe um 2,0 kg angestiegen (+ 1,8 BMI Punkte) versus einem Anstieg von 9,9 kg (+3,2 BMI Punkte) in der Kontrollgruppe.
- In der Studie von Svendsen et al. mit übergewichtigen Patienten mit Schlafapnoe war nach drei Monaten das Körpergewicht in der Interventionsgruppe um 3,4 kg gesunken versus 0,9 kg in der Kontrollgruppe (kein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Hüftumfangs).

Für den Endpunkt Blutdruck liegen Ergebnisse aus zwei Studien vor. Die Studie von Arcand et al. mit Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz fand keinen signifikanten Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Die Studie von Svendsen et al. mit übergewichtigen Patienten mit Schlafapnoe fand eine signifikante Verbesserung des Blutdrucks in der Interventionsgruppe (systolisch: -4,4 mmHg, diastolisch: -3,3 mmHG) im Vergleich zur Kontrollgruppe (systolisch: +2,7 mmHg, diastolisch: +0,6 mmHg).

Die anderen Endpunkte wurden in nur je einer Studie erfasst. Hinsichtlich des Obst- und Gemüsekonsums berichten Svendsen et al. eine signifikante Erhöhung in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Keine signifikanten Unterschiede gab es hinsichtlich der Cholesterinwerte (übergewichtige Patienten mit Schlafapnoe) und der Protein- und Kalorienaufnahme (Patienten mit Osteoporose).

Tabelle 10: Weitere Erkrankungen: Osteoporose, Schlafapnoe, Psychose, chronische Herzinsuffizienz

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Arcand et al. Education by a dietitian in patients with heart failure results in improved adherence with a sodium-restricted diet: a randomized trial. Am Heart J 2005; 150 (4): 716.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer 6 Wochen, Follow-up 3 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit von Ernährungsberatung im Vergleich zu Standardversorgung bei Patienten mit Herzinsuffizienz hinsichtlich Ernährungsverhalten, Blutdruck.</p>	<p>50 Patienten mit stabiler Herzinsuffizienz</p> <p>Drop Out: 6%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: 2 Einzelberatungen durch Ernährungsberater in 6 Wochen, Erstellung eines individuellen Ernährungsplans (keine Angaben zum genauen zeitlichen Umfang.)</p> <p>Kontrollgruppe: Standardversorgung (einmalige Ernährungsberatung durch Krankenschwester und schriftliche Informationen).</p>	<p>Ernährungsverhalten, Blutdruck: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>< 60 Patienten</p> <p>Kurze Laufzeit</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Evans S, Newton R, Higgins S. Nutritional intervention to prevent weight gain in patients commenced on olanzapine: A randomized controlled trial. Aust N Z J Psychiatry 2005; 39 (6): 479-86.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer 3 Monate, Follow Up 6 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit einer Ernährungsberatung im Vergleich zur Standardversorgung hinsichtlich Vermeidung von Gewichtszunahme bei Einnahme von antipsychotischer Medikation.</p>	<p>51 Patienten mit Beginn antipsychotischer Medikation in letzten 12 Wochen</p> <p>Drop Out: 63%</p> <p>Per Protocol Analyse</p>	<p>Intervention: 6 Beratungen durch Ernährungsberater im Umfang von je 60 Minuten über 3 Monate (Gesamt 6 Stunden).</p> <p>Kontrollgruppe: Standardversorgung</p>	<p>BMI, Körpergewicht: Signifikant geringerer Anstieg in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe.</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>< 60 Patienten</p> <p>Drop Out > 20% (63%!)</p> <p>Analyse per protocol</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Svendsen M, Blomhoff R, Holme I, Tonstad S. The effect of an increased intake of vegetables and fruit on weight loss, blood pressure and antioxidant defense in subjects with sleep related breathing disorders. Eur J Clin Nutr 2007; 61 (11): 1301-11.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow Up: 3 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit von Ernährungsberatung im Vergleich zu Minimalberatung bei übergewichtigen Patienten mit Schlafapnoe auf Körpergewicht, Hüftumfang, Obst-/Gemüsekonsum, Blutdruck und Cholesterinspiegel.</p>	<p>125 Patienten mit Übergewicht/Adipositas und schlafbezogenen Atmungsstörungen.</p> <p>Drop-Out: 10%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: 6-10 Gruppenberatungen durch Ernährungsberater (zeitlicher Umfang nicht angegeben) über 3 Monate.</p> <p>Kontrollgruppe: Einmalige Gruppenberatung zu Studienbeginn.</p>	<p>Körpergewicht, Blutdruck, Obst-/Gemüsekonsum: Signifikante Verbesserung in Interventions- versus Kontrollgruppe.</p> <p>Hüftumfang, Cholesterinspiegel: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>Kurze Laufzeit</p>

Zitat	Design	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen
<p>Wong SY, Lau EM, Lau WW, Lynn HS. Is dietary counselling effective in increasing dietary calcium, protein and energy intake in patients with osteoporotic fractures? A randomized controlled clinical trial. J Hum Nutr Diet 2004; 17 (4): 359-64.</p>	<p>RCT</p> <p>Interventionsdauer und Follow Up: 4 Monate</p> <p>Fragestellung: Wirksamkeit von Ernährungsberatung im Vergleich zu Standardversorgung bei Patienten mit Osteoporose auf Kalzium-, Protein-, Kalorienaufnahme, Körpergewicht und BMI.</p>	<p>189 Patienten mit osteoporotischen Frakturen (Unterarm, Wirbelsäule, oder Hüfte)</p> <p>Drop-Out: 21%</p> <p>ITT Analyse</p>	<p>Intervention: 3 Einzelberatungen durch Ernährungsberater, 1x45 Minuten 2x15 Minuten über 4 Monate.</p> <p>Kontrollgruppe: Standardversorgung</p>	<p>Kalziumaufnahme: Signifikante Verbesserung in Interventions- versus Kontrollgruppe.</p> <p>Protein- und Kalorienaufnahme, Körpergewicht, BMI: Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.</p>	<p>Keine Verblindung</p> <p>Drop Out > 20%</p>

B-4.7.6 Bewertung des Nutzens der Ernährungsberatung bei weiteren Erkrankungen

Es konnte je eine Studie zu den Indikationen Osteoporose, Schlafapnoe, Psychose, chronische Herzinsuffizienz eingeschlossen werden. Die Qualität der Studien ist eingeschränkt, die Studie zur Indikation Psychosen hat eine schlechte Qualität. Eine verborgene Zuweisung der Patienten zu den Gruppen fand nur in einer Studie statt, eine verblindete Auswertung gab es in keiner Studie. Die Studie von Evans et al. zur Indikation Psychose hatte darüber hinaus bei kleiner initialer Fallzahl und kurzer Laufzeit von drei Monaten einen Drop-Out von 63%.

Patientenrelevante Endpunkte wurden in den Studien nicht untersucht. Endpunkte der Studien waren Veränderungen des Körpergewichts, das Ernährungsverhalten, Blutdruck, Cholesterinwerte, Kalzium-/Protein-/und Kalorienaufnahme. Zu diesen Endpunkten liegen keine einheitlichen Ergebnisse vor.

Der Nutzen einer alleinigen Ernährungsberatung hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte bei den Indikationen Osteoporose, Schlaf-Apnoe-Syndrom, Psychose und Herzinsuffizienz lässt sich aufgrund der berücksichtigten Studien nicht belegen.

B-4.7.7 Bewertung der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung bei den weiteren Erkrankungen

Zu den hier berücksichtigten Indikationen Osteoporose, Schlaf-Apnoe-Syndrom, Psychosen und Herzinsuffizienz liegen umfassende Leitlinien vor. Die deutschen Leitlinien zu diesen Indikationen enthalten keine Empfehlung zur Ernährungsberatung. Auf Grund der Bewertung der vorliegenden Unterlagen unter Berücksichtigung der medizinischen Relevanz, des Spontanverlaufs der Erkrankung und der therapeutischen Alternativen (s. 2. Kap. § 13 Abs. 3 in Verbindung mit § 10 Abs. 2 und § 11 Abs. 6 VerfO) kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass für eine alleinige Ernährungsberatung bei Patienten mit weiteren Erkrankungen die medizinische Notwendigkeit nicht gegeben ist.

B-4.8 Schwerpunkt angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose

B-4.8.1 Hintergrund

Wie im Methodenteil unter B-2.3 ausgeführt wurden in den Stellungnahmen übereinstimmend bestimmte angeborene Stoffwechselerkrankungen (z.B. Galaktosämie, Phenylketonurie) genannt, bei denen eine Diättherapie als medizinische Maßnahme ohne Alternative gilt, da ansonsten Tod oder schwere Behinderung dieser Kinder droht. Auf einige dieser Erkrankungen richtet sich das als GKV-Leistung verankerte Neugeborenen-Screening. Auch bei der Mukoviszidose wurde geltend gemacht, dass ohne die Diät als wesentliche Säule der Therapie gesundheitliche Schädigungen und eine verminderte Lebenserwartung resultieren. Der kausale Zusammenhang zwischen der Erkrankung (Stoffwechselstörung) als auslösender Ursache und drohendem Tod bzw. schwerer Behinderung ist gesichert. Eine stringente Diät, zu der die Eltern der Kinder beraten werden müssen, gilt bei diesen Erkrankungen international als etablierter therapeutischer Standard.

Zu diesen Indikationen konnten in der Literaturrecherche keine Primärstudien identifiziert werden. Wie in der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO 2. Kapitel, 4. Abschnitt, §13) festgehalten, kann es bei seltenen Erkrankungen, bei Methoden ohne vorhandene Alternative oder aus anderen Gründen unmöglich oder unangemessen sein, Studien der höchsten Evidenzstufen durchzuführen oder zu fordern. In solchen Konstellationen kann zur Anerkennung des Nutzens auf Erkenntnisse auch deutlich niedriger Evidenzstufen zurückgegriffen werden. Um den gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, auf dessen Berücksichtigung die Patienten bei Ihrer Behandlung gemäß SGB V Anspruch haben, zutreffend und zweifelsfrei zu ermitteln, wurde deshalb für diese Indikationen eine ergänzende mündliche Expertenanhörung durchgeführt.

B-4.8.2 Zusammenfassung der Expertenanhörung zu den angeborenen Stoffwechselerkrankungen und zur Mukoviszidose

Der UA MB hat in seiner Sitzung am 1. Dezember 2011 vereinbart, dass im Rahmen einer Anhörung geklärt werden soll, wie der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der unten aufgeführten angeborenen Stoffwechselerkrankungen und der Mukoviszidose einzuschätzen ist, da für diese Indikationen bei der systematischen Literaturrecherche keine Studien gefunden wurden, z. B.

- Mukoviszidose
- Biotinidasemangel
- Galaktosämie

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

- Aminoacidopathien (z. B.: Phenylketonurie (PKU) und Hyperphenylalaninämie (HPA) Ahornsirupkrankheit (MSUD),
- Fettsäureoxidationsdefekte (z. B.: Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD), Long-Chain-3-OH-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (LCHAD), Very-Long-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (VLCAD),
- Carnitinzyklusdefekte (z. B.: Carnitin-Palmitoyl-Transferase-I-Mangel (CPT-I) Carnitin-Palmitoyl-Transferase-II-Mangel (CPT-II) , Carnitin-Acylcarnitin-Translocase-Mangel (CAT),
- Organoacidämien (z.B.: Glutaracidurie Typ I (GA I), Isovalerianacidämie (IVA).

Für die Expertenanhörung standen ausgewiesene Sachverständige zur Verfügung. Die Expertenanhörung fand im Rahmen einer Sitzung der AG Ambulante Ernährungsberatung am 28. Februar 2012 statt. Im Vorfeld dieser Anhörung hatten die vorgenannten Vertreter Antworten auf den von der AG vorbereiteten und bereits bei der Veröffentlichung des Beratungsthemas verwendeten Fragenkatalogs erteilt; die während der Anhörung ergänzend vorgetragenen Statements wurden erfasst (s. **Dokumentation der Expertenanhörung**).

Dokumentation der Expertenanhörung

Ausführungen des Sachverständigen 1 und 2 in der AG-Sitzung vom 28. Februar 2012 und ergänzendem Schreiben vom 1. März 2012 zu Daten zur Prävalenz von angeborenen Stoffwechselerkrankungen sowie Ausführungen des Sachverständigen 2 (auf Grundlage der Stellungnahme des Mukoviszidose e.V.) in der AG-Sitzung vom 28. Februar 2012.

1. Auf welche Erkrankungen bzw. Indikationen (Diagnose, Symptomatik, Funktionsstörung) bezieht sich Ihre Stellungnahme?

Sachverständiger 1

Die Stellungnahme bezieht sich zum einen auf Krankheitsentitäten, die unter Ernährungsgesichtspunkten sinnvollerweise gemeinsam beraten werden können (Cluster):

Aminoazidopathien (PKU, ...), Kohlenhydratstoffwechselstörungen (Galaktosämie, ...)

Glykogenspeicherkrankheiten, Harnstoffzyklusdefekte, Abbaustörungen der Fettsäuren, Tyrosinämien

Wesentliche Fortschritte bzgl. Ernährungstherapie der o.g. Erkrankungen wurden in den letzten Jahren nicht publiziert.

Sowie folgende weitere Erkrankungen (Hyperornithinämie mit Atrophia gyrata, multiple Acyl-CoADehydrogenase-Mangel (Glutarazidurie Typ 2).

Bei der Vielfalt sehr seltener Erkrankungen wird eine Vollständigkeit niemals erreichbar sein.

Sachverständiger 2

Die Stellungnahme bezieht sich zum einen auf Mukoviszidose, Cystische Fibrose, (CF).

Hier speziell auf die durch die CF hervorgerufene Symptomatik von Pankreas, Leber- und Magen-Darmtrakt; also u.a. Maldigestion, Kleinwuchs, Osteoporose, Untergewicht unterschiedlichen Grades, Entwicklungsverzögerungen; CF-assoziiertes Diabetes mellitus; Mekoniumileus-Äquivalent (DIOS) beim Erwachsenen

Vgl. u.a. Pankreasmanifestation. In: Reinhardt D, Götz M, Kraemer R, Schoeni MH (Hrsg.): Cystische Fibrose. Berlin: Springer, 2001.

Hodson M, Bush A, Geddes DM. Cystic Fibrosis. 3rd ed. London: Arnold, 2007.

2. An Hand welcher diagnostischer Verfahren und ggf. welcher nachprüfbarer Parameter wird die o. g. Indikation festgestellt?

Sachverständiger 1

Bei der Diagnostik unterscheidet man zwischen den drei Ebenen: :

- per Genetik
- per Enzymaktivität
- anhand der Stoffwechselprodukte

Der Schweregrad der Erkrankung ist nicht immer vorhersehbar und kann individuell verschieden sein.

Sachverständiger 2

1. Neugeborenencreening (derzeit im Rahmen von Studien)
2. Schweißtest
3. Mutationsanalyse
4. Pankreasfunktionsanalyse

Vgl. Ballmann M, Smaczny C. CF-Manual Diagnostik/Diagnosestellung. 2. Aufl. Hannover: Abbott, 2008

Feststellung des Ernährungsstatus im Laufe der Behandlung der CF:

Errechnung des Längen-Soll-Gewichts bei Kindern. Errechnung des Body MassIndex (BMI) bei Erwachsenen. Jährliche Kontrolle des Blutbildes und bei Bedarf, Albumin bei Bedarf, Gewichtsverlust oder Gedeihstörung, Vitamin B12 nach Ileumresektion. Bei Zeichen einer Malnutrition: Elektrolytwerte (Serum und Urin), Säure-Basen-Haushalt, Harnstoff. vier-Tage Ernährungsprotokoll, Enzym-Protokoll, Fettbilanzierung zur optimalen Einstellung und Überwachung der Pankreasenzymsubstitution (jährlich im Kindesalter; später dreijährlich, zusätzlich bei mangelndem Gedeihen. Zur Klärung der Pankreasfunktion bei jedem neu diagnostizierten CF-Patienten: Bestimmung der Elastase I im Stuhl. Bei jedem neu diagnostizierten Patienten mit pathologischem Elastase-Wert: 72-Std. Stuhlfettbestimmung. 72-Std. Stuhlfettbestimmung. in Verbindung mit Ernährungsprotokoll bei Gewichtsverlust oder Gedeihstörung. Vitamin A, D, E jährlich, zusätzlich bei Bedarf. Elektrolyte bei Bedarf, bei Gewichtsverlust oder Gedeihstörung, sommerliche Hitze.

Vgl. Posselt H-G, Smaczny C, Stern M: Leitlinien der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE). Stand Juli 2005. Zur Veröffentlichung bestimmt in: Kinder- und Jugendheilkunde. München: Urban und Fischer, 2006.

Zur Prävention bei pankreasinsuffizienten Patienten:

Quantitatives Ernährungsprotokoll über vier bis sieben Tage mit detaillierten Angaben zur Pankreasenzymsubstitution und gleichzeitiger Fettausscheidung im dreitägigen Sammelstuhl. Bei bereits aufgetretenem Untergewicht zusätzlich Ernährungsprotokolle.

Vgl. M. Stern et al.: Leitlinien der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE). Stand Dezember 2011. Berlin: GPGE, 2011.

Knochendichtemessung (DEXA, pädiatrische Software) jährlich empfohlen ab zwölf Jahre bei Mädchen, ab 13 Jahre bei Jungen.

Bioelektrische Impedanz-Messung: ein- bis viermal jährlich.

3. Wie hoch ist die Prävalenz / Inzidenz der o. g. Erkrankungen in Deutschland?

Sachverständiger 1

- Kinder mit einer behandlungsbedürftigen monogenen Stoffwechselerkrankung
1: 2.000
- PKU 1: 8.000,
- Tyrosinämie 1: 500.000,
- Acylcarnitintranslokasedefizienz 1:1.000.000.

Daten der Deutschen Gesellschaft für das Neugeborenencreening (DGNS) zur Inzidenz im erweiterten Neugeborenencreening in der Bundesrepublik Deutschland für den Zeitraum 1.1.2005 bis 31.12.2008 bei 2.758.633 gescreenten Neugeborenen. Vgl. Harms E, Olgemöller B: Neugeborenencreening auf Stoffwechselerkrankungen und Endokrinopathien. Dtsch Ärztebl Int 2011, 108 (1-2): 11-22:

- Biotinidasemangel 1:24.853
- Galaktosämie 1:74.558
- Phenylketonurie (PKU) und Hyperphenyl-alaninämie (HPA) 1:5.584
- Ahornsirupkrankheit (MSUD) 1:162.273
- Medium-Chain-Acyl-CoAdehydrogenase- Mangel (MCAD) 1:10.610
- Long-Chain-3-OH-Acyl-CoAdehydrogenasemangel (LCHAD) 1:212.202
- Very-Long-Chain-Acyl-CoAdehydrogenasemangel (VLCAD) 1:88.988

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

- Carnitin-Palmitoyl-Transferase-I-Mangel (CPT-I) 1:551.727
- Carnitin-Palmitoyl-Transferase- II-Mangel (CPT-II) 1:919.544
- Glutarazidurie Typ I (GA I) 1:125.392
- Isovalerianazidämie (IVA) 1:114.943

Prävalenzdaten für weitere Erkrankungen aus verschiedenen Quellen

- Tyrosinämie Typ I 1:120.000
- Tyrosinämie Typ II seltener, keine Zahlenangaben
- Glykogenose Ia 1:100. 000
- Glykogenose Ib 1:500.00
- Glykogenose III 1:100.000
- Glykogenose IX 1-9: 100.000
- Harnstoffzyklusdefekte (ges.) 1:20.000
- Methylmalonacidämie 1:50.000
- Propionacidämie 1-9: 100.000
- Homocystinurie (Cysta.Syn.Def.) 1:200.000
- Hereditäre Fruktoseintoleranz 1:20.000
- Fruktose-1,6-Diphosphatase-M. 1-9: 100.000
- kongenitaler Hyperinsulinismus 1:40.000

Sachverständiger 2

Ein CF-krankes Kind auf 2.500 Geburten. In 2010 wurden 8.362 Patienten registriert.

Vgl. Sens B, Stern M (Hrsg.) Überblick über den Gesundheitszustand der Patienten in Deutschland 2010. Bad Honnef: Hippocampus Verlag, 2011.

4. Wie ist der Spontanverlauf bei den o. g. Erkrankungen?

Sachverständiger 1

Im Spontanverlauf kommt es zur schweren Erkrankung/ Behinderung oder Tod:

- PKU: psychomotor. Retardierung
- Ahornsirupkrankheit: schwere mentale Retardierung, Tod
- Galaktosämie: Spesis, Hepatopathie, Katarakt, Tod

- Abbaustörungen der Fettsäuren/ Carnitinzyklusdefekte: Reye-Symptomatik, hypoketotische Hypoglykämie, Hepatopathie, Kardiomyopathie, Tod
- Glykogenspeicherkrankheiten: Hepatopathie, Nephropathien, Hypoglykämien, Hepatome
- hereditäre Fruktosintoleranz: Hepatopathie, Tod
- Defekte des Glukosetransports: Anfallsleiden, mentale Behinderung
- Organoazidurien (Isovalerialanazidämien, etc.): geistige Behinderung, schwere metabolische Azidose, Reye-Symptomatik, Tod
- Harnstoffzyklusstörungen: Tod, geistige Behinderung
- Tyrosinämien:
 - Typ I: Hepatopathie, Nephropathie, hepatozelluläres Karzinom
 - Typ II: herpetiforme Keratitiden, palmoplantare Hyperkeratosen, leichte geistige Behinderung
- Homocystinurie:
 - bei Enzymdefekt: Linsluxation, Glaukom, Thrombembolien
 - bei Coenzymdefekt: geistige Behinderung, Tod
- Cholesterin-Synthese-Defekte (Smith- Lemli-Opitz-Syndrom): aus Sicht des Experten keine kausale (lediglich ergänzende) Ernährungstherapie möglich

Für das Spektrum des zeitlichen Verlaufs aller Erkrankungen gilt allgemein:

Der Tod kann bereits im Säuglingsalter eintreten oder auch erst im Erwachsenenalter.

Sachverständiger 2

Die cystische Fibrose ist die häufigste angeborene frühletale Stoffwechselerkrankung der europäisch-kaukasischen Bevölkerung. Vor weniger als 70 Jahren war Mukoviszidose eine Erkrankung, die innerhalb des ersten Lebensjahres zum Tode führte.

Vgl. u.a. Bush A, Alton EFW, Davies JC, Griesenbach U, Jaffe A. Preface. In: Bush A, Alton EFW, Davies JC, Griesenbach U, Jaffe A (eds.): Cystic Fibrosis in the 21st Century. Basel: Karger, 2006. S. IX.

5. Welche Methoden stehen zur Behandlung der o. g. Erkrankungen grundsätzlich zur Verfügung?

Sachverständiger 1

- diätetische Maßnahmen (zeitlebens)
- z.T. Gabe von Coenzymen/Cofaktoren (Vitamine)
- Organtransplantation in Einzelfällen (jedoch keine Heilung möglich)

Diätetische Maßnahmen stehen im Vordergrund zu supportiven Maßnahmen.

Die Ernährungstherapie muss mit Diagnosestellung eingeleitet werden.

Diätetik

Ziel der Methode Diätetik bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen: entweder den Stoffwechseldefekt zu umgehen und/oder die Anhäufung toxischer Stoffwechselmetaboliten zu vermeiden. Diätetik ist adherence-abhängig, beratungsintensiv und muss zu verschiedenen Zeitpunkten kontrolliert und nachgeschult werden. Eine Anbindung der Eltern an spezialisierte Zentren und Erstellung und regelmäßige Anpassung umfassender Ernährungspläne ist erforderlich. Gabe von Spezialdiätprodukten.

Sachverständiger 2

Das Behandlungskonzept der CF beruht heute auf folgenden Strategien:

Ernährungstherapie

- bilanzierte hochkalorische und fettreiche Ernährung
- bei exokriner Pankreasinsuffizienz Substitution der Pankreasenzyme
- Substitution fettlöslicher Vitamine
- ggf. enterale Ernährung: Elementardiäten (Trinknahrungen) oder Sondennahrung (PEG (perkutane endoskopisch kontrollierte Gastrostomie), nasogastrale Sonde)
- Ernährungsberatung und -schulung zur Durchführung der o.g. speziellen Ernährung durch auf CF spezialisierte Diätassistenten und Diätassistentinnen und Oekotrophologen/ Oekotrophologinnen
- Ernährungsberatung und -schulung zur Durchführung der o.g. speziellen Ernährung und Pankreasenzymsubstitution entsprechend dem Fettgehalt der Nahrung.

Physiotherapie und Sporttherapie

- Atemtherapie, autogene Drainage, Atemmuskeltraining
- Thoraxmobilisation
- Muskel- und Konditionstraining

Medikamentöse Therapie

- inhalativ
- oral
- intravenös-subkutan (Insulintherapie bei einem Diabetes mellitus)

Inhalative Therapie

- (bevorzugt über einen Kompressionsvernebler oder Spacer-Hilfe)
- Beta-2-Mimetikum mit 2 ml 0,9% NaCl wenn Vernebler, sonst mit Spacer
- Pseudomonas aeruginosa wirksames Antibiotikum
- inhalative Steroide
- Mukolytika

Orale Therapie

- Staphylokokkus-wirksames Antibiotikum (intermittierend / Dauertherapie)
- sekretolytische Therapie
- antiobstruktive Therapie
- Pankreasenzyme
- Vitamine (im Vordergrund fettlösliche Vitamine)
- Hepatoprotektive Therapie
- andere (z.B. Steroide, Antidiabetika, Pilzmittel, kardiale Medikation usw.)

Intavenöse Therapie

- Pseudomonas aeruginosa wirksames Antibiotikum
- Andere

Psychosoziale und psychologische Beratung und Unterstützung der Patienten und ihrer Angehörigen

Erfolgt zum einen, um die durch die Erkrankung, ihre intensive Therapie und das Wissen um den tödlichen Verlauf hervorgerufene Belastung zu bewältigen, zum anderen, um die Patienten und ihre Familien über sozialrechtliche Nachteilsausgleiche zu informieren und sie dabei zu unterstützen, diese bei den Behörden durchzusetzen.

Da es eine Heilung nicht gibt, ist bei fortgeschrittener Symptomatik die Transplantation von Lunge, Leber und/ oder Niere die letzte Behandlungsoption.

Die Ernährungsberatung kann nur in einem multidisziplinären Teamansatz erfolgen.

6. Welche prioritären Ziele gelten für die Behandlung der o. g. Erkrankungen / Indikationen?

Sachverständiger 1

Ziel ist eine körperliche und intellektuelle altersgemäße Entwicklung und Garantie der Nachhaltigkeit des erreichten Therapieerfolges im Erwachsenenalter.

Diätetik

Ziel der Methode Diätetik bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen ist entweder den Stoffwechseldefekt zu umgehen und/oder die Anhäufung toxischer Stoffwechselmetaboliten zu vermeiden.

Die Kontrolle des Entwicklungsstandes des Kindes erfolgt somatisch und psychisch.

Sachverständiger 2

1. Hinauszögern der Progression der u.g. Symptomatik der CF bzw. Linderung von Symptomen, insbesondere Sekundärprävention der Malnutrition

2. Verbesserung der Lebenserwartung
3. Förderung der Lebensqualität der von Mukoviszidose Betroffenen

Atemwege und Lunge:

Chronische Obstruktion, rezidivierende Infektionen, Bronchiektasen, Emphysem, letztlich Zerstörung des Lungengewebes verbunden mit zunehmender respiratorischer Insuffizienz. Mit ca. 96 % ist die fortschreitende Lungenzerstörung die Todesursache bei Mukoviszidose.

Herz:

Rechtsherzinsuffizienz.

Pankreas:

Obstruktive Pankreatitis mit progredienter Fibrose und Destruktion der Drüsen, dadurch exokrine Pankreasinsuffizienz, dadurch chronische Verdauungsstörungen und Gefahr von schwerem Untergewicht; endokrine Pankreasinsuffizienz Diabetes mellitus Typ 3c.

Leber:

Hepatomegalie mit Fettleber, Mikrogallenblase, Leberzirrhose, in Folge Ösophagusvarizen.

Magen- und Darmtrakt

Mekoniumileus beim Neugeborenen; Distales intestinales Obstruktionssyndrom (DIOS) beim älteren Kind oder Erwachsenen; Gastroösophagealer Reflux.

Hals-Nasen-Ohren

Chronische Sinusitis, Polyposis nasi.

Knochen, Bindegewebe und Gelenke

Hypertrophe Osteoarthropathie, CF-Arthritis, Osteoporose.

Urogenitaltrakt

Amyloidose der Niere.

Reproduktionsorgane:

Eingeschränkte Fertilität bei Frauen, Infertilität bei Männern

Ziele der Behandlung wie in der Qualitätssicherung Mukoviszidose beschrieben:

- Alle Betroffenen sind normalgewichtig.
- Normale Lungenfunktion bei 70% der betroffenen Erwachsenen.

- Vermeidung der häufigen Lungenentzündungen mit *Pseudomonas aeruginosa*. 30% der 18-jährigen Betroffenen sollen keine Infektion mit diesem Problemkeim haben.
- Keine schwerwiegenden Komplikationen bis zum 18. Lebensjahr

7. Welche dieser Ziele sind (ggf. teilweise) in welchem Stadium der Erkrankung und in welchem Lebensalter mit der o. g. Behandlung zu erreichen?

Sachverständiger 1

vgl. Antwort zu Frage sechs.

Sachverständiger 2

Die unter Punkt fünf dieses Fragebogens beschriebene Behandlung beginnt sofort nach der Diagnose und erfolgt lebenslang. Sie orientiert sich an den jeweils auftretenden Symptomen der Multiorganerkrankung Mukoviszidose.

8. Wie ist die Wirksamkeit einer Behandlung mit der o. g. Behandlung im Vergleich zu anderen (etablierten) Behandlungs-Methoden und / oder im Vergleich zum Spontanverlauf?

Sachverständiger 1

Spontanverlauf s.o.

Es gibt neben der für die Diättherapie (inkl. ggf. ergänzender Pharmakotherapie) erforderlichen Ernährungsberatung keine alternativen Behandlungsmöglichkeiten.

Sachverständiger 2

Die Mukoviszidose ist ohne Behandlung frühletal. Die o.a. Behandlung erreichte, dass die Mukoviszidose sich von einer frühletalen Behandlung zu einer schweren chronischen Erkrankung wandelte. Der Median der kumulativen Überlebenswahrscheinlichkeit betrug 2005 mindestens 36,8 Jahre und im Jahr 2010 41,6 Jahre. Nach wie vor verläuft die Mukoviszidose allerdings tödlich. Damit versterben CF-Patienten wesentlich früher als die übrige Bevölkerung in Deutschland.

9. Ist angesichts der von Ihnen ggf. unter Frage fünf aufgeführten Behandlungsalternativen die Behandlung mit der „ambulanten Ernährungsberatung“ erforderlich und wenn ja, warum?

Sachverständiger 1

Entfällt

Sachverständiger 2

Die unter fünftens angeführten symptomorientierten, so früh wie möglich (sofort nach der Diagnose) einsetzenden und lebenslang durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen sind in ihrer Gesamtheit notwendig. Ambulante Ernährungsberatung ist keine Alternative zu den o.a. Behandlungsmaßnahmen, sondern ein unumgängliches Element der Therapie der CF.

Näheres zur bei Mukoviszidose notwendigen Ernährungstherapie und ambulanten Ernährungsberatung:

Die Ernährung hat bei Mukoviszidose einen besonderen hohen Stellenwert. Bei 85-90% der Patienten liegt eine exokrine Pankreasinsuffizienz vor. Das heißt, die Zellen in der Bauchspeicheldrüse sind nicht in der Lage, die zur Verdauung von Fett und Eiweiß notwendigen Enzyme herzustellen. Dies führt unbehandelt zu schweren Verdauungsstörungen und Untergewicht. Gleichzeitig haben Mukoviszidosepatienten aufgrund der vermehrten Anstrengungen von Atmung und Husten sowie der häufigen Lungeninfektionen einen erhöhten Energiebedarf.

Der Ernährungszustand der CF-Patienten wirkt sich sehr stark auf die Körperentwicklung und den allgemeinen Gesundheitszustand der Betroffenen aus. Die fortschreitende Lungenfunktionsstörung und Untergewicht bedingen sich gegenseitig.

Ein unzureichender Ernährungszustand zieht so auch eine Verschlechterung der Lungenfunktion und somit eine Verminderung der Lebenserwartung der Patienten nach sich. Untergewicht ist ein wesentlicher ungünstiger prognostischer Parameter bezüglich der Lebenserwartung.

Vgl. Corey M, McLaughlin FJ, Williams M, Levison H. A comparison of survival, growth, and pulmonary function in patients with cystic fibrosis in Boston and Toronto. J Clin Epidemiol 1988; 41 (6): 583-91.

Eine verbesserte ernährungstherapeutische Behandlung kann den Verlauf der Erkrankung günstig beeinflussen (s.o.). Die Erhaltung bzw. die Wiederherstellung des Körpergewichtes ist also eine wesentliche Behandlungsmaßnahme bei Mukoviszidose. Mit einem besseren Ernährungszustand geht zudem ein besserer kognitiver Status einher.

Vgl. Kosciak RL, Farrell PM, Kosorok MR, Zaremba KM, Laxova A, Lai HC, Douglas JA, Rock MJ, Splaingard ML. Cognitive function of children with cystic fibrosis: deleterious effect of early malnutrition. *Pediatrics* 2004; 113 (6): 1549-58.

Damit der Ernährungszustand erreicht wird, benötigen die Familien sowie erwachsene Patienten Beratung und Schulung.

Vgl. Stark LJ, Powers SW. Behavioral aspects of nutrition in children with cystic fibrosis. *Curr Opin Pulm Med* 2005; 11 (6): 539-42.

Vgl. Palm B, Dockter G. Ernährungssituation bei Mukoviszidose. Ergebnisse einer multizentrischen Studie. *Ernährungs-Umschau* 2003; 50 (3): 176-7.

In den Leitlinien der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) zur Behandlung der Mukoviszidose sind im diättherapeutischen Bereich 3 Stufen der Ernährungsinterventionen festgelegt.

Der erste Punkt bezieht sich auf die Prävention von Untergewicht und hat folgende Inhalte:

- Die Patienten benötigen in ihrer altersentsprechenden Nahrung eine höhere Energiedichte. Dieses lässt sich am effektivsten mit einem höheren Fettgehalt der Nahrung, die auf fünf bis sechs Mahlzeiten am Tag verteilt ist, umsetzen
- Die Störung der Funktion der Bauchspeicheldrüse muss durch eine ausreichende Gabe von Verdauungsenzymen und fettlöslichen Vitaminen ausgeglichen werden. Die Verdauungsenzyme müssen individuell auf den Fettgehalt der Nahrung abgestimmt werden. In Schulungen erlernen die Eltern und Kinder die individuelle Gabe der Verdauungsenzyme. Hinsichtlich der Enzymsubstitution ist darauf hinzuweisen, dass die Dosierung gewissenhaft zu erfolgen hat, da es bei Dosierungsfehlern zu Problemen bis zum Darmverschluss kommen kann.
- Der Ernährungsstatus muss ständig überprüft werden.

Der zweite und dritte Punkt beziehen sich auf die Therapie bei beginnendem oder bestehendem Untergewicht:

- Intensivierung der Ernährungsberatung (zeitnahe Kontrollen)
- Überprüfung und Optimierung der Enzymgabe und Nahrungszufuhr
- ggf. Gabe von oraler Sondenkost, ggf. Einsatz einer PEG (perkutane endoskopische Gastrostomie)
- Ernährungstherapeutische Betreuung in der Phase der Intensivmedizin bei Lungentransplantations Vor- und Nachbetreuung

Vgl. Posselt H-G, Smaczny C, Stern, M. Leitlinien der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE). Stand Juli 2005. In: Kinder- und Jugendheilkunde. München: Urban und Fischer, 2006.

So auch der Europäische Consensus zur Ernährung von Patienten mit CF: Sinaasappel M, Stern M, Littlewood J, Wolfe S, Steinkamp G, Heijerman HG, Robberecht E, Doring G. Nutrition in patients with cystic fibrosis: a European Consensus. J Cyst Fibros 2002; 1 (2): 51-75.

Eine Komplikation bei fortschreitender Erkrankung stellt der Mukoviszidose-induzierte Diabetes dar, der aufgrund der Pankreasinsuffizienz bei knapp 30% der erwachsenen Mukoviszidosepatienten vorliegt. Der Diabetes bei CF unterscheidet sich zu dem herkömmlichen Diabetes und bedarf einer mukoviszidosespezifische Ernährungstherapie. Auch hier ist eine intensiven Beratung und Schulung der Patienten zur korrekten Einstellung des Diabetes unumgänglich.

Damit Eltern und Patienten die spezielle Diättherapie verstehen und angemessen umsetzen können, ist neben der Überwachung und Feststellung des Ernährungsstatus seitens des behandelnden Arztes eine krankheitsentsprechende Ernährungsberatung durch speziell für Mukoviszidose geschulte Diätassistenten/Dipl.Oecotrophologen (vgl. dazu www.muko.info, Arbeitskreise, Arbeitskreis Ernährung sowie VDD Berufsrichtlinien, § 1, bes. § 1.2 unumgänglich).

Diese Beratung und Schulung ist besonders wichtig, wenn Veränderungen oder gar Krisen auftreten, z.B. gleich nach der Diagnose, bei schweren anhaltenden Lungeninfekten, beim Eintritt in den Kindergarten, bei der Einschulung, in der Pubertät (speziell junge Mädchen und Frauen mit CF müssen über die für sie besonderen Gefahren des gesellschaftlich grassierenden Schlankheitsideals aufgeklärt werden), bei einer chronischen Verschlechterung

des Lungenzustandes, zur Erzielung eines optimalen Ernährungszustandes als Vorbereitung zur Lungentransplantation.

Der European Standard of Care for Patients with Cystic Fibrosis schreibt als Mitglied des multidisziplinären Teams an einem CF-Zentrum den CF- Dietitian/ nutritionist vor. Seine Aufgabe wird wie folgt beschrieben: „to advise and educate patients and care givers about the principles of nutritional management in CF...“

Vgl. Kerem E, Conway S, Elborn S, Heijerman H. Standards of care for patients with cystic fibrosis: a European consensus. J Cyst Fibros 2005; 4 (1): 7-26.

Auch der Europäische Consensus zur Ernährung von Patienten mit CF setzt Ernährungsberatung selbstverständlich voraus: Sinaasappel M, Stern M, Littlewood J, Wolfe S, Steinkamp G, Heijerman HG, Robberecht E, Doring G. Nutrition in patients with cystic fibrosis: a European Consensus. J Cyst Fibros 2002; 1 (2): 51-75.

Die **Ernährungsberatung** ist somit eine weitere Säule in der Behandlung der Mukoviszidose. Die Leistungserbringung sollte im Zentrum erfolgen.

10. Welche einzelnen Maßnahmen kommen zum Einsatz und wie lange dauern die einzelnen Behandlungseinheiten?

Sachverständiger 1

Beratungen, Schulungen und praktische Übungen. Eine ständige Erreichbarkeit für Ernährungsfragen eines Beraters (Diätassistent/in) muss gegeben sein.

Der Zeitaufwand pro Beratung beträgt > ½ Stunde.

Sachverständiger 2

Erhebung des Ernährungsstatus, vgl. Punkt zwei dieses Fragebogens

Je nach Ergebnis des Ernährungsstatus:

- Ernährungsanamnesen und allgemeine Ernährungsberatung
- Erhebung und Auswertung eines Ernährungsprotokolls
- Schulung der Eltern, der Betroffenen zur Anfertigung des Protokolls

- Schulung Eltern und Betroffene zur Ernährung bei CF
- Beratung von Eltern und Betroffenen zur Anfertigung der hochkalorischen Ernährung
- Beratung der Eltern bei Essproblemen des Kindes
- Beratung und Schulung von Eltern und Betroffenen zur Berechnung der individuell notwendigen Pankreasdosierungen, bezogen auf den Fettgehalt der Nahrung
- Beratung und Schulung von Eltern und Betroffenen zur CF-gerechten Ernährung bei Auftreten eines Diabetes mellitus
- Schulung und Beratung von Eltern und Betroffenen zur Durchführung einer zusätzlichen enteralen Ernährung, hochkalorischen Ernährung mit PEG (s.o.) sowie zur korrekten Enzymgabe bei Sondenkost
- Beratung bei speziellen Situationen und Begleiterkrankungen, wie z. B. Osteoporose, Lungentransplantation, Zöliakie
- Schulung und Beratung bei Einführung einer Ernährung über PEG oder nasogastrale Sonde

Dauer der Maßnahmen:

- Erstberatung: ca. eine Stunde
- Zweitberatung: ca. 45 Minuten
- Routine-Beratungen: ca. 30 Minuten
- Auswertung von Ernährungsprotokollen: ca. zwei Stunden
- Besprechung von Ernährungsprotokollen: ca. 30 Minuten
- PEG-Schulung: ca. 1,5 Stunden
- Kinder-Jugendliche-Ernährungsschulung: ca. 1,5 Stunden
- Diabetes-Schulung (bei Einstellung auf Insulin): ca. eine Woche – täglich ca. zwei Stunden

Vgl. H.-G. Posselt H-G, Smaczny C, Stern, M. Leitlinien der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE). Stand Juli 2005. In: Kinder- und Jugendheilkunde. München: Urban und Fischer, 2006.

Vgl. Palm B, Dockter G. "Eine Reise durch den Verdauungstrakt" - Schulungskonzept für Kinder mit Mukoviszidose. Ernährungs-Umschau 2000; 47 (2): 101-6.

11. Wie häufig sollten die Behandlungseinheiten insgesamt durchgeführt werden und welche Kriterien sind hierfür maßgebend?

Sachverständiger 1

Die Häufigkeit der Behandlungseinheiten kann wöchentlich bis jährlich erforderlich sein. Je jünger die Patientin oder der Patient ist, desto häufiger muss aufgrund der sich ändernden somatischen Situation eine Behandlung durchgeführt werden. Je besser die Patientin oder der Patient eingestellt, desto seltener. Die Ernährungsberatung erfolgt jeweils begleitend zu jedem Arztkontakt, ggf. auch darüber hinaus bei Rückfragemöglichkeit an den behandelnden Arzt.

Sachverständiger 2

Ernährungsberatung und -anamnese ¼ -jährlich empfohlen, jedoch mind. Einmal pro Jahr. Bei Gewichtsverlust oder Gedeihstörung: ¼-jährliche Ernährungsberatung, ggf. häufiger (zusätzlich auch telefonische Kontakte).

Vgl. Posselt H-G, Smaczny C, Stern, M. Leitlinien der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE). Stand Juli 2005. In: Kinder- und Jugendheilkunde. München: Urban und Fischer, 2006.

12. Wie (z. B. Untersuchungstechniken, Apparaten, Gesundheitsskalen) werden die therapeutischen Ergebnisse (Zielgrößen) gemessen?

Sachverständiger 1

Die Therapieüberprüfung erfolgt

- per Stoffwechselfparameter
- per somatischer/psychologischer Testung

Sachverständiger 2

Feststellung des **Ernährungsstatus** im Laufe der Behandlung der CF:

- Gewichts- und Längenwerte werden in die aktuellen Perzentilenkurven für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr eingetragen. Aus den erhobenen Daten ist die BMI-Perzentile zu errechnen. Für Erwachsene wird der Ernährungszustand als Body Mass Index (BMI) berechnet.
- Jährliche Kontrolle des Blutbildes
- Albumin bei Bedarf, Gewichtsverlust oder Gedeihstörung
- Vitamin B12 nach Ileumresektion
- Bei Zeichen einer Malnutrition: Elektrolytwerte (Serum und Urin), Säure-Basen-Haushalt, Harnstoff.
- vier-Tage Ernährungsprotokoll, Enzym-Protokoll, Fettbilanzierung zur optimalen Einstellung und Überwachung der Pankreasenzymsubstitution (jährlich im Kindesalter; später 3jährlich, zusätzlich bei mangelndem Gedeihen.
- Zur Klärung der Pankreasfunktion bei jedem neu diagnostizierten CF-Patienten: Bestimmung der Elastase I im Stuhl. Bei jedem neu diagnostizierten Patienten mit pathologischem Elastase-Wert: 72-Std. Stuhlfettbestimmung.
- 72-Std. Stuhlfettbestimmung. in Verbindung mit Ernährungsprotokoll bei Gewichtsverlust oder Gedeihstörung
- Vitamin A, D, E jährlich, zusätzlich bei Bedarf
- Elektrolyte bei Bedarf, bei Gewichtsverlust oder Gedeihstörung, sommerliche Hitze

Vgl. Posselt H-G, Smaczny C, Stern, M. Leitlinien der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE). Stand Juli 2005. In: Kinder- und Jugendheilkunde. München: Urban und Fischer, 2006.

Zur Prävention bei pankreasinsuffizienten Patienten:

- Quantitatives Ernährungsprotokoll über vier bis sieben Tage mit detaillierten Angaben zur Pankreasenzymsubstitution und gleichzeitiger Fettausscheidung im dreitägigen Sammelstuhl.

- Bei bereits aufgetretenem Untergewicht zusätzlich Ernährungsprotokolle.

Vgl. Posselt H-G, Smaczny C, Stern, M. Leitlinien der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE). Stand Juli 2005. In: Kinder- und Jugendheilkunde. München: Urban und Fischer, 2006.

13. Ist die o. g. Behandlung ausschließlich, alternativ oder additiv anzuwenden?

Sachverständiger 1

Entfällt

Sachverständiger 2

Die Ernährungstherapie ist eine unabdingbare Säule der CF-Behandlung (vgl. Punkt 9 dieses Fragebogens).

14. Kommt diese Behandlung nur als Einzeltherapie oder auch als Gruppentherapie zur Anwendung, worin bestehen entsprechende Zuordnungskriterien? Für den Fall, dass eine Gruppenbehandlung sinnvoll bzw. möglich ist, geben Sie bitte an, wie groß die Gruppen sein sollten, in denen eine bestmögliche Behandlung aus medizinischer Sicht realisiert werden kann.

Sachverständiger 1

Die Einzelberatung ist zwingend notwendig, Gruppenberatung/-schulung kann diese nicht ersetzen. Gruppenschulungen Patienten/Bezugspersonen sinnvoll, auch zur Auffrischung geeignet, auch aus Effizienzgründen und zum Austausch der Patienten untereinander. Die Gruppengröße ist sehr variabel aufgrund der Seltenheit der Erkrankungen, sie sollte unter zehn Personen sein, da ggf. Sprach- und Verständnisbarrieren bestehen, und praktische Arbeiten/Kochen vorgenommen wird.

Sachverständiger 2

Alle Modi sind im Prinzip möglich. Allerdings können sich Patienten gegenseitig mit pathogenen Lungenkeimen (besonders *Pseudomonas aeruginosa*) infizieren (vgl. Hygiene-Maßnahmen im European Consensus of Care), so dass Einzelberatungen aus hygienischen Gründen zu bevorzugen sind. Da die Ernährungstherapie individuell abzustimmen ist, muss in

jedem Fall auch Einzeltherapie durchgeführt werden. In Gruppen können ergänzend nur allgemeine Grundlagen vermittelt werden.

15. Welche Risiken sind bei Anwendung der o. g. Behandlung verbunden?

Sachverständiger 1

Entfällt

Sachverständiger 2

Mit einer fachgerecht durchgeführten Ernährungstherapie sind keine Risiken verbunden.

16. Gibt es verschiedene Varianten / definierbare Einzelbestandteile der o. g. Behandlung, wie werden sie bezeichnet, worin bestehen die Unterschiede und welche sind als optimal anzusehen?

Sachverständiger 1

- theoretische Grundlagen (Lesen von Diätplänen, Tauschtabellen) sowie
- praktische Fertigkeiten,
- Beratung von Bezugspersonen (Eltern, Betreuer, Lehrer)

Sachverständiger 2

Entfällt

17. Welches Therapieschema / definierbare Einzelbestandteile muss / müssen in welchem Stadium der o. g. Erkrankung eingehalten werden und wie ist dieses belegt?

Sachverständiger 1

Es existieren Konsensempfehlungen für die Therapien durch die Arbeitsgemeinschaft pädiatrische Stoffwechselstörungen (APS) und andere. Höhere Evidenzlevel sind nicht erreichbar, wegen kleiner Zahlen und ethischen Einschränkungen.

Sachverständiger 2

Die jeweiligen Einzelbestandteile der Therapie (Erheben des Ernährungsstatus; Anfertigen, Auswerten eines Ernährungsprotokolls; Schulung und Beratung von Patienten und Eltern) folgen den in Punkt zehn bis zwölf angegebenen Situationen im Krankheitsverlauf der CF und werden inhaltlich entsprechend gestaltet.

18. Welche Qualifikationen sind vom verordnenden Arzt zu fordern?

Sachverständiger 1

Vertiefte Kenntnisse in pädiatrischer Stoffwechselmedizin (nicht in Musterweiterbildungsordnung) sind Voraussetzung. Hierzu gehören klinische Erfahrung (ca. 24-36 Monate), gute biochemische Vorbildung, regelmäßige Weiterbildung.

Für erwachsene Patienten ist bisher keine entsprechende Qualifikation geregelt.

Sachverständiger 2

Der Arzt muss auf die Behandlung der Mukoviszidose spezialisiert sein (vgl. Empfehlungen zur Zertifizierung von Seiten des Mukoviszidose-Instituts, Bonn).

19. Welche Qualifikationen sind von den Leistungserbringern zu fordern?

Sachverständiger 1

- spezialisierte, zertifizierte Weiterbildung (theoretisch + praktisch), z.B. VDD
- Supervision (Behandlung unter Anleitung/Aufsicht),
- regelmäßige Fortbildung

Je komplexer und seltener die Erkrankung, desto eher muss die Behandlung/Betreuung an einem Zentrum erfolgen.

Sachverständiger 2

Diätassistenten/Dipl.Oecotrophologen müssen speziell für die Durchführung einer fachgerechten Ernährungstherapie bei Mukoviszidose geschult werden (vgl. dazu

www.muko.info, Arbeitskreise, Arbeitskreis Ernährung) sowie VDD Berufsrichtlinien, § 1, bes. § 1.2. Dies ist unumgänglich.

20. Werden andere Behandlungen durch die „ambulante Ernährungsberatung“ überflüssig und warum?

Sachverständiger 1

Nein.

Sachverständiger 2

Nein.

Wie bereits in Punkt neun dieses Fragebogens dargestellt, ist die fachgerechte Ernährungsberatung ein unumgänglicher Punkt in der Therapie der Mukoviszidose.

21. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

Sachverständiger 1

Nach Aussage des Experten ist keine abweichende Expertenmeinung in der Fachöffentlichkeit bekannt/in Diskussion.

Sachverständiger 2

Die ambulante Ernährungsberatung wird an den Mukoviszidose-Spezialambulanzen erbracht (vgl. Empfehlungen zur Zertifizierung). Nach Aussage des Experten stellen die dargelegten Informationen einen breiten Konsens in der Fachöffentlichkeit dar.

B-4.8.3 Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen und bei der Mukoviszidose

Die Ernährungsberatung ist bei den angeborenen Stoffwechselerkrankungen wesentlicher und unverzichtbarer Bestandteil der Therapie, ohne die schwere gesundheitliche Schädigungen bis hin zum Tod die unausweichliche Folge wäre.

Ernährungsberatung ist Teil einer multidisziplinären Therapie. Aufgrund der Seltenheit der Erkrankungen bedarf es spezieller Kenntnisse der Leistungserbringer. Eine Schwerpunktversorgung ist nach Empfehlung des Experten fachlich geboten.

Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Ernährungsberatung zu den folgenden angeborenen Stoffwechselerkrankungen sind nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf Grundlage der Aussagen von Sachverständigen belegt.

z. B.:

Biotinidasemangel

Galaktosämie

Aminoacidopathien (z.B.: Phenylketonurie (PKU) und Hyperphenylalaninämie (HPA) Ahornsirupkrankheit (MSUD),

Fettsäureoxidationsdefekte (z.B.: Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD), Long-Chain-3-OH-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (LCHAD), Very-Long-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (VLCAD),

Carnitinzyklusdefekte (z.B.: Carnitin-Palmitoyl-Transferase-I-Mangel (CPT-I) Carnitin-Palmitoyl-Transferase-II-Mangel (CPT-II) , Carnitin-Acylcarnitin-Translocase-Mangel (CAT),

Organoacidämien (z.B.: Glutaracidurie Typ I (GA I), Isovalerianacidämie (IVA)

Die Ernährungsberatung ist bei der Mukoviszidose eine der wesentlichen Säulen der Therapie der Mukoviszidose, ohne die es zu schweren gesundheitlichen Schädigungen und verminderter Lebenserwartung kommt.

Ernährungsberatung ist Teil einer multidisziplinären Therapie. Aufgrund der Seltenheit der Erkrankungen bedarf es spezieller Kenntnisse der Leistungserbringer.

Eine Schwerpunktversorgung ist nach Empfehlung des Experten fachlich geboten.

In diesem Kontext sind der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Ernährungsberatung bei der Mukoviszidose nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf Grundlage der Aussagen von Sachverständigen belegt.

B-4.9 Weitere Indikationen aus den Stellungnahmen

Für andere in den Stellungnahmen genannten Indikationen, z. B. entzündliche Magen- und Darmerkrankungen (Colitis ucerosa, M. Crohn), Kurzdarmsyndrom, Magengeschwür, Hyperurikämie, Gicht, Psoriasis vulgaris, Psoriasis arthritis konnten weder in der ursprünglichen Literaturrecherche noch in der Leitlinienrecherche Studien identifiziert werden, die den in Kapitel B-2.3 genannten Einschlusskriterien entsprechen.

Die oben genannten Indikationen sind in der Regel nicht tödlich verlaufend und zur alleinigen Ernährungsberatung sind überwiegend Behandlungsalternativen vorhanden (z. B. medikamentöse Behandlung). Es konnten keine Studien identifiziert werden, obwohl diese nicht unmöglich oder unangemessen wären (auch aus ethischen Gründen möglich). Auch auf Grund der Inzidenzen wären Studien möglich. Von den Stellungnehmern nach der Veröffentlichung des Beratungsthemas wurden auch keine entsprechenden Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Der Nutzen einer alleinigen Ernährungsberatung hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte bei den genannten weiteren Indikationen lässt sich aufgrund fehlender vergleichender Studien nicht belegen.

Auf Grund der Bewertung der vorliegenden Unterlagen unter Berücksichtigung der medizinischen Relevanz, des Spontanverlaufs der Erkrankung und der therapeutischen Alternativen (s. 2. Kap. § 13 Abs. 3 in Verbindung mit § 10 Abs. 2 und § 11 Abs. 6 VerfO) kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass für eine alleinige Ernährungsberatung bei Patienten mit diesen Indikationen die medizinische Notwendigkeit zurzeit nicht gegeben ist.

B-5 Zusammenfassende Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung

Wie bereits in Kapitel B 2.1. ausgeführt, entspricht es der derzeitigen medizinischen Versorgungspraxis, dass Maßnahmen der Ernährungsmedizin einschließlich der Ernährungsberatung bei der Behandlung von Krankheiten und in der Rehabilitation nicht als isolierte Einzelmaßnahme, sondern als eine von mehreren Therapieansätzen erbracht werden.

Der G-BA soll über die Aufnahme der Ernährungsberatung als neues verordnungsfähiges Heilmittel nach § 138 SGB V i.V.m. § 135 SGB V entscheiden. Die geforderte Nutzenbewertung ist aus methodischen Gründen nur für die Ernährungsberatung als Einzelmaßnahme möglich. Der Nutzen der Ernährungsberatung im Rahmen multimodaler, interdisziplinärer Behandlungsmaßnahmen im Krankenhaus oder in Rehabilitationseinrichtungen ist nicht Gegenstand einer Nutzenbewertung nach § 138 SGB V.

Die berücksichtigten Studien geben keinen Beleg eines Nutzens der alleinigen Ernährungsberatung (vgl. Definition B-2) hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte bei den berücksichtigten Indikationen Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Hypercholesterinämie/Hyperlipidämie, Hypertonie, Niereninsuffizienzen, Onkologische Erkrankungen, Osteoporose, Schlafapnoe, Psychose und chronische Herzinsuffizienz (s. Kapitel B-4.1 bis B-4.7).

In einigen der ausgewerteten Studien zeigten sich Hinweise auf die Wirksamkeit der Ernährungsberatung bezogen auf Surrogatparameter, z. B. zur Senkung des Körpergewichts bzw. des BMI bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, zur Blutdruckreduktion bei Hypertonikern sowie zur Senkung des Phosphatspiegels bei Patienten mit fortgeschrittener Niereninsuffizienz. Einige Studien bei onkologischen Erkrankungen gaben Hinweise für eine Reduzierung von Nebenwirkungen und eine Verbesserung der Lebensqualität durch Ernährungsberatung.

Aufgrund von qualitativen Mängeln oder fehlender klinischer Relevanz waren diese Studien allerdings trotz statistisch signifikanter Ergebnisse nicht geeignet, den Nutzen einer alleinigen Ernährungsberatung zu belegen.

Bei den Indikationen Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Hypercholesterinämie/Hyperlipidämie, Hypertonie, Niereninsuffizienzen, Onkologische Erkrankungen, Osteoporose, Schlafapnoe, Psychose und chronische Herzinsuffizienz ist auf Grund der Bewertung der vorliegenden Unterlagen unter Berücksichtigung der medizinischen Relevanz, des Spontanverlaufs der Erkrankung und der therapeutischen Alternativen (s. 2.

Kap. § 13 Abs. 3 in Verbindung mit § 10 Abs. 2 und § 11 Abs. 6 VerfO) die medizinische Notwendigkeit für eine alleinige Ernährungsberatung nicht gegeben.

Bei den angeborenen Stoffwechselerkrankungen (z. B. Phenylketonurie) und der Mukoviszidose sind nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sowie auf Grundlage der Aussagen von Sachverständigen unter Berücksichtigung der medizinischen Relevanz, des Spontanverlaufs der Erkrankung und der therapeutischen Alternativen (s. 2. Kap. § 13 Abs. 3 in Verbindung mit § 10 Abs. 2 und § 11 Abs. 6 VerfO) der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit für eine Ernährungsberatung gegeben.

Der Nutzen einer alleinigen Ernährungsberatung hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte bei den in den Stellungnahmen genannten weiteren Indikationen, z. B. entzündliche Magen- und Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa, M. Crohn), Kurzdarmsyndrom, Magengeschwür, Hyperurikämie, Gicht, Psoriasis vulgaris, Psoriasis arthritis lässt sich aufgrund fehlender vergleichender Studien nicht belegen.

Auf Grund der Bewertung der vorliegenden Unterlagen unter Berücksichtigung der medizinischen Relevanz, des Spontanverlaufs der Erkrankung und der therapeutischen Alternativen (s. 2. Kap. § 13 Abs. 3 in Verbindung mit § 10 Abs. 2 und § 11 Abs. 6 VerfO) kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass für eine alleinige Ernährungsberatung bei Patienten mit diesen Indikationen die medizinische Notwendigkeit zurzeit nicht gegeben ist.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Nutzen und medizinische Notwendigkeit der Ernährungsberatung bei den angeborenen Stoffwechselerkrankungen und der Mukoviszidose nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse belegt sind.

B-6 Anhang

B-6.1 Ankündigung des Bewertungsverfahrens

B-6.1.1 Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger

Bekanntmachungen

■ **Bundesministerium für Gesundheit
und Soziale Sicherung**

Bekanntmachung [1843 A]
des Gemeinsamen Bundesausschusses
gemäß § 91 Abs. 5
des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)
über die anstehende Methodenbewertung
der Ambulanten Ernährungsberatung

Vom 21. Oktober 2005

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) überprüft gemäß gesetzlichem Auftrag für die ambulante und stationäre medizinische Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue Behandlungsverfahren daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse gegeben sind. Das Ergebnis der Überprüfung entscheidet darüber, ob ein Behandlungsverfahren zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden darf.

Entsprechend der Festsetzung des vom G-BA beauftragten Unterausschusses vom 16. September 2005 wird folgendes Thema beraten:

Ambulante Ernährungsberatung

Mit dieser Veröffentlichung soll insbesondere Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Dachverbänden von Ärztesellschaften, Spitzenverbänden der Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen sowie den Spitzenorganisationen der Hersteller von Medizinprodukten und -geräten Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden.

Stellungnahmen sind anhand eines Fragenkataloges innerhalb einer Frist von 6 Wochen nach dieser Veröffentlichung möglichst in elektronischer Form einzureichen und an folgende Adresse zu senden:

ernaehrungsberatung@g-ba.de

Den Fragenkatalog sowie weitere Erläuterungen erhalten Sie unter der genannten E-Mail-Adresse und bei der Geschäftsstelle des G-BA:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Geschäftsführung
Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

Siegburg, den 21. Oktober 2005

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende
H e s s

Veröffentlicht am
5.11.2005, BAnz Nr.
209, S. 15750

**B-6.1.2 Fragenkatalog zur strukturierten Einholung von Stellungnahmen
anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens**

Erläuterungen zur Beantwortung des beiliegenden Fragenkatalogs zur Überprüfung der „Erährungsberatung im Rahmen der ambulanten Krankenversorgung (Ambulante Ernährungsberatung)“

Gegenstand der Nutzenbewertung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist die medizinische Ernährungsberatung im Rahmen der ambulanten Krankenversorgung. Im Einklang mit internationalen Auffassungen stellt die medizinische Ernährungsberatung die eigentliche Tätigkeit von Diätassistentinnen und Diätassistenten dar.

Zu den Inhalten der zu bewertenden Methode gehören die Durchführung diättherapeutischer und ernährungsmedizinischer Maßnahmen sowie ernährungstherapeutische Beratungen und Schulungen. Dagegen stehen einzelne medizinische „Diättherapien (ugs.: Diäten)“ selbst nicht zur Bewertung ihres Nutzens an. Sie sind vielmehr Objekt der Ernährungsberatung, die wiederum auf die Erhöhung der Akzeptanz von Diättherapien abzielt.

Bitte nutzen Sie zur Abgabe Ihrer Stellungnahme den beigefügten Fragenkatalog und tragen Sie in der Kopfzeile des Fragenkatalogs Ihren Namen bzw. den Namen Ihrer Organisation ein. Bitte belegen Sie jede Antwort nach Möglichkeit durch Angabe von Quellen und legen Sie diese im Volltext bei (z. B. Studien, wiss. Literatur, Konsenssergebnisse, Leitlinien). Zur Auflistung der von Ihnen zitierten Literatur verwenden Sie bitte die beigefügte Tabellen-Vorlage „Literaturverzeichnis“.

Bitte übersenden Sie uns Ihre Stellungnahme einschließlich aller Anlagen möglichst auf elektronischem Wege.

Vielen Dank.

Fragenkatalog zur Einholung von Stellungnahmen zur
 „Ambulanten Ernährungsberatung“
 "[Hier Name / Organisation des Stellungnehmers eingeben]"

Fragen zum therapeutischen Nutzen

1.	Auf welche Erkrankungen bzw. Indikationen (Diagnose, Symptomatik, Funktionsstörung) bezieht sich Ihre Stellungnahme?	
2.	An Hand welcher diagnostischer Verfahren und ggf. welcher nachprüfbarer Parameter wird die o. g. Indikation festgestellt?	
3.	Wie hoch ist die Prävalenz / Inzidenz der o. g. Erkrankungen in Deutschland?	
4.	Wie ist der Spontanverlauf bei den o. g. Erkrankungen?	
5.	Welche Methoden stehen zur Behandlung der o. g. Erkrankungen grundsätzlich zur Verfügung?	
6.	Welche prioritären Ziele gelten für die Behandlung der o. g. Erkrankungen / Indikationen?	
7.	Welche dieser Ziele sind (ggf. teilweise) in welchem Stadium der Erkrankung und in welchem Lebensalter mit der o. g. Behandlung zu erreichen?	
8.	Wie ist die Wirksamkeit einer Behandlung mit der o. g. Behandlung im Vergleich zu anderen (etablierten) Behandlungsmethoden und / oder im Vergleich zum Spontanverlauf?	
9.	Ist angesichts der von Ihnen ggf. unter Frage 5 aufgeführten Behandlungsalternativen die Behandlung mit der „ambulanten Ernährungsberatung“ erforderlich und wenn ja, warum?	
10.	Welche einzelnen Maßnahmen kommen zum Einsatz und wie lange dauern die einzelnen Behandlungseinheiten?	
11.	Wie häufig sollten die Behandlungseinheiten insgesamt durchgeführt werden und welche Kriterien sind hierfür maßgebend?	

Bitte belegen Sie jede Antwort nach Möglichkeit durch Angabe von Quellen und legen Sie diese im Volltext bei (z. B. Studien, wiss. Literatur, etc.)

Fragenkatalog zur Einholung von Stellungnahmen zur
 „Ambulanten Ernährungsberatung“
 "[Hier Name / Organisation des Stellungnehmers eingeben]"

12.	Wie (z. B. Untersuchungstechniken, Apparaten, Gesundheitsskalen) werden die therapeutischen Ergebnisse (Zielgrößen) gemessen?	
13.	Ist die o. g. Behandlung ausschließlich, alternativ oder additiv anzuwenden?	
14.	Kommt diese Behandlung nur als Einzeltherapie oder auch als Gruppentherapie zur Anwendung, worin bestehen entsprechende Zuordnungskriterien? Für den Fall, dass eine Gruppenbehandlung sinnvoll bzw. möglich ist, geben Sie bitte an, wie groß die Gruppen sein sollten, in denen eine bestmögliche Behandlung aus medizinischer Sicht realisiert werden kann.	
15.	Welche Risiken sind bei Anwendung der o. g. Behandlung verbunden?	
16.	Gibt es verschiedene Varianten / definierbare Einzelbestandteile der o. g. Behandlung, wie werden sie bezeichnet, worin bestehen die Unterschiede und welche sind als optimal anzusehen?	
17.	Welches Therapieschema / definierbare Einzelbestandteile muss / müssen in welchem Stadium der o. g. Erkrankung eingehalten werden und wie ist dieses belegt?	
18.	Welche Qualifikationen sind vom verordnenden Arzt zu fordern?	
19.	Welche Qualifikationen sind von den Leistungserbringern zu fordern?	
20.	Werden andere Behandlungen durch die „ambulante Ernährungsberatung“ überflüssig und warum?	

Bitte belegen Sie jede Antwort nach Möglichkeit durch Angabe von Quellen und legen Sie diese im Volltext bei (z. B. Studien, wiss. Literatur, etc.)

Fragenkatalog zur Einholung von Stellungnahmen zur
„Ambulanten Ernährungsberatung“
" [Hier Name / Organisation des Stellungnehmers eingeben] "

Ergänzende Fragen zur Wirtschaftlichkeit

21. Wie hoch sind die Kosten der Einzel- bzw. der Gruppenbehandlung mit der „ambulanten Ernährungsberatung“? (je Anwendung / je Therapiezyklus / je Kalenderjahr)	
22. Wie sind die Kosten mit der o. g. Behandlung im Vergleich zu etablierten Methoden?	
23. Welche Kosten könnten durch den Einsatz der o. g. Behandlung vermieden werden?	

Sonstiges

24. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?	
---	--

Bitte belegen Sie jede Antwort nach Möglichkeit durch Angabe von Quellen und legen Sie diese im Volltext bei (z. B. Studien, wiss. Literatur, etc.)

B-6.1.3 Übersicht der eingegangenen Stellungnahmen anlässlich der Ankündigung des Bewertungsverfahrens

Lfd. Nr.	Institution	Briefdatum	Eingangsdatum
1.	Facharzt für Allgemeinmedizin (Dr. Ch. Charisius)	07.12.2005	Per Fax 07.12.2005 Per E-Mail 10.12.2005
2.	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)	12.12.2005	Per Fax 14.12.2005 Per E-Mail 08.01.2005 12.01.2006
3.	Vorsitzende der Berliner Diabetesgesellschaft Vorsitzende der Norddeutschen Diabetesgesellschaft Mitglied des wissenschaftl. Beirates vom Deutschen Institutes für Ernährungsforschung (DIFE) ÄK-Berlin und ÄK-Brandenburg für die Durchführung der Kurse „Ernährungsmedizin“		Per Fax 12.12.2005 Per E-Mail 05.01.2006
4.	Praxis für nachhaltige Gesundheitsförderung (Dr. P. Forster)		Per E-Mail 13.12.2005
5.	Deutscher Psoriasis Bund e. V. (DPB)	15.12.2005	Per Post 16.12.2005 Per E-Mail 15.12.2005
6.	Gütegemeinschaft Diät- und Vollkost e. V. (GDV)		Per E-Mail 15.12.2005

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Lfd. Nr.	Institution	Briefdatum	Eingangsdatum
7.	Verband für Ernährung und Diätetik e.V.	15.12.2005	Per E-Mail 16.12.2005 Per Post 19.12.2005 Per E-Mail 25.01.2006
8.	Mukoviszidose e. V.	16.12.2005	Per E-Mail 16.12.2005 Per Post 22.12.2005
9.	Kommission Krebs und Ernährung Deutsche Krebsgesellschaft		Per E-Mail 16.12.2005 Per E-Mail 23.12.2005
10.	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE)	13.12.2005	Per E-Mail 16.12.2005 Per Post 16.12.2005
11.	Bundesverband Medizintechnologie (BVmed)		Per E-Mail 16.12.2005
12.	Deutscher Heilbäderverband e. V. GDV (siehe Nr. 6)		Per E-Mail 16.12.2005
13.	Deutscher Allergie- und Asthmabund e. V.		Per E-Mail 16.12.2005
14.	Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie des Universitätsklinikums der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Stoffwechselambulanz)		Per E-Mail 16.12.2005
15.	Deutsche Interessensgemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU)		Per E-Mail 16.12.2005
16.	Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung e. V. Quetheb	17.12.2005	Per Post 19.12.2005

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

Lfd. Nr.	Institution	Briefdatum	Eingangsdatum
17.	Diätassistentin (Daniela Kluthe-Neis)	17.12.2005	Per E-Mail 18.12.2005
18.	Elterninitiative Galaktosämie e. V.		Per E-Mail 18.12.2005 Per E-Mail 15.02.2006
19.	Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin AG Pädiatrische Stoffwechselstörungen (APS)		Per E-Mail 19.12.2005
20.	Verband der Diplom-Oecotrophologen e. V. (VDOE)	19.12.2005	Per E-Mail 19.12.2005 Per Post 22.12.2005
21.	Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	21.12.2005	Per E-Mail 21.12.2005 Per Post 23.12.2005
22.	Ärztin für Innere Medizin (Dr. M. Toeller) Diabetologin Mitglied der Diabetes and Nutrition Study Group der Europäischen Diabetes- Gesellschaft		Per E-Mail 03.01.2006
23.	Verband der Diätassistenten e. V. VDD e. V.	06.01.2006	Per E-Mail 06.01.2006 Per Post 09.01.2006
24.	Verband der Diätassistenten e. V. VDD e. V.		Per E-Mail 16.01.2006
25.	Universität München (Prof. Adam)	02.09.2006	07.09.2006

B-6.2 Literaturlisten

Teil A: Bei der Entscheidung berücksichtigt

Ammerman AS, Keyserling TC, Atwood JR, Hosking JD, Zayed H, Krasny C. A randomized controlled trial of a public health nurse directed treatment program for rural patients with high blood cholesterol. *Prev Med* 2003; 36 (3): 340-51.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Anderson-Loftin W, Barnett S, Bunn P, Sullivan P, Hussey J, Tavakoli A. Soul food light: culturally competent diabetes education. *The Diabetes educator* 2005; 31 (4): 555-63.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Arcand JA, Brazel S, Joliffe C, Choleva M, Berkoff F, Allard JP, Newton GE. Education by a dietitian in patients with heart failure results in improved adherence with a sodium-restricted diet: a randomized trial. *Am Heart J* 2005; 150 (4): 716.e1-716.e5.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Ash S, Reeves M, Bauer J, Dover T, Vivanti A, Leong C, Sullivan TO, Capra S. A randomised control trial comparing lifestyle groups, individual counselling and written information in the management of weight and health outcomes over 12 months. *Int J Obes (Lond)* 2006; 30 (10): 1557-64.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Ashurst Ide B, Dobbie H. A randomized controlled trial of an educational intervention to improve phosphate levels in hemodialysis patients. *J Ren Nutr* 2003; 13 (4): 267-74.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Becker DM, Raqueño JV, Yook RM, Kral BG, Blumenthal RS, Moy TF, Bezirdjian PJ, Becker LC. Nurse-mediated cholesterol management compared with enhanced primary care in siblings of individuals with premature coronary disease. *Arch Intern Med* 1998; 158 (14): 1533-9.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Beckmann SL, Os I, Kjeldsen SE, Eide IK, Westheim AS, Hjermann I. Effect of dietary counselling on blood pressure and arterial plasma catecholamines in primary hypertension. *Am J Hypertens* 1995; 8 (7): 704-11.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Campbell KL, Ash S, Davies PS, Bauer JD. Randomized controlled trial of nutritional counseling on body composition and dietary intake in severe CKD. *Am J Kidney Dis* 2008; 51 (5): 748-58.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Campbell KL, Ash S, Bauer JD. The impact of nutrition intervention on quality of life in pre-dialysis chronic kidney disease patients. *Clin Nutr* 2008; 27 (4): 537-44.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Croft PR, Brigg D, Smith S, Harrison CB, Branthwaite A, Collins MF. How useful is weight reduction in the management of hypertension? *J R Coll Gen Pract* 1986; 36 (291): 445-8.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Curzio JL, Kennedy SS, Elliott HL, Farish E, Barnes JF, Howie CA, Seymour J, Reid JL. Hypercholesterolaemia in treated hypertensives: a controlled trial of intensive dietary advice. *J Hypertens Suppl* 1989; 7 (6): S254-S255.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Delahanty LM, Sonnenberg LM, Hayden D, Nathan DM. Clinical and cost outcomes of medical nutrition therapy for hypercholesterolemia: a controlled trial. *J Am Diet Assoc* 2001; 101 (9): 1012-23.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Delahanty LM, Hayden D, Ammerman A, Nathan DM. Medical nutrition therapy for hypercholesterolemia positively affects patient satisfaction and quality of life outcomes. *Ann Behav Med* 2002; 24 (4): 269-78.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Djuric Z, DiLaura NM, Jenkins I, Darga L, Jen CK, Mood D, Bradley E, Hryniuk WM. Combining weight-loss counseling with the weight watchers plan for obese breast cancer survivors. *Obes Res* 2002; 10 (7): 657-65.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Evans S, Newton R, Higgins S. Nutritional intervention to prevent weight gain in patients commenced on olanzapine: A randomized controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39 (6): 479-86.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Ford JC, Pope JF, Hunt AE, Gerald B. The effect of diet education on the laboratory values and knowledge of hemodialysis patients with hyperphosphatemia. *J Ren Nutr* 2004; 14 (1): 36-44.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Franz MJ, Monk A, Barry B, McClain K, Weaver T, Cooper N, Upham P, Bergenstal R, Mazze RS. Effectiveness of medical nutrition therapy provided by dietitians in the management of non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized, controlled clinical trial. *J Am Diet Assoc* 1995; 95 (9): 1009-17.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Hartwell SL, Kaplan RM, Wallace JP. Comparison of behavioral interventions for control of type II diabetes mellitus. *Behav Ther* 1986; 17 (4): 447-61.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Hebert JR, Ebbeling CB, Olendzki BC, Hurley TG, Ma Y, Saal N, Ockene JK, Clemow L. Change in women's diet and body mass following intensive intervention for early-stage breast cancer. *J Am Diet Assoc* 2001; 101 (4): 421-31.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Heller RF, Elliott H, Bray AE, Alabaster M. Reducing blood cholesterol levels in patients with peripheral vascular disease: dietitian or diet fact sheet? *Med J Aust* 1989; 151 (10): 566-8.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Heller SR, Clarke P, Daly H, Davis I, McCulloch DK, Allison SP, Tattersall RB. Group education for obese patients with type 2 diabetes: greater success at less cost. *Diabet Med* 1988; 5 (6): 552-6.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Henkin Y, Shai I, Zuk R, Brickner D, Zuilli I, Neumann L, Shany S. Dietary treatment of hypercholesterolemia: do dietitians do it better? A randomized, controlled trial. *Am J Med* 2000; 109 (7): 549-55.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Hjermann I, Velve BK, Holme I, Leren P. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Report from the Oslo Study Group of a randomised trial in healthy men. *Lancet* 1981; 2 (8259): 1303-10.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Holme I, Haaheim LL, Tonstad S, Hjermann I. Effect of dietary and antismoking advice on the incidence of myocardial infarction: a 16-year follow-up of the Oslo Diet and Antismoking Study after its close. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2006; 16 (5): 330-8.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Isenring EA, Capra S, Bauer JD. Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal or head and neck area. *Br J Cancer* 2004; 91 (3): 447-52.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.,
Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Isenring EA, Bauer JD, Capra S. Nutrition support using the American Dietetic Association medical nutrition therapy protocol for radiation oncology patients improves dietary intake compared with standard practice. *J Am Diet Assoc* 2007; 107 (3): 404-12.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Jen KL, Djuric Z, DiLaura NM, Buisson A, Redd JN, Maranci V, Hryniuk WM. Improvement of metabolism among obese breast cancer survivors in differing weight loss regimens. *Obes Res* 2004; 12 (2): 306-12.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Johnston HJ, Jones M, Ridler-Dutton G, Spechler F, Stokes GS, Wyndham LE. Diet modification in lowering plasma cholesterol levels. A randomised trial of three types of intervention. *Med J Aust* 1995; 162 (10): 524-6.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Jones DW, Miller ME, Wofford MR, Anderson DC, Jr., Cameron ME, Willoughby DL, Adair CT, King NS. The effect of weight loss intervention on antihypertensive medication

requirements in the hypertension Optimal Treatment (HOT) study. *Am J Hypertens* 1999; 12 (12 Pt 1-2): 1175-80.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Kalavainen MP, Korppi MO, Nuutinen OM. Clinical efficacy of group-based treatment for childhood obesity compared with routinely given individual counseling. *Int J Obes (Lond)* 2007; 31 (10): 1500-8.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Koopman H, Spreeuwenberg C, Westerman RF, Donker AJ. Dietary treatment of patients with mild to moderate hypertension in a general practice: a pilot intervention study (1). The first three months. *J Hum Hypertens* 1990; 4 (4): 368-71.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Korhonen M, Kastarinen M, Uusitupa M, Puska P, Nissinen A. The effect of intensified diet counseling on the diet of hypertensive subjects in primary health care: a 2-year open randomized controlled trial of lifestyle intervention against hypertension in eastern Finland. *Prev Med* 2003; 36 (1): 8-16.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Korhonen T, Uusitupa M, Aro A, Kumpulainen T, Siitonen O, Voutilainen E, Pyorala K. Efficacy of dietary instructions in newly diagnosed non-insulin-dependent diabetic patients. Comparison of two different patient education regimens. *Acta Med Scand* 1987; 222 (4): 323-31.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Langford HG, Blaufox MD, Oberman A, Hawkins CM, Curb JD, Cutter GR, Wassertheil-Smoller S, Pressel S, Babcock C, Abernethy JD, . Dietary therapy slows the return of hypertension after stopping prolonged medication. *JAMA* 1985; 253 (5): 657-64.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Loprinzi CL, Athmann LM, Kardinal CG, O'Fallon JR, See JA, Bruce BK, Dose AM, Miser AW, Kern PS, Tschetter LK, Rayson S. Randomized trial of dietician counseling to try to prevent weight gain associated with breast cancer adjuvant chemotherapy. *Oncology* 1996; 53 (3): 228-32.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Mayer-Davis EJ, D'Antonio AM, Smith SM, Kirkner G, Levin MS, Parra-Medina D, Schultz R. Pounds off with empowerment (POWER): a clinical trial of weight management strategies for black and white adults with diabetes who live in medically underserved rural communities. *Am J Public Health* 2004; 94 (10): 1736-42.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

McKenzie J, Dixon LB, Smiciklas-Wright H, Mitchell D, Shannon B, Tershakovec A. Change in nutrient intakes, number of servings, and contributions of total fat from food groups in 4- to 10-year-old children enrolled in a nutrition education study. *J Am Diet Assoc* 1996; 96 (9): 865-73.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Miller CK, Edwards L, Kissling G, Sanville L. Evaluation of a theory-based nutrition intervention for older adults with diabetes mellitus. *J Am Diet Assoc* 2002; 102 (8): 1069-81.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Moy TF, Yanek LR, Raqueño JV, Bezirdjian PJ, Blumenthal RS, Wilder LB, Becker DM. Dietary counseling for high blood cholesterol in families at risk of coronary disease. *Prev Cardiol* 2001; 4 (4): 158-64.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Neil HA, Roe L, Godlee RJ, Moore JW, Clark GM, Brown J, Thorogood M, Stratton IM, Lancaster T, Mant D. Randomised trial of lipid lowering dietary advice in general practice: the effects on serum lipids, lipoproteins, and antioxidants. *BMJ* 1995; 310 (6979): 569-73.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Ovesen L, Allingstrup L, Hannibal J, Mortensen EL, Hansen OP. Effect of dietary counseling on food intake, body weight, response rate, survival, and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy: a prospective, randomized study. *J Clin Oncol* 1993; 11 (10): 2043-9.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Pakiz B, Flatt SW, Mills KC, Jordan LJ, Carethers JM, Rock CL. Quality of life and diet intervention in individuals at risk for recurrence of colorectal adenomas. *Psychooncology* 2005; 14 (2): 85-93.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Pierce JP, Natarajan L, Caan BJ, Parker BA, Greenberg ER, Flatt SW, Rock CL, Kealey S, Al-Delaimy WK, Bardwell WA, Carlson RW, Emond JA, Faerber S, Gold EB, Hajek RA, Hollenbach K, Jones LA, Karanja N, Madlensky L, Marshall J, Newman VA, Ritenbaugh C, Thomson CA, Wasserman L, Stefanick ML. Influence of a diet very high in vegetables, fruit, and fiber and low in fat on prognosis following treatment for breast cancer: the Women's Healthy Eating and Living (WHEL) randomized trial. *JAMA* 2007; 298 (3): 289-98.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Pierce JP, Newman VA, Flatt SW, Faerber S, Rock CL, Natarajan L, Caan BJ, Gold EB, Hollenbach KA, Wasserman L, Jones L, Ritenbaugh C, Stefanick ML, Thomson CA, Kealey S. Telephone counseling intervention increases intakes of micronutrient- and phytochemical-rich vegetables, fruit and fiber in breast cancer survivors. *J Nutr* 2004; 134 (2): 452-8.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Pijls LTJ, de Vries H, Van Eijk JT, Donker AJM. Adherence to protein restriction in patients with type 2 diabetes mellitus: A randomized trial. *Eur J Clin Nutr* 2000; 54 (4): 347-52.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Ramsay LE, Ramsay MH, Hettiarachchi J, Davies DL, Winchester J. Weight reduction in a blood pressure clinic. *Br Med J* 1978; 2 (6132): 244-5.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol* 2005; 23 (7): 1431-8.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM);
Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.,
Prof. Dr. Biesalski;
Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Marques Vidal P, Camilo ME. Impact of nutrition on outcome: a prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *Head Neck* 2005; 27 (8): 659-68.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.,
Prof. Dr. Biesalski;
Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Rhodes KS, Bookstein LC, Aaronson LS, Mercer NM, Orringer CE. Intensive nutrition counseling enhances outcomes of National Cholesterol Education Program dietary therapy. *J Am Diet Assoc* 1996; 96 (10): 1003-10.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Rock CL, Moskowitz A, Huizar B, Saenz CC, Clark JT, Daly TL, Chin H, Behling C, Ruffin MT. High vegetable and fruit diet intervention in premenopausal women with cervical intraepithelial neoplasia. *J Am Diet Assoc* 2001; 101 (10): 1167-74.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Scheier MF, Helgeson VS, Schulz R, Colvin S, Berga S, Bridges MW, Knapp J, Gerszten K, Pappert WS. Interventions to enhance physical and psychological functioning among younger women who are ending nonhormonal adjuvant treatment for early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23 (19): 4298-311.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Shannon BM, Tershakovec AM, Martel JK, Achterberg CL, Cortner JA, Smiciklas-Wright HS, Stallings VA, Stolley PD. Reduction of elevated LDL-cholesterol levels of 4- to 10-year-old children through home-based dietary education. *Pediatrics* 1994; 94 (6 Pt 1): 923-7.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Shaw C, Mortimer P, Judd PA. A randomized controlled trial of weight reduction as a treatment for breast cancer-related lymphedema. *Cancer* 2007; 110 (8): 1868-74.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Stamler R, Stamler J, Grimm R, Gosch FC, Elmer P, Dyer A, Berman R, Fishman J, Van HN, Civinelli J, . Nutritional therapy for high blood pressure. Final report of a four-year randomized controlled trial--the Hypertension Control Program. *JAMA* 1987; 257 (11): 1484-91.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Svendsen M, Blomhoff R, Holme I, Tonstad S. The effect of an increased intake of vegetables and fruit on weight loss, blood pressure and antioxidant defense in subjects with sleep related breathing disorders. *Eur J Clin Nutr* 2007; 61 (11): 1301-11.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Tershakovec AM, Jawad AF, Stallings VA, Zemel BS, McKenzie JM, Stolley PD, Shannon BM. Growth of hypercholesterolemic children completing physician-initiated low-fat dietary intervention. *J Pediatr* 1998; 133 (1): 28-34.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Tershakovec AM, Shannon BM, Achterberg CL, McKenzie JM, Martel JK, Smiciklas-Wright H, Pammer SE, Cortner JA. One-year follow-up of nutrition education for hypercholesterolemic children. *Am J Public Health* 1998; 88 (2): 258-61.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Wolf AM, Conaway MR, Crowther JQ, Hazen KY, Nadler L, Oneida B, Bovbjerg VE. Translating lifestyle intervention to practice in obese patients with type 2 diabetes: Improving Control with Activity and Nutrition (ICAN) study. *Diabetes Care* 2004; 27 (7): 1570-6.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Wong SY, Lau EM, Lau WW, Lynn HS. Is dietary counselling effective in increasing dietary calcium, protein and energy intake in patients with osteoporotic fractures? A randomized controlled clinical trial. *J Hum Nutr Diet* 2004; 17 (4): 359-64.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Wood PD, Stefanick ML, Williams PT, Haskell WL. The effects on plasma lipoproteins of a prudent weight-reducing diet, with or without exercise, in overweight men and women. *N Engl J Med* 1991; 325 (7): 461-6.

Kommentar: Ernährungsberatung eingeschlossen: Auswertung

Teil B: Nicht bei der Entscheidung berücksichtigt

Abioye-Kuteyi EA, Ojofeitimi EO, Ijadunola KT, Fasanu AO. Assessment of dietary knowledge, practices and control in type 2 diabetes in a Nigerian teaching hospital. Niger J Med 2005; 14 (1): 58-64.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Adam O. Anti-inflammatory diet in rheumatic diseases. Eur J Clin Nutr 1995; 49 (10): 703-17.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Adam O. Diät und Rat bei Rheuma und Osteoporose. Weil der Stadt: Walter Haedecke, 2001.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Adam O. Ernährung und Diät. In: **Zeidler H, Zacher J, Hiepe F (Eds).** Interdisziplinäre klinische Rheumatologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2001. S. 421-32.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Adam O. Immediate and long range effects of the uptake of increased amounts of arachidonic acid. Clin Investig 1992; 70 (9): 721-7.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Adam O, Golly I. Nahrungsmittel-Arzneimittel Interaktionen. Bayer Internist 2005; 24: 314-23.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Affenito SG, Kerstetter J. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: women's health and nutrition. J Am Diet Assoc 1999; 99 (6): 738-51.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Counseling to promote a healthy diet. Systematic evidence review number 18. Rockville, MD: AHRQ, 2002.

<http://www.ahrq.gov>, Zugriff am 11.10.2005.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Healthy Diet - Counseling, U.S. Preventive Services Task Force 2003. Rockville, MD: AHRQ, 2003.

<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstdiet.htm>, Zugriff am 11.10.2005.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Agurs-Collins TD, Kumanyika SK, Ten Have TR, Adams-Campbell LL. A randomized controlled trial of weight reduction and exercise for diabetes management in older African-American subjects. Diabetes Care 1997; 20 (10): 1503-11.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Aish A. A comparison of female and male cardiac patients' response to nursing care promoting nutritional self-care. Can J Cardiovasc Nurs 1996; 7 (3): 4-13.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Studie zur Wirksamkeit der Ernährungsberatung

Aktionsbündnis Allergieprävention (abap). Leitlinie Allergieprävention. Ernährungs-Umschau 2004; 51 (9): 361-4.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Al-Gelban KS. Intra-rator variability of primary care physicians in management of hyperlipidaemia. West Afr J Med 2004; 23 (1): 69-73.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Albisser AM, Harris RI, Sakkal S, Parson ID, Chao SC. Diabetes intervention in the information age. Med Inform 1996; 21 (4): 297-316.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Aldana SG, Greenlaw RL, Diehl HA, Salberg A, Merrill RM, Ohmine S, Thomas C. The behavioral and clinical effects of therapeutic lifestyle change on middle-aged adults. Prev Chronic Dis 2006; 3 (1): A05.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Algazi LP. Transactions in a support group meeting: a case study. Obes Surg 2000; 10 (2): 186-91.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Allen JK. Coronary risk factor modification in women after coronary artery bypass surgery. Nurs Res 1996; 45 (5): 260-5.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Allen JK, Blumenthal RS, Margolis S, Young DR, Miller ER, III, Kelly K. Nurse case management of hypercholesterolemia in patients with coronary heart disease: results of a randomized clinical trial. Am Heart J 2002; 144 (4): 678-86.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Alli C, Avanzini F, Bettelli G, Bonati M, Colombo F, Corso R, Di Tullio M, Gentile MG, Sangalli L, Taioli E. Feasibility of a long-term low-sodium diet in mild hypertension. J Hum Hypertens 1992; 6 (4): 281-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Allison TG, Squires RW, Johnson BD, Gau GT. Achieving National Cholesterol Education Program goals for low-density lipoprotein cholesterol in cardiac patients: importance of diet, exercise, weight control, and drug therapy. Mayo Clin Proc 1999; 74 (5): 466-73.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Allison TG, Farkouh ME, Smars PA, Evans RW, Squires RW, Gabriel SE, Kopecky SL, Gibbons RJ, Reeder GS. Management of coronary risk factors by registered nurses versus usual care in patients with unstable angina pectoris (a chest pain evaluation in the emergency room [CHEER] substudy). Am J Cardiol 2000; 86 (2): 133-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Alnasir FA, Masuadi EM. The effect of loss of body weight on lipid profile in overweight individuals. Saudi Med J 2006; 27 (5): 687-92.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Amano N, Ogata N, Morita N, Saeki K, Notani M, Komukai H, Azuma Y, Matsuda R, Kurumatani N. [Effects of nutrition education for residents on intake of lipid-related nutrients]. Nippon Koshu Eisei Zasshi 2002; 49 (4): 332-43.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine deutsche oder englische Volltextveröffentlichung

Amano Y, Sugiyama M, Lee JS, Kawakubo K, Mori K, Tang AC, Akabayashi A. Glycemic index-based nutritional education improves blood glucose control in Japanese adults: a randomized controlled trial. Diabetes Care 2007; 30 (7): 1874-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

American Diabetes Association. American Diabetes Association Clinical Practice Recommendations 2001. Diabetes Care 2001; 24 (Suppl 1): S1-133.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

American Dietetic Association (ADA). Disorders of lipid metabolism evidence-based nutrition practice guideline. Chicago (IL): American Dietetic Association, 2005.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

American Dietetic Association (ADA). Hyperlipidemia medical nutrition therapy protocol. American Dietetic Association. 2001. Chicago, IL: ADA, 2001.

http://www.guidelines.gov/summary/summary.aspx?doc_id=3295, Zugriff am 11.10.2005.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

American Dietetic Association (ADA). Nutrition practice guidelines for gestational diabetes mellitus. American Dietetic Association. 2001. Chicago, IL: ADA, 2001.

http://www.guidelines.gov/summary/summary.aspx?doc_id=3294&nbr=002520, Zugriff am 11.10.2005.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

American Dietetic Association (ADA). Nutrition practice guidelines for type 1 and type 2 diabetes mellitus. American Dietetic Association. 2001. Chicago, IL: ADA, 2001.

http://www.guidelines.gov/summary/summary.aspx?doc_id=3296, Zugriff am 11.10.2005.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Ammerman A, Lindquist C, Hersey J, Jackman AM, Gavin NI, Garces C, Lohr KN, Cary TS, Whitener BL, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Efficacy of Interventions to Modify Dietary Behavior Related to Cancer Risk. Evidence Report/Technology Assessment Number 25. Rockville, MD: AHRQ, 2001.

<http://www.ahrq.gov>, Zugriff am 11.10.2005.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Ammerman AS, Keyserling T, Atwood J, Thompson R, Simpson SH. High-quality nutrition counselling for hypercholesterolaemia by public health nurses in rural areas does not affect total blood cholesterol. Evidence Based Healthcare 2003; 7 (4): 187-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Amorim AR, Linne YM, Lourenco PMC. Diet or exercise, or both, for weight reduction in women after childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2007; (3): CD005627.pub2.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Anderson AS. Editorial. J Hum Nutr Diet 2001; 14 (4): 267-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Anderson AS. Editorial: Research, policy and practice. J Hum Nutr Diet 2001; 14 (5): 347-8.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Anderson EJ, Richardson M, Castle G, Cercone S, Delahanty L, Lyon R, Mueller D, Snetselaar L. Nutrition interventions for intensive therapy in the Diabetes Control and Complications Trial. The DCCT Research Group. J Am Diet Assoc 1993; 93 (7): 768-72.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Anderson J, Dusenbury L. Worksite cholesterol and nutrition: an intervention project in Colorado. AAOHN J 1999; 47 (3): 99-106.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Anderson JL, Horne BD, Jones HU, Reyna SP, Carlquist JF, Bair TL, Pearson RR, Lappe DL, Muhlestein JB. Which features of the metabolic syndrome predict the prevalence and clinical outcomes of angiographic coronary artery disease? Cardiology 2004; 101 (4): 185-93.
Stellungnahme Ernährungsberatung Charisius
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Anderson JW, Konz EC, Frederich RC, Wood CL. Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. Am J Clin Nutr 2001; 74 (5): 579-84.
Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Anderssen S, Holme I, Urdal P, Hjermann I. Diet and exercise intervention have favourable effects on blood pressure in mild hypertensives: the Oslo Diet and Exercise Study (ODES). Blood Press 1995; 4 (6): 343-9.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Anderssen SA, HAALAND A, Hjermann I, Urdal P, GJESDAL K, Holme I. Oslo diet and exercise study - a one-year randomized intervention trial - effect on hemostatic variables and other coronary risk-factors. Nutr Metab Cardiovasc Dis 1995; 5 (3): 189-200.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Andrews M, Edmunds M, Campbell A, Walls J, Feehally J. Systemic vasculitis in the 1980s--is there an increasing incidence of Wegener's granulomatosis and microscopic polyarteritis? J R Coll Physicians Lond 1990; 24 (4): 284-8.
Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Andreyev HJ, Norman AR, Oates J, Cunningham D. Why do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing chemotherapy for gastrointestinal malignancies? Eur J Cancer 1998; 34 (4): 503-9.
Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;
Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Anonymous. 'Back to the future': Royal College of Nursing: Paediatric Diabetes Special Interest Group Annual Study Day, Wolverhampton, 2 May 2001. Pract Diabetes Int 2001; 18 (8): 299.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Anonymous. ACOG educational bulletin. Nutrition and women. Number 229, October 1996. Committee on Educational Bulletins of the American College of Obstetricians and

Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet* 1997; 56 (1): 71-81.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Anonymous. Advice about diet and lifestyle does not reduce blood pressure in people with hypertension. *Evidence-Based Healthcare and Public Health* 2004; 8 (6): 348-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Anonymous. American Gastroenterological Association medical position statement: guidelines for the evaluation of food allergies. *Gastroenterology* 2001; 120 (4): 1023-5.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Anonymous. Bedsharing and co-sleeping. *RCM Midwives* 2004; 7 (10): 419-21.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Anonymous. Consensus guidelines for the management of insulin-dependent (type 1) diabetes. European IDDM Policy Group 1993. *Diabet Med* 1993; 10 (10): 990-1005.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Anonymous. Contesto e vissuto dopo un infarto. *GISSI-Nursing*. [Context and background after infarction. *GISSI nursing*]. *G Ital Cardiol* 1998; 28 (3): 281-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine deutsche oder englische Volltextveröffentlichung

Anonymous. Culturally appropriate lifestyle interventions promote weight loss in rural dwelling people with type 2 diabetes. *Evidence-based Healthcare & Public Health* 2005; 9 (3): 231-2.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Anonymous. Effects of weight loss and sodium reduction intervention on blood pressure and hypertension incidence in overweight people with high-normal blood pressure. The Trials of Hypertension Prevention, phase II. The Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. *Arch Intern Med* 1997; 157 (6): 657-67.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Anonymous. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285 (19): 2486-97.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Anonymous. Good allergy practice--standards of care for providers and purchasers of allergy services within the National Health Service. Royal College of Physicians and Royal College of Pathologists. *Clin Exp Allergy* 1995; 25 (7): 586-95.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Anonymous. Guidelines. *Diabet Med* 2004; 21 (Suppl 1): 7-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Anonymous. Hepatitis C: nutrition care Canadian guidelines for health care providers. *Can J Diet Pract Res* 2003; 64 (3): 139-41.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Anonymous. Infant-feeding. *RCM Midwives* 2004; 7 (8): 333.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Anonymous. Intense diet, behavior, and physical activity intervention effective for obese children. J Fam Pract 2005; 54 (7): 579.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Anonymous. Long-term pharmacotherapy in the management of obesity. National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. JAMA 1996; 276 (23): 1907-15.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Anonymous. NAPNAP healthy eating and activity together (HEAT) initiative. J Pediatr Health Care 2006; 20 (2 Suppl): S3-63.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Anonymous. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: phenylketonuria: screening and management, October 16-18, 2000. Pediatrics 2001; 108 (4): 972-82.

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Anonymous. Paediatric group position statement on the use of soya protein for infants. J Fam Health Care 2003; 13 (4): 93.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Anonymous. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). J Am Diet Assoc 2001; 101 (7): 810-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Anonymous. Position of The American Dietetic Association: The role of registered dietitians in enteral and parenteral nutrition support. J Am Diet Assoc 1997; 97 (3): 302-4.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Anonymous. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on coronary prevention. Eur Heart J 1998; 19 (10): 1434-503.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Anonymous. Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung in Deutschland. Ernährungs-Umschau 2005; 52 (5): 187-93.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Anonymous. RCN Paediatric and Adolescent Diabetes Group 2002 Conference. Pract Diabetes Int 2003; 20 (2): 77.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Anonymous. Reviews of recent reports concerning aspects of nutrition and elderly people: Introduction. J Hum Nutr Diet 1999; 12 (5): 459.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Anonymous. Standards for nutrition support nurses. A.S.P.E.N. Board of Directors. Nutr Clin Pract 1996; 11 (3): 127-34.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Anonymous. Standards for nutrition support physicians. A.S.P.E.N. Board of Directives. American Society Parenteral and Enteral Nutrition. Nutr Clin Pract 1996; 11 (6): 235-40.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Anonymous. Standards, options et recommandations pour la nutrition artificielle à domicile du malade cancéreux adulte (rapport intégral). [Standards, Options and Recommendations for home parenteral or enteral nutrition in adult cancer patients (full report)]. Nutr Clin Metab 2003; 17 (2): 97-110.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine deutsche oder englische Volltextveröffentlichung

Anonymous. Strategies for the prevention of coronary heart disease: a policy statement of the European Atherosclerosis Society. Eur Heart J 1987; 8 (1): 77-88.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Anonymous. Systemischer Lupus erythematodes (M 32). In: **Zeidler H, Zacher J, Hiepe F (Eds)**. Interdisziplinäre klinische Rheumatologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2001. S. 865-94.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Anonymous. The 1999 Scope of Practice for Diabetes Educators and the Standards of Practice for Diabetes Educators. American Association of Diabetes Educators. Diabetes Educ 2000; 26 (3): 519-25.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Anonymous. The effects of nonpharmacologic interventions on blood pressure of persons with high normal levels. Results of the Trials of Hypertension Prevention, Phase I. JAMA 1992; 267 (9): 1213-20.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Anonymous. The Hypertension Prevention Trial: three-year effects of dietary changes on blood pressure. Hypertension Prevention Trial Research Group. Arch Intern Med 1990; 150 (1): 153-62.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Anonymous. The Oslo Diet and Exercise Study (ODES): design and objectives. Control Clin Trials 1993; 14 (3): 229-43.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Anonymous. Top 10 things OR nurses should know about AAMI standards. Biomed Instrum Technol 2005; 39 (4): 326-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, Bray GA, Vogt TM, Cutler JA, Windhauser MM, Lin PH, Karanja N. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. N Engl J Med 1997; 336 (16): 1117-24.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Appel LJ, Champagne CM, Harsha DW, Cooper LS, Obarzanek E, Elmer PJ, Stevens VJ, Vollmer WM, Lin PH, Svetkey LP, Stedman SW, Young DR. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. JAMA 2003; 289 (16): 2083-93.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Appel LJ. Lifestyle modification as a means to prevent and treat high blood pressure. J Am Soc Nephrol 2003; 14 (7 Suppl 2): S99-S102.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Applegate WB, Miller ST, Elam JT, Cushman WC, el Derwi D, Brewer A, Graney MJ. Nonpharmacologic intervention to reduce blood pressure in older patients with mild hypertension. Arch Intern Med 1992; 152 (6): 1162-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA), Wabitsch M, Kunze D. Leitlinien zur Therapie und Prävention der Adipositas im Kindesalter.

Verabschiedet auf der Konsensus-Konferenz der AGA am 10.09.04. <http://www.adipositas-gesellschaft.de/leitlinien.php>, Zugriff am 11.10.2005.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 12. September 2003. <http://www.g-k-v.com/media/Rundschreiben/Leitfaden2003.pdf>, Zugriff am 13.12.2005.

Stellungnahme Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Stoffwechselstörungen (APS). Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Stoffwechselstörungen (APS). Therapie von Patienten mit Phenylketonurie. Monatsschr Kinderheilkd 1997; 145: 961-2.

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Arbeitsgemeinschaft Nebenwirkungen. Leitlinien Ernährung. www.nw-suppo.de/index.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Arbeitsgruppe Dermatologische Prävention. Einheitliche Schulungsprogramme für chronisch Hautkranke. ÄP Dermatol 2002; 1: 39.

Stellungnahme Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Arbeitskreis Diätetik in der Allergologie e.V. Vereinsinterne Unterlagen. www.ak-dida.de.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (Eds), Deutsche Rheuma-Liga e.V. Patientenschulung in der Rheumatologie – chronische Polyarthrit. Ein Schulungsprogramm in 6 Modulen. Darmstadt: Merck KGaA, 1992.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Archer SL, Hilner JE, Dyer AR, Greenlund KJ, Colangelo LA, Kiefe CI, Liu K.

Association of education with dietary intake among young adults in the bi-ethnic Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) cohort. *Public Health Nutr* 2003; 6 (7): 689-95.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Arends J, Zürcher G, Fietkau R, Aulbert E, Frick B, Holm M, Kneba M, Mestrom HJ, Zander A. DGEM-Leitlinie Enterale Ernährung: Onkologie. [DGEM Guidelines Enteral Nutrition: Oncology]. *Aktuel Ernähr Med* 2003; 28 (Suppl 1): 61-8.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Argiris A, Li Y, Forastiere A. Prognostic factors and long-term survivorship in patients with recurrent or metastatic carcinoma of the head and neck. *Cancer* 2004; 101 (10): 2222-9.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Ash S, Reeves MM, Yeo S, Morrison G, Carey D, Capra S. Effect of intensive dietetic interventions on weight and glycaemic control in overweight men with Type II diabetes: a randomised trial. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27 (7): 797-802.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Ashcroft DM, Wan Po AL, Williams HC, Griffiths CE. Clinical measures of disease severity and outcome in psoriasis: a critical appraisal of their quality. *Br J Dermatol* 1999; 141 (2): 185-91.

Stellungnahme Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Ashley JM, St Jeor ST, Perumean-Chaney S, Schrage J, Bovee V. Meal replacements in weight intervention. *Obes Res* 2001; 9 (Suppl 4): 312S-20S.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Ashley JM, St Jeor ST, Schrage JP, Perumean Chaney SE, Gilbertson MC, McCall NL, Bovee V. Weight control in the physician's office. *Arch Intern Med* 2001; 161 (13): 1599-604.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Aslani A, Smith RC, Allen BJ, Pavlakis N, Levi JA. The predictive value of body protein for chemotherapy-induced toxicity. *Cancer* 2000; 88 (4): 796-803.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Astrup A, Grunwald GK, Melanson EL, Saris WH, Hill JO. The role of low-fat diets in body weight control: a meta-analysis of ad libitum dietary intervention studies. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000; 24 (12): 1545-52.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Atlantis E, Chow C-M, Kirby A, Fiatarone Singh MA. Worksite intervention effects on physical health: A randomized controlled trial. *Health Promotion International* 2006; 21 (3):

191-200.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Aubin M, Godin G, Vezina L, Maziade J, Desharnais R. Hypercholesterolemia screening. Does knowledge of blood cholesterol level affect dietary fat intake? *Can Fam Physician* 1998; 44: 1289-97.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Studie zur Wirksamkeit der Ernährungsberatung

Augustin M, Zschocke I. Lebensqualität bei Hauterkrankungen. *Hausarzt* 1999; 141: 185-91.

Stellungnahme Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Auld GW, Bruhn CM, McNulty J, Bock MA, Gabel K, Lauritzen G, Medeiros D, Newman R, Nitzke S, Ortiz M, Read M, Schutz H, Sheehan ET. Reported adoption of dietary fat and fiber recommendations among consumers. *J Am Diet Assoc* 2000; 100 (1): 52-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Austin J, Williams R, Ross L, Moseley L, Hutchison S. Randomised controlled trial of cardiac rehabilitation in elderly patients with heart failure. *Eur J Heart Fail* 2005; 7 (3): 411-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Austin SB, Kim J, Wiecha J, Troped PJ, Feldman HA, Peterson KE. School-based overweight preventive intervention lowers incidence of disordered weight-control behaviors in early adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161 (9): 865-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Avila P, Hovell MF. Physical activity training for weight loss in Latinas: a controlled trial. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1994; 18 (7): 476-82.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Bachmann C. Urea cycle disorders. In: **Fernandes J, Saudubray JM, Tada K (Eds).** *Inborn Metabolic Diseases. Diagnosis and Treatment.* Berlin: Springer, 1990. S. 211-28.

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Back EI, Stern M, Biesalski HK. Bedeutung antioxidativer Systeme und des Vitamin A bei zystischer Fibrose. Derzeitiger Stand und offene Fragen. *Ernährungs-Umschau* 2002; 49 (10): 386-90.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Baer JT. Improved plasma cholesterol levels in men after a nutrition education program at the worksite. *J Am Diet Assoc* 1993; 93 (6): 658-63.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Baillargeon JP, Lepage S, Larrivée L, Roy MA, Landry S, Maheux P. Intensive surveillance and treatment of dyslipidemia in the postinfarct patient: Evaluation of a nurse-oriented management approach. *Can J Cardiol* 2001; 17 (2): 169-75.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Bakx JC, Stafleu A, van Staveren WA, van den Hoogen HJ, van Weel C. Long-term effect of nutritional counseling: a study in family medicine. *Am J Clin Nutr* 1997; 65 (6 Suppl):

1946S-50S.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Balas EA, Krishna S, Kretschmer RA, Cheek TR, Lobach DF, Boren SA. Computerized knowledge management in diabetes care. Med Care 2004; 42 (6): 610-21.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Baldwin C, Parsons T, Logan S. Dietary advice for illness-related malnutrition in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001; (2): CD002008.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Baldwin C, Weekes CE. Dietary advice for illness-related malnutrition in adults (Update). Cochrane Database of Systematic Reviews: 2008; (1): CD002008.pub3.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Ballmann M, Smaczny C. Diagnostik/Diagnosestellung. In: **Solvay Arzneimittel GmbH (Eds):** CF-Manual. Hannover 1998.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Ballmann M, Smaczny C. Untergewicht. In: **Solvay Arzneimittel GmbH (Eds):** CF-Manual. Hannover, 1998.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Ballmer-Weber BK, Wüthrich B. Die Nahrungsmittelallergie und ihre diätetische Behandlung. Aktuel Ernaehr Med 2001; 26: 196-201.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Ballmer-Weber BK. Notfälle in der Allergologie: Nahrungsmittelallergien. Allergologie 2004; 27 (10): 424-6.

Stellungnahme Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Balmer PE. Behandlung der Krebskachexie. Aktuel Ernaehr Med 2001; 26: 160-3.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bandyopadhyay P. Advances in the understanding of diabetes mellitus. Drug News Perspect 2004; 17 (7): 477-87.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Banet GA, Felchlia MA. The potential utility of a shared medical record in a "first-time" stroke population. J Vasc Nurs 1997; 15 (1): 29-33.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Baraff LJ, Lee TJ, Kader S, Della Penna R. Effect of a practice guideline on the process of emergency department care of falls in elder patients. Acad Emerg Med 1999; 6 (12): 1216-23.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Baranowski T, Baranowski J, Cullen KW, deMoor C, Rittenberry L, Hebert D, Jones L. 5 a day Achievement Badge for African-American Boy Scouts: pilot outcome results. *Prev Med* 2002; 34 (3): 353-63.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Baranowski T, Henske J, Simons-Morton B, Palmer J, Tiernan K, Hooks PC, Dunn JK. Dietary change for cardiovascular disease prevention among Black-American families. *Health Educ Res* 1990; 5 (4): 433-43.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Baranowski T, Davis M, Resnicow K, Baranowski J, Doyle C, Lin LS, Smith M, Wang DT. Gimme 5 fruit, juice, and vegetables for fun and health: outcome evaluation. *Health Educ Behav* 2000; 27 (1): 96-111.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Baron JA, Gleason R, Crowe B, Mann JI. Preliminary trial of the effect of general practice based nutritional advice. *Br J Gen Pract* 1990; 40 (333): 137-41.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Barone L, Milosavljevic M, Gazibarich B. Assessing the older person: Is the MNA a more appropriate nutritional assessment tool than the SGA? *Journal of Nutrition, Health and Aging* 2003; 7 (1): 13-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Barr SI, McCarron DA, Heaney RP, Dawson-Hughes B, Berga SL, Stern JS, Oparil S. Effects of increased consumption of fluid milk on energy and nutrient intake, body weight, and cardiovascular risk factors in healthy older adults. *J Am Diet Assoc* 2000; 100 (7): 810-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Barrocas A, Purdy D, Brady P, Troutman D. Cancer. Nutrition management for older adults. American Academy of Family Physicians, American Dietetic Association, Nutrition Screening Initiative. Leawood: NSI, 2002. http://www.aafp.org/PreBuilt/NSI_Cancer.pdf, Zugriff am 11.10.2005.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Barth CA, Karst H, Petzke KJ. Untergewicht und Hungerstoffwechsel. In: **Biesalski HK, Adam O (Eds).** Ernährungsmedizin. Nach dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme, 2004.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Baudet M, Hericotte P, Daugareil C. Amelioration du pronostic des syndromes coronaires aigus dans les Landes par la modification de l'hygiène de vie. [Improvement of the prognosis of the acute coronary syndromes in Landes by lifestyle modifications]. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)* 2006; 55 (4): 192-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine deutsche oder englische Volltextveröffentlichung

Baumgartner ER, Viardot C. Long-term follow-up of 77 patients with isolated methylmalonic acidaemia. *J Inher Metab Dis* 1995; 18 (2): 138-42.

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Baxter AP, Milner PC, Hawkins S, Leaf M, Simpson C, Wilson KV, Owen T, Higginbottom G, Nicholl J, Cooper N. The impact of heart health promotion on coronary heart disease lifestyle risk factors in schoolchildren: lessons learnt from a community-based project. *Public Health* 1997; 111 (4): 231-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Beaver ME, Matheny KE, Roberts DB, Myers JN. Predictors of weight loss during radiation therapy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 125 (6): 645-8.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bechtel-Blackwell DA. Computer-assisted self-interview and nutrition education in pregnant teens. *Clin Nurs Res* 2002; 11 (4): 450-62.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Beck da Silva L, Higginson L, Fraser M, Williams K, Haddad H. Effect of Orlistat in obese patients with heart failure: a pilot study. *Congest Heart Fail* 2005; 11 (3): 118-23.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Beckie T. A supportive-educative telephone program: impact on knowledge and anxiety after coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung* 1989; 18 (1): 46-55.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Beech BM, Klesges RC, Kumanyika SK, Murray DM, Klesges L, McClanahan B, Slawson D, Nunnally C, Rochon J, McLain-Allen B, Pree-Cary J. Child- and parent-targeted interventions: the Memphis GEMS pilot study. *Ethn Dis* 2003; 13 (1 Suppl 1): S40-S53.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Behr-Völtzer C, Binder C, Bunselmeyer B, Constien A, Hauner H, Körner U, Kugler C, Oberritter H, Rademacher C, Reese I, Ziegert M, Werfel T. Ernährungstherapie bei Lebensmittelunverträglichkeiten. Teil 1. *DGE info* 2004; (6): 83-7.

Stellungnahme Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB);

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Behr-Völtzer C, Binder C, Bunselmeyer B, Constien A, Hauner H, Körner U, Kugler C, Oberritter H, Rademacher C, Reese I, Ziegert M, Werfel T. Ernährungstherapie bei Lebensmittelunverträglichkeiten. Teil 2. *DGE info* 2004; (7): 99-101.

Stellungnahme Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB);

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Belch JJ, Ansell D, Madhok R, O'Dowd A, Sturrock RD. Effects of altering dietary essential fatty acids on requirements for non-steroidal anti-inflammatory drugs in patients with rheumatoid arthritis: a double blind placebo controlled study. *Ann Rheum Dis* 1988; 47 (2): 96-104.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Belmaker E, Cohen JD. The advisability of the prudent diet in adolescence. *J Adolesc Health Care* 1985; 6 (3): 224-32.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bemelmans WJ, Broer J, de Vries JH, Hulshof KF, May JF, Meyboom-de Jong B. Impact of Mediterranean diet education versus posted leaflet on dietary habits and serum cholesterol in a high risk population for cardiovascular disease. *Public Health Nutr* 2000; 3 (3): 273-83.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Bemelmans WJ, Broer J, Hulshof KF, Siero FW, May JF, Meyboom-de Jong B. Long-term effects of nutritional group education for persons at high cardiovascular risk. *Eur J Public Health* 2004; 14 (3): 240-5.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Bend J, Damm G, Trögner A, Stern M. Von den Besten lernen - 10 Jahre Qualitätssicherung. Bonn: Mukoviszidose e.V., 1995. <http://www.muko.info/888.0.html>.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Benoit D, Wang EE, Zlotkin SH. Discontinuation of enterostomy tube feeding by behavioral treatment in early childhood: a randomized controlled trial. *J Pediatr* 2000; 137 (4): 498-503.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bentur L, Kalnins D, Levison H, Corey M, Durie PR. Dietary intakes of young children with cystic fibrosis: is there a difference? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1996; 22 (3): 254-8.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Berclaz G, Li S, Price KN, Coates AS, Castiglione-Gertsch M, Rudenstam CM, Holmberg SB, Lindtner J, Erien D, Collins J, Snyder R, Thurlimann B, Fey MF, Mendiola C, Werner ID, Simoncini E, Crivellari D, Gelber RD, Goldhirsch A. Body mass index as a prognostic feature in operable breast cancer: the International Breast Cancer Study Group experience. *Ann Oncol* 2004; 15 (6): 875-84.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Beresford SA, Curry SJ, Kristal AR, Lazovich D, Feng Z, Wagner EH. A dietary intervention in primary care practice: the Eating Patterns Study. *Am J Public Health* 1997; 87 (4): 610-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Beresford SA, Farmer EM, Feingold L, Graves KL, Sumner SK, Baker RM. Evaluation of a self-help dietary intervention in a primary care setting. *Am J Public Health* 1992; 82 (1): 79-84.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Berg AO. Behavioral counseling in primary care to promote a healthy diet: Recommendations and rationale. *Am J Prev Med* 2003; 24 (1): 93-100.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Berg GD, Wadhwa S. Diabetes disease management in a community-based setting (Structured abstract). *Manag Care* 2002; 11 (6): 42-50.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bergmann KE, Mensink GB. Körpermasse und Übergewicht. [Anthropometric data and obesity]. *Gesundheitswesen* 1999; 61 (Spec No): S115-S120.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bernhard J, Beaufriere B, Laville M, Fouque D. Adaptive response to a low-protein diet in predialysis chronic renal failure patients. J Am Soc Nephrol 2001; 12 (6): 1249-54.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bertel O. Der Einfluss von Patienteninformation, Compliance und ärztlicher Führung auf die Prognose bei chronischer Herzinsuffizienz. [Effects of patient information, compliance and medical control on prognosis in chronic heart failure]. Herz 1991; 16 (Spec No 1): 294-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Beumont P, Hay P, Beumont R. Summary Australian and New Zealand clinical practice guideline for the management of anorexia nervosa (2003). Australasian Psychiatry 2003; 11 (2): 129-33.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Beuth J (Eds). Grundlagen der Komplementärmedizin. München: Hippokrates, 2002. S. 119ff.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bhargava A, Hays J. Behavioral variables and education are predictors of dietary change in the Women's Health Trial: Feasibility Study in Minority Populations. Prev Med 2004; 38 (4): 442-51.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Biesalski HK, Fürst P, Kasper H. Ernährungsmedizin. Stuttgart: Thieme, 3. Auflage 2004. S. 391-6, 396-413, 376-81, 531, 618, 414-24, 251-63.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Binder C. Allergologische Diätansätze im Kindesalter . [Allergological Dietary Approaches in Childhood]. Aktuel Ernähr Med 2002; 27 (6): 431-3.

Stellungnahme Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB);

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bischoff C. Die allergische Entzündung des Gastrointestinaltrakts. Allergologie 2002; 25 (2): 121-30.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Blau N, Hoffmann GF, Leonhard JV, Clarke JTR (Eds). Physician's guide to the treatment and follow-up of metabolic disease. Heidelberg: Springer, 2005.

Stellungnahme Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Stoffwechselstörungen (APS);

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Koch

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Blissmer B, Riebe D, Dye G, Ruggiero L, Greene G, Caldwell M. Health-related quality of life following a clinical weight loss intervention among overweight and obese adults: intervention and 24 month follow-up effects. Health Qual Life Outcomes 2006; 4: 43.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Bloomfield S, Calder JE, Chisholm V, Kelnar CJ, Steel JM, Farquhar JW, Elton R. A project in diabetes education for children. Diabet Med 1990; 7 (2): 137-42.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Bloomgarden ZT. Inpatient diabetes control: Approaches to treatment. Diabetes Care 2004; 27 (9): 2272-7.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Blume JH. Therapieoptionen bei Psoriasis. Haut 2005; 16 (1): 6-18.
Stellungnahme Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB)
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bo S, Ciccone G, Baldi C, Benini L, Dusio F, Forastiere G, Lucia C, Nuti C, Durazzo M, Cassader M, Gentile L, Pagano G. Effectiveness of a lifestyle intervention on metabolic syndrome. A randomized controlled trial. J Gen Intern Med 2007; 22 (12): 1695-703.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Boeing H. Tumorentstehung - hemmende und fördernde Ernährungsfaktoren. In: **Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V. (Eds).** Ernährungsbericht 2004. Frankfurt a.M.: DGE, 2004. S. 235-86.
Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski
Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bohler S, Glaesmer H, Pittrow D, Lehnert H, Stalla GK, Zeiher AM, Marz W, Silber S, Wehling M, Ruf G, Reinecke A, Wittchen HU. Diabetes and cardiovascular risk evaluation and management in primary care: progress and unresolved issues - rationale for a nationwide primary care project in Germany. Exp Clin Endocrinol Diabetes 2004; 112 (4): 157-70.
Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Boutelle KN, Dubbert P, Vander Weg M. A pilot study evaluating a minimal contact telephone and mail weight management intervention for primary care patients. Eating and weight disorders : EWD 2005; 10 (1): e1-e5.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bowen D, Ehret C, Pedersen M, Snetselaar L, Johnson M, Tinker L, Hollinger D, Ilona L, Bland K, Sivertsen D, Ocke D, Staats L, Beedoe JW. Results of an adjunct dietary intervention program in the Women's Health Initiative. J Am Diet Assoc 2002; 102 (11): 1631-7.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Bowers L. An audit of referrals of children with autistic spectrum disorder to the dietetic service. J Hum Nutr Diet 2002; 15 (2): 141-4.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Boyd NF, McGuire V, Shannon P, Cousins M, Kriukov V, Mahoney L, Fish E, Lickley L, Lockwood G, Tritchler D. Effect of a low-fat high-carbohydrate diet on symptoms of cyclical mastopathy. Lancet 1988; 2 (8603): 128-32.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bößmann K. Ernährung und Zahngesundheit. In: **Heidemann D (Eds).** Deutscher Zahnärztekalendar 2004. Köln: Deutscher Zahnärzterverlag, 2004. S. 247-56.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Brand JC, Colagiuri S, Crossman S, Allen A, Roberts DCK, Truswell AS. Low-glycemic index foods improve long-term glycemic control in NIDDM. *Diabetes Care* 1991; 14 (2): 95-101.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Brannon SD, Tershakovec AM, Shannon BM. The cost-effectiveness of alternative methods of nutrition education for hypercholesterolemic children. *Am J Public Health* 1997; 87 (12): 1967-70.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH (Eds). *Dermatologie und Venerologie*. Berlin: Springer, 1996. S. 541-70, 1487-551.

Stellungnahme Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Braun J, Bollow M, Remlinger G, Eggens U, Rudwaleit M, Distler A, Sieper J.

Prevalence of spondylarthropathies in HLA-B27 positive and negative blood donors. *Arthritis Rheum* 1998; 41 (1): 58-67.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Braunschweig CA. Creating a clinical nutrition registry: prospects, problems, and preliminary results. *J Am Diet Assoc* 1999; 99 (4): 467-70.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Breitkreutz R, Tesdal K, Jentschura D, Haas O, Leweling H, Holm E. Effects of a high-fat diet on body composition in cancer patients receiving chemotherapy: a randomized controlled study. *Wien Klin Wochenschr* 2005; 117: 685-92.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bresser H. Orale Nickelprovokation und nickelarme Diät. Indikation und praktische Durchführung. [Oral nickel provocation and a nickel-free diet. Indications and practical implementation]. *Hautarzt* 1992; 43 (10): 610-5.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bridges N, Spowart K. Diabetes in cystic fibrosis. In: *Cystic fibrosis in the 21st century*.

Bush A, Alton EFW, Davies JC, Griesenbach U, Jaffe A (Eds). Basel: Karger, 2006. S. 278-83.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Brine EA, Rickard KA, Brady MS, Liechty EA, Manatunga A, Sadove M, Bull MJ.

Effectiveness of two feeding methods in improving energy intake and growth of infants with cleft palate: a randomized study. *J Am Diet Assoc* 1994; 94 (7): 732-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Brown AS, Cofer LA. Lipid management in a private cardiology practice (the Midwest Heart Experience). *Am J Cardiol* 2000; 85 (3 Suppl 1): 18A-22A.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Brown C, Goetz J, Van Sciver A, Sullivan D, Hamera E. A psychiatric rehabilitation approach to weight loss. *Psychiatr Rehabil J* 2006; 29 (4): 267-73.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Brown JS, Wing R, Barrett-Connor E, Nyberg LM, Kusek JW, Orchard TJ, Ma Y, Vittinghoff E, Kanaya AM. Lifestyle intervention is associated with lower prevalence of urinary incontinence: the Diabetes Prevention Program. *Diabetes Care* 2006; 29 (2): 385-90.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Brown SA, Hanis CL. A community-based, culturally sensitive education and group-support intervention for Mexican Americans with NIDDM: a pilot study of efficacy. *Diabetes Educ* 1995; 21 (3): 203-10.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Brown SA, Garcia AA, Kouzekanani K, Hanis CL. Culturally competent diabetes self-management education for Mexican Americans: the Starr County border health initiative. *Diabetes Care* 2002; 25 (2): 259-68.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Brug J, Steenhuis I, Van Assema P, Glanz K, de Vries H. Computer-tailored nutrition education: differences between two interventions. *Health Educ Res* 1999; 14 (2): 249-56.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Brug J, Steenhuis I, Van Assema P, de Vries H. The impact of a computer-tailored nutrition intervention. *Prev Med* 1996; 25 (3): 236-42.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Brug J, Glanz K, Van Assema P, Kok G, van Breukelen GJ. The impact of computer-tailored feedback and iterative feedback on fat, fruit, and vegetable intake. *Health Educ Behav* 1998; 25 (4): 517-31.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Brug J, Spikmans F, Aartsen C, Breedveld B, Bes R, Ferreira I. Training dietitians in basic motivational interviewing skills results in changes in their counseling style and in lower saturated fat intakes in their patients. *J Nutr Educ Behav* 2007; 39 (1): 8-12.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bruijnzeel-Koomen C, Ortolani C, Aas K, Bindselev-Jensen C, Bjorksten B, Moneret-Vautrin D, Wuthrich B. Adverse reactions to food. *European Academy of Allergology and Clinical Immunology Subcommittee. Allergy* 1995; 50 (8): 623-35.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bruner B, Chad K, Chizen D. Effects of exercise and nutritional counseling in women with polycystic ovary syndrome. *Appl Physiol Nutr Metab* 2006; 31 (4): 384-91.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Bruning PF, Egger RJ, Gooskens AC, Hermus RJ, Hulshof KF, Kistemaker C, Klein Poelhuis EH, Kobashi-Schoot A, Odink J, Schreurs WH. Dietary intake, nutritional status and well-being of cancer patients: a prospective study. *Eur J Cancer Clin Oncol* 1985; 21 (12): 1449-59.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Brunner E, White I, Thorogood M, Bristow A, Curle D, Marmot M. Can dietary interventions change diet and cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomized controlled trials (Structured abstract). *Am J Public Health* 1997; 87 (9): 1415-22.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Brunner EJ, Rees K, Ward K, Burke M, Thorogood M. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (4): CD002128.pub3.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Brunt JH, Shields L. Preventive behaviours in the Hutterite community following a nurse-managed cholesterol screening program. *Can J Cardiovasc Nurs* 1996; 7 (2): 6-11.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Brusilow SW, Maestri NE. Urea cycle disorders: Diagnosis, pathophysiology, and therapy. *Adv Pediatr* 1996; 43: 127-70.

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Brusilow SW, Horwich AL. Urea Cycle Enzymes. In: **Scriver CR, Beaudet AL, Valle D, Sly WS, Vogelstein B, Childs B, Kinzler KW (Online Eds).** *The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease*. New York: McGraw-Hill, 2001-2004. Part 8 Amino Acids, Chapter 85.

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bryson SR, Theriot L, Ryan NJ, Pope J, Tolman N, Rhoades P . Primary follow-up care in a multidisciplinary setting enhances catch-up growth of very-low-birth-weight infants. *J Am Diet Assoc* 1997; 97 (4): 386-90.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Brzezinski A. Medical treatment of Crohn's disease. *Clin Colon Rectal Surg* 2001; 14 (2): 167-73.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Buhling KJ, Elsner E, Wolf C, Harder T, Engel B, Wascher C, Siebert G, Dudenhausen JW. No influence of high- and low-carbohydrate diet on the oral glucose tolerance test in pregnancy. *Clin Biochem* 2004; 37 (4): 323-7.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bull FC, Jamrozik K, Blanksby BA. Tailored advice on exercise--does it make a difference? *Am J Prev Med* 1999; 16 (3): 230-9.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Buller DB, Morrill C, Taren D, Aickin M, Sennott-Miller L, Buller MK, Larkey L, Alatorre C, Wentzel TM. Randomized trial testing the effect of peer education at increasing fruit and vegetable intake. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91 (17): 1491-500.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bundesärztekammer (BÄK). Curriculum Ernährungsmedizin. Texte und Materialien für Fort- und Weiterbildung, Band 19. Berlin: BÄK, 1998.
Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bundesärztekammer (BÄK). Gesund essen. Empfehlungen für die ärztliche Ernährungsberatung und Ernährungstherapie. 3. überarb. Auflage. Berlin: BÄK, 2002.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Burden S. Dietary treatment of irritable bowel syndrome: Current evidence and guidelines for future practice. J Hum Nutr Diet 2001; 14 (3): 231-41.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Burgard P, Bremer HJ, Buhrdel P, Clemens PC, Monch E, Przyrembel H, Trefz FK, Ullrich K. Rationale for the German recommendations for phenylalanine level control in phenylketonuria 1997. Eur J Pediatr 1999; 158 (1): 46-54.

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Burmester GR, Buttgereit F. Dermatomyositis - Polymyositis (M 33). In: **Zeidler H, Zacher J, Hiepe F (Eds).** Interdisziplinäre klinische Rheumatologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2001. S. 895-903.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Burr ML, Ashfield-Watt PA, Dunstan FD, Fehily AM, Breay P, Ashton T, Zotos PC, Haboubi NA, Elwood PC. Lack of benefit of dietary advice to men with angina: results of a controlled trial. Eur J Clin Nutr 2003; 57 (2): 193-200.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Burton WN, Connerty CM. Worksite-based diabetes disease management program. Dis Manag 2002; 5 (1): 1-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bush A, Alton EFWF, Davies JC, Griesenbach U, Jaffe A (Eds). Cystic fibrosis in the 21st century. Basel: Karger, 2006.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bush A, Alton EFWF, Davies JC, Griesenbach U, Jaffe A. Preface. In: Cystic fibrosis in the 21st century. **Bush A, Alton EFWF, Davies JC, Griesenbach U, Jaffe A (Eds).** Basel: Karger, 2006, S. IX.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Bush CL, Pittman S, McKay S, Ortiz T, Wong WW, Klish WJ. Park-based obesity intervention program for inner-city minority children. J Pediatr 2007; 151 (5): 513-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Buttriss JL. Food and nutrition: attitudes, beliefs, and knowledge in the United Kingdom. Am J Clin Nutr 1997; 65 (6 Suppl): 1985S-95S.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Byers T, Nestle M, McTiernan A, Doyle C, Currie-Williams A, Gansler T, Thun M, American Cancer Society 2001 Nutrition and Physical Activity Guidelines Advisory Committee. American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. CA

Cancer J Clin 2002; 52 (2): 92-119.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Byrne NM, Meerkin JD, Laukkanen R, Ross R, Fogelholm M, Hills AP. Weight loss strategies for obese adults: personalized weight management program vs. standard care. Obesity (Silver Spring) 2006; 14 (10): 1777-88.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Caballero B, Clay T, Davis SM, Ethelbah B, Rock BH, Lohman T, Norman J, Story M, Stone EJ, Stephenson L, Stevens J. Pathways: a school-based, randomized controlled trial for the prevention of obesity in American Indian schoolchildren. Am J Clin Nutr 2003; 78 (5): 1030-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Caggiula AW, Watson JE, Kuller LH, Olson MB, Milas NC, Berry M, Germanowski J. Cholesterol-lowering intervention program. Effect of the step I diet in community office practices. Arch Intern Med 1996; 156 (11): 1205-13.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Caglar K, Fedje L, Dimmitt R, Hakim RM, Shyr Y, Ikizler TA . Therapeutic effects of oral nutritional supplementation during hemodialysis. Kidney Int 2002; 62 (3): 1054-9.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Callahan LF. The burden of rheumatoid arthritis: facts and figures. J Rheumatol Suppl 1998; 53: 8-12.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Calle EE, Kaaks R. Overweight, obesity and cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms. Nat Rev Cancer 2004; 4 (8): 579-91.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. N Engl J Med 2003; 348 (17): 1625-38.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Camfield CS, Joseph M, Hurley T, Campbell K, Sanderson S, Camfield PR. Optimal management of phenylketonuria: a centralized expert team is more successful than a decentralized model of care. J Pediatr 2004; 145 (1): 53-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Campbell LV, Barth R, Gosper JK, Jupp JJ, Simons LA, Chisholm DJ. Impact of intensive educational approach to dietary change in NIDDM. Diabetes Care 1990; 13 (8): 841-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Campbell MK, Honess-Morreale L, Farrell D, Carbone E, Brasure M. A tailored multimedia nutrition education pilot program for low-income women receiving food assistance. *Health Educ Res* 1999; 14 (2): 257-67.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Campbell MK, DeVellis BM, Strecher VJ, Ammerman AS, DeVellis RF, Sandler RS. Improving dietary behavior: the effectiveness of tailored messages in primary care settings. *Am J Public Health* 1994; 84 (5): 783-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Campbell NC, Ritchie LD, Thain J, Deans HG, Rawles JM, Squair JL. Secondary prevention in coronary heart disease: a randomised trial of nurse led clinics in primary care. *Heart* 1998; 80 (5): 447-52.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Cappuccio FP, Little P, Kelly J, Barnett J, Dorward M, Margetts B, Warm D. Brief lifestyle interventions for hypertension [3] (multiple letters). *Br Med J* 2004; 329 (7457): 111-2.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Cardillo S, Seshadri P, Iqbal N. The effects of low-carbohydrate versus low-fat diet on adipocytokines in severely obese adult: Three-year follow-up of a randomized trial. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2006; 10 (3): 99-106.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Carels RA, Darby LA, Douglass OM, Cacciapaglia HM, Rydin S . Education on the glycemic index of foods fails to improve treatment outcomes in a behavioral weight loss program. *Eating behaviors* 2005; 6 (2): 145-50.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Carlsson R, Lindberg G, Westin L, Israelsson B. Influence of coronary nursing management follow up on lifestyle after acute myocardial infarction. *Heart* 1997; 77 (3): 256-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Carruthers DM, Watts RA, Symmons DP, Scott DG. Wegener's granulomatosis--increased incidence or increased recognition? *Br J Rheumatol* 1996; 35 (2): 142-5.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Case S. The gluten-free diet: How to provide effective education and resources. *Gastroenterology* 2005; 128 (4): S128-S134.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Casey J, Johnson V, McClelland P. The relationship between interdialytic weight gain and patient compliance. A single centred cohort study (n=21). *EDTNA-ERCA Journal* 2001; 27 (4): 187-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

CDC Diabetes Cost Effectiveness Group. Cost-effectiveness of intensive glycemic control, intensified hypertension control, and serum cholesterol level reduction for type 2 diabetes (Structured abstract). *JAMA* 2002; 287 (19): 2542-51.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Chan MF, Ko CY. Osteoporosis prevention education programme for women. J Adv Nurs 2006; 54 (2): 159-70.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Chan MF, Ko CY, Day MC. The effectiveness of an osteoporosis prevention education programme for women in Hong Kong: a randomized controlled trial. J Clin Nurs 2005; 14 (9): 1112-23.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Cheng C, Graziani C, Diamond JJ. Cholesterol-lowering effect of the Food for Heart Nutrition Education Program. J Am Diet Assoc 2004; 104 (12): 1868-72.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Chlebowski RT, Blackburn GL, Buzzard IM, Rose DP, Martino S, Khandekar JD, York RM, Jeffery RW, Elashoff RM, Wynder EL. Adherence to a dietary fat intake reduction program in postmenopausal women receiving therapy for early breast cancer. The Women's Intervention Nutrition Study. J Clin Oncol 1993; 11 (11): 2072-80.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Chlebowski RT, Aiello E, McTiernan A. Weight loss in breast cancer patient management. J Clin Oncol 2002; 20 (4): 1128-43.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jr., Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT, Jr., Roccella EJ. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension 2003; 42 (6): 1206-52.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jr., Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT, Jr., Roccella EJ. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA 2003; 289 (19): 2560-72.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Christensson L, Unosson M, Bachrach-Lindstrom M, Ek AC. Attitudes of nursing staff towards nutritional nursing care. Scand J Caring Sci 2003; 17 (3): 223-31.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Christophers E, Mrowietz U. Psoriasis - ein vielgestaltiges Krankheitsbild. Dtsch Ärztebl 1999; 96: 1798-803.

Stellungnahme Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Chu LW, Lam KSL, Tam SCF, Hu WJHC, Hui SL, Chiu A, Chiu KC, Ng P. A randomized controlled trial of low-dose recombinant human growth hormone in the treatment of malnourished elderly medical patients. J Clin Endocrinol Metab 2001; 86 (5): 1913-20.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Chuang DT, Shih VE. Maple Syrup Urine Disease (Branched-Chain Ketoaciduria). In: **Scriver CR, Beaudet AL, Valle D, Sly WS, Vogelstein B, Childs B, Kinzler KW (Online Eds).** The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease. New York: McGraw-Hill. 2001-2004, Part 8 Amino Acids, Chapter 87.

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Clark M, Hampson SE, Avery L, Simpson R. Effects of a tailored lifestyle self-management intervention in patients with type 2 diabetes. *Br J Health Psychol* 2004; 9 (Pt 3): 365-79.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Cleland LG, French JK, Betts WH, Murphy GA, Elliott MJ. Clinical and biochemical effects of dietary fish oil supplements in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1988; 15 (10): 1471-5.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Clement S. Guidelines for glycemic control. *Clinical Cornerstone* 2004; 6 (2): 31-6.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Cliffe M, Bloodworth LL, Jibani MM. Can malnutrition in predialysis patients be prevented by dietetic intervention? *J Ren Nutr* 2001; 11 (3): 161-5.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Cocco G, Pandolfi S, Rousson V. Sufficient weight reduction decreases cardiovascular complications in diabetic patients with the metabolic syndrome: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes (diet and exercise). *HeartDrug* 2005; 5 (2): 68-74.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Cofe LA. Aggressive cholesterol management: Role of the lipid nurse specialist. *Heart Lung* 1997; 26 (5): 337-44.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Cohen SJ, Christen AG, Katz BP, Drook CA, Davis BJ, Smith DM, Stookey GK.

Counseling medical and dental patients about cigarette smoking: the impact of nicotine gum and chart reminders. *Am J Public Health* 1987; 77 (3): 313-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Conlin PR, Chow D, Miller ER, III, Svetkey LP, Lin PH, Harsha DW, Moore TJ, Sacks FM, Appel LJ. The effect of dietary patterns on blood pressure control in hypertensive patients: results from the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) trial. *Am J Hypertens* 2000; 13 (9): 949-55.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Connor H, Annan F, Bunn E, Frost G, McGough N, Sarwar T, Thomas B. The dietitians challenge: The implementation of nutritional advice for people with diabetes. *J Hum Nutr Diet* 2003; 16 (6): 421-52.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Consoli SM, Ben Said M, Jean J, Menard J, Plouin PF, Chatelier G. Evaluation d'un programme d'education assistee par ordinateur destine a des patients hypertendus. [Evaluation of a computer assisted education program for hypertensive patients]. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1994; 87 (8): 1093-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine deutsche oder englische Volltextveröffentlichung

Coodley GO, Jorgensen M, Kirschenbaum J, Sparks C, Zeigler L, Albertson BD. Lowering LDL cholesterol in adults: a prospective, community-based practice initiative. *Am J Med* 2008; 121 (7): 604-10.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Cook NR, Cutler JA, Obarzanek E, Buring JE, Rexrode KM, Kumanyika SK, Appel LJ, Whelton PK. Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: Observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP). *Br Med J* 2007; 334 (7599): 885-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Cooper CA, de Looy AE, Conry MA. The efficiency of energy-reduced diets in the treatment of obesity by dietitians. *Proc Nutr Soc* 1979; 38 (1): 7A.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Copp EK, Green NR. Dietary intake and blood lipid profile survey of fighter pilots at Tyndall Air Force Base. *Aviat Space Environ Med* 1991; 62 (9 Pt 1): 837-41.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Copperman N, Schebendach J, Arden MR, Jacobson MS. Nutrient quality of fat- and cholesterol-modified diets of children with hyperlipidemia. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149 (3): 333-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Corabian P, Harstall C. Patient diabetes education in the management of adult type 2 diabetes (Structured abstract). Edmonton, AB, Canada: AHFMR, 2001.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Cordero L, Treuer SH, Landon MB, Gabbe SG. Management of infants of diabetic mothers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152 (3): 249-54.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Corey M, McLaughlin FJ, Williams M, Levison H. A comparison of survival, growth, and pulmonary function in patients with cystic fibrosis in Boston and Toronto. *J Clin Epidemiol* 1988; 41 (6): 583-91.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Corey M, Gaskin K, Durie P, Levison H, Forstner G. Improved prognosis in CF patients with normal fat absorption. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1984; 3 (Suppl 1): S99-105.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Coulter A, Fowler G, Fuller A, Jones L, Lancaster T, Lawrence M, Mant D, Muir J, Neil A, O'Neil C, Roe L, Rusted N, Schofield T, Silagy C, Thorogood M, Yudkin P, Ziebland S, Freedman D, Oggelsby M. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: Final results of the OXCHECK study. *Br Med J* 1995; 310 (6987): 1099-104.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Cousins JH, Rubovits DS, Dunn JK, Reeves RS, Ramirez AG, Foreyt JP. Family versus individually oriented intervention for weight loss in Mexican American women. *Public Health Rep* 1992; 107 (5): 549-55.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Cowburn G, Summerbell C. A survey of dietetic practice in obesity management. *J Hum Nutr Diet* 1998; 11 (3): 191-5.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Cowie CC, Harris MI. Ambulatory medical care for non-Hispanic whites, African-Americans, and Mexican-Americans with NIDDM in the U.S. *Diabetes Care* 1997; 20 (2): 142-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Cox RH, Parker GG, Watson AC, Robinson SH, Simonson CJ, Elledge JC, Diggs S, Smith E. Dietary cancer risk of low-income women and change with intervention. *J Am Diet Assoc* 1995; 95 (9): 1031-4.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Coyne T, Olson M, Bradham K, Garcon M, Gregory P, Scherch L. Dietary satisfaction correlated with adherence in the Modification of Diet in Renal Disease Study. *J Am Diet Assoc* 1995; 95 (11): 1301-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Cradock S. Eating disorders: Improved skills are needed in screening and initial care. *Pract Diabetes Int* 2005; 22 (4): 145.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Cradock S, Campbell I, Tasker P, Webb S, Dick J. The role of the nurse in management. *Round Table Series - Royal Society of Medicine* 1999; (60): 27-34.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Cresci G. Dietitians place feeding tubes? *Nutrition* 2002; 18 (9): 778-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Cross JE, Parsons CR. Nurse-teaching and goal-directed nurse-teaching to motivate change in food selection behavior of hospitalized patients. *Nurs Res* 1971; 20 (5): 454-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Crouch M, Sallis JF, Farquhar JW, Haskell WL, Ellsworth NM, King AB, Rogers T. Personal and mediated health counseling for sustained dietary reduction of hypercholesterolemia. *Prev Med* 1986; 15 (3): 282-91.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 2005; 352 (24): 2477-86.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Culos-Reed SN, Doyle-Baker PK, Paskevich D, Devonish JA, Reimer RA. Evaluation of a community-based weight control program. *Physiol Behav* 2007; 92 (5): 855-60.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Cupples ME, McKnight A. Randomised controlled trial of health promotion in general practice for patients at high cardiovascular risk. *BMJ* 1994; 309 (6960): 993-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Dahms WT, Molitch ME, Bray GA, Greenway FL, Atkinson RL, Hamilton K. Treatment of obesity: cost-benefit assessment of behavioral therapy, placebo, and two anorectic drugs. *Am J Clin Nutr* 1978; 31 (5): 774-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Dallongeville J, Leboeuf N, Blais C, Touchette J, Gervais N, Davignon J. Short-term response to dietary counseling of hyperlipidemic outpatients of a lipid clinic. *J Am Diet Assoc* 1994; 94 (6): 616-21.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Dalton S. The dietitians' philosophy and practice in multidisciplinary weight management. *J Am Diet Assoc* 1998; 98 (10): S49-S54.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Daly ME, Paisey R, Paisey R, Millward BA, Eccles C, Williams K, Hammersley S, MacLeod KM, Gale TJ. Short-term effects of severe dietary carbohydrate-restriction advice in Type 2 diabetes--a randomized controlled trial. *Diabet Med* 2006; 23 (1): 15-20.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Dansinger ML, Tatsioni A, Wong JB, Chung M, Balk EM. Meta-analysis: the effect of dietary counseling for weight loss. *Ann Intern Med* 2007; 147 (1): 41-50.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Dantas RAS, Aguiilar OM, Dos Santos Barbeira CB. Implementation of a nurse-monitored protocol in a Brazilian hospital: A pilot study with cardiac surgery patients. *Patient Educ Couns* 2002; 46 (4): 261-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Dapoigny M, Stockbrügger RW, Azpiroz F, Collins S, Coremans G, Müller-Lissner S, Oberndorff A, Pace F, Smout A, Vatn M, Whorwell P. Role of alimentation in irritable bowel syndrome. *Digestion* 2003; 67 (4): 225-33.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Darlington LG. Dietary therapy for rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 1994; 12 (3): 235-9.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Davidson MB. Incorporating diabetes care into a health maintenance organisation setting. A practical guide. *Disease Management and Health Outcomes* 1998; 3 (2): 71-80.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Davis BR, Blaufox MD, Oberman A, Wassertheil-Smoller S, Zimbaldi N, Cutler JA, Kirchner K, Langford HG. Reduction in long-term antihypertensive medication requirements. Effects of weight reduction by dietary intervention in overweight persons with mild hypertension. *Arch Intern Med* 1993; 153 (15): 1773-82.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Davis S, Gomez Y, Lambert L, Skipper B. Primary prevention of obesity in American Indian children. *Ann N Y Acad Sci* 1993; 699: 167-80.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Dayot F, Bataillard A, Keré C, Ducès F, Bachmann P, Blanc-Vincent M-P, Besnard B, Bonneteau C, Champetier S, Claude M, Combret D, Cometto F, Duguet A, Duval N, Finck C, Freby-Lehner A, Garabige V, Lallemand Y, Massoud C, Meuric J, Montane C,

Poirée B, Puel S, Rossignol G, Roux-Bournay P, Simon M, Tran M. Standards, options et recommandations: bonnes pratiques de diététique en cancérologie: la prestation alimentaire. [Standards, options and recommendations: Good clinical practice in the dietetic management of cancer patients: Hospital catering]. Bull Cancer (Paris) 2001; 88 (10): 1007-18.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine deutsche oder englische Volltextveröffentlichung

de Kassin C. Zahnwissen-Lexikon (En-Ez). Erosionen.

http://www.zahnwissen.de/frameset_lexi.htm?lexikon.htm, Zugriff am 08.12.2006.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

de Kassin C. Zahnwissen-Lexikon (Ka-Km). Kariesdiagnostik.

http://www.zahnwissen.de/frameset_lexi.htm?lexikon.htm, Zugriff am 06.12.2006.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

De Kruif JT, Vos A. An algorithm for the clinical assessment of nutritional status in hospitalized patients. Br J Nutr 2003; 90 (4): 829-36.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

de Luis Roman DA, Bachiller P, Izaola O, Romero E, Martin J, Arranz M, Eiros Bouza JM, Aller R. Nutritional treatment for acquired immunodeficiency virus infection using an enterotropic peptide-based formula enriched with n-3 fatty acids: a randomized prospective trial. Eur J Clin Nutr 2001; 55 (12): 1048-52.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

de Luis DA, Aller R, de Luis J, Izaola O, Romero E, Terroba MC, Cuellar LA. Clinical and biochemical characteristics of patients with home enteral nutrition in an area of Spain. Eur J Clin Nutr 2003; 57 (4): 612-5.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

DeBusk RF, Miller NH, Superko HR, Dennis CA, Thomas RJ, Lew HT, Berger WE, III, Heller RS, Rompf J, Gee D, Kraemer HC, Bandura A, Ghandour G, Clark M, Shah RV, Fisher L, Taylor CB. A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. Ann Intern Med 1994; 120 (9): 721-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Delahanty L, Simkins SW, Camelson K. Expanded role of the dietitian in the Diabetes Control and Complications Trial: implications for clinical practice. The DCCT Research Group. J Am Diet Assoc 1993; 93 (7): 758-64, 767.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Delbruck H, Severin M, Jansen G. Postgastrektomiebefunde in der Nachsorge von 227 Patienten mit Magenkarzinom. [Postgastroectomy findings in the after care of 227 patients with stomach carcinoma]. Z Gastroenterol 1991; 29 (5): 222-6.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Oehler

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Delichatsios HK, Hunt MK, Lobb R, Emmons K, Gillman MW. EatSmart: efficacy of a multifaceted preventive nutrition intervention in clinical practice. Prev Med 2001; 33 (2 Pt 1): 91-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung, Prävention

Delichatsios HK, Friedman RH, Glanz K, Tennstedt S, Smigelski C, Pinto BM, Kelley H, Gillman MW. Randomized trial of a "talking computer" to improve adults' eating habits. *Am J Health Promot* 2001; 15 (4): 215-24.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Demark-Wahnefried W, Aziz NM, Rowland JH, Pinto BM. Riding the crest of the teachable moment: promoting long-term health after the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23 (24): 5814-30.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Deutsche Adipositas-Gesellschaft. Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Stand Januar 2002. Leitlinien der DGfKJ, Urban und Fischer, 2002.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *Forschung, Klinik und Praxis* 2001; (10).

Stellungnahme Dr. Petra Forster

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Leitlinien zur ambulanten Ernährungsberatung von Übergewichtigen. *DGE spezial* 2000; (3).

Stellungnahme Dr. Petra Forster

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG). Leitlinien zur Adipositastherapie in Rehakliniken. <http://www.adipositas-gesellschaft.de/daten/Reha-Leitlinien-2005-10-09.pdf>, Zugriff am 10.01.2006.

Stellungnahme Ernährungsberatung Charisius;

Stellungnahme Dr. Petra Forster

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI), Ärzteverband Deutscher Allergologen (ÄDA), Deutsche Akademie für Allergologie und Umweltmedizin (DAAU). Weißbuch: Allergie in Deutschland. 2. Auflage. München: Urban & Vogel, 2004.

Stellungnahme Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI), Ärzteverband Deutscher Allergologen (ÄDA), Deutsche Akademie für Allergologie und Umweltmedizin (DAAU). Weißbuch: Allergie in Deutschland. 2. Auflage. Schriftenreihe Medizin und Wissen. München: Urban & Vogel, 2004. S. 141-51.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI), Ärzteverband Deutscher Allergologen (ÄDA), Deutsche Akademie für Allergologie und

Umweltmedizin (DAAU). Weißbuch: Allergie in Deutschland. 2. Auflage. Schriftenreihe Medizin und Wissen. München: Urban & Vogel, 2004. S. 152-60.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

**Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI),
Ärzteverband Deutscher Allergologen (ÄDA), Deutsche Akademie für Allergologie und
Umweltmedizin (DAAU).** Weißbuch: Allergie in Deutschland. 2. Auflage. Schriftenreihe
Medizin und Wissen. München: Urban & Vogel, 2004. S. 177-95.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

**Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI),
Ärzteverband Deutscher Allergologen (ÄDA), Deutsche Akademie für Allergologie und
Umweltmedizin (DAAU).** Weißbuch: Allergie in Deutschland. 2. Auflage. Schriftenreihe
Medizin und Wissen. München: Urban & Vogel, 2004. S. 229-30.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

**Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI),
Ärzteverband Deutscher Allergologen (ÄDA), Deutsche Akademie für Allergologie und
Umweltmedizin (DAAU).** Weißbuch: Allergie in Deutschland. 2. Auflage. Schriftenreihe
Medizin und Wissen. München: Urban & Vogel, 2004. S. 295-305.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE). Beratungsstandards Krebserkrankungen.
Bonn: DGE, 2001.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

**Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Österreichische Gesellschaft für
Ernährung, Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung, Schweizerische
Vereinigung für Ernährung (Eds).** D-A-CH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr.
Frankfurt/Main: Umschau/Braus, 2001.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE). DGE-Beratungs-Standards. 6. Aufl. Bonn:
DGE, 2003.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE). DGE-Beratungs-Standards. 6.
Rheumatische Erkrankungen. Version V/6.1-6.2. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.,
1998.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE). Ernährungsbericht 1996. Bonn: DGE, 1996.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE). Ernährungsbericht 2000. Bonn: DGE, 2000.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE). Ernährungsbericht 2004. Bonn: DGE, 2004.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE). Maßnahmen zur Gewichtsreduktion bei Erwachsenen. DGE-Beratungsstandards, Kapitel 11.2, 2. Auflage 1998. www.dge.de.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Deutsche Hochdruckliga e.V.(DHL), Deutsche Hypertoniegesellschaft. Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung der arteriellen Hypertonie. RR-Liga. S. 39. www.paritaet.org.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Deutsches Ernährungsberatungs- und -informationsnetz (DEBInet). Colitis ulcerosa - Krankheitsbild. http://www.ernaehrung.de/tipps/colitis_ulcerosa/colitis10.htm#Häufigkeit, Zugriff am 16.01.2006.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Deutsches Ernährungsberatungs- und -informationsnetz (DEBInet). Essstörungen - Anorexia nervosa. <http://www.ernaehrung.de/tipps/essstoerungen/essstoerungen11.htm>

Zugriff am 17.01.2006.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Deutsches Ernährungsberatungs- und -informationsnetz (DEBInet).

Fettstoffwechselstörungen - Krankheitsbild.

<http://www.ernaehrung.de/tipps/fettstoffwechselstoerungen/fett11.htm>, Zugriff am 17.01.2006.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Deutsches Ernährungsberatungs- und -informationsnetz (DEBInet).

Fettstoffwechselstörungen - Therapie.

<http://www.ernaehrung.de/tipps/fettstoffwechselstoerungen/fett12.htm>, Zugriff am 16.01.2006.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Deutsches Ernährungsberatungs- und -informationsnetz (DEBInet). Magen-Darm-Erkrankungen - Magengeschwür.

http://www.ernaehrung.de/tipps/MD_Erkrankungen/md13.htm#Ernaehrungstherapie, Zugriff am 17.01.2006.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Deutsches Ernährungsberatungs- und -informationsnetz (DEBInet). Morbus Crohn/Colitis ulcerosa - Ernährungstherapie.

<http://www.ernaehrung.de/tipps/morbuscrohn/morbus12.htm>, Zugriff am 17.01.2006.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Deutsches Ernährungsberatungs- und -informationsnetz (DEBInet).

Nahrungsmittelallergien - Therapie.

<http://www.ernaehrung.de/tipps/nahrungsmittelallergien/allergie20.htm>, Zugriff am 16.06.2006.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Deutsches Ernährungsberatungs- und -informationsnetz (DEBInet). Reizdarm -

Therapie. http://www.ernaehrung.de/tipps/colon_irritabile/coloni11.htm, Zugriff am 17.01.2006.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Deutsches Ernährungsberatungs- und -informationsnetz (DEBInet). Rheumatoide

Arthritis - Ernährung. <http://www.ernaehrung.de/tipps/rheuma/rheuma11.htm>, Zugriff am 16.01.2006.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Deutsches Ernährungsberatungs- und -informationsnetz (DEBInet). Rheumatoide

Arthritis - Medikamente. <http://www.ernaehrung.de/tipps/rheuma/rheuma13.htm>, Zugriff am 16.01.2006.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Deutsches Ernährungsberatungs- und -informationsnetz (DEBInet). Untergewicht - Infos

zur Krankheit. <http://www.ernaehrung.de/tipps/untergewicht/unter10.htm>, Zugriff am 17.01.2006.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Deutsches Institut für Gütesicherung und Kennzeichnung eV (RAL), GDV

Gütegemeinschaft Diät und Vollkost eV. Satzungswerke: Diät und Vollkost, Gütesicherung RAL-GZ 110. Berlin: Beuth 2004

Stellungnahme GDV Gütegemeinschaft Diät und Vollkost e.V.;

Stellungnahme Deutscher Heilbäderverband e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Deutsches Medizin-Netz. Ulcus ventriculi/duodeni ("Magengeschwür"). <http://www.medicin-netz.de/icenter/ulcus.htm>, Zugriff am 17.01.2006.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Dewys WD, Begg C, Lavin PT, Band PR, Bennett JM, Bertino JR, Cohen MH, Douglass HO, Jr., Engstrom PF, Ezdinli EZ, Horton J, Johnson GJ, Moertel CG, Oken MM, Perlia C, Rosenbaum C, Silverstein MN, Skeel RT, Sponzo RW, Tormey DC. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Med 1980; 69 (4): 491-7.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

DGE-Arbeitsgruppe Diätetik in der Allergologie. Begriffsbestimmung und Abgrenzung von Lebensmittelunverträglichkeiten. DGEInfo 2004; 2: 19-23.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

DGE-Arbeitsgruppe Diätetik in der Allergologie. Stellenwert von Diäten in der allergologischen Diagnostik. DGEinfo 2004; 5: 67-9.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

DGE-Arbeitsgruppe Diätetik in der Allergologie. Stellenwert von Lebensmittelverträglichkeiten bei atopischer Dermatitis. DGEinfo 2005; 7: 99-101.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

DGE-Arbeitsgruppe Diätetik in der Allergologie. Stellenwert von Lebensmittelunverträglichkeiten bei chronischer Urtikaria. DGEinfo 2004; 10: 147-50.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

DGE-Arbeitsgruppe Diätetik in der Allergologie. Stellenwert von Lebensmittelunverträglichkeiten bei chronischer Urtikaria. DGEinfo 2004; 11: 163-5.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook J, V, Williams B, Ford GA. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials (Structured abstract). J Hypertens 2006; 24 (2): 215-33.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Dickinson PJ, Dornhorst A, Frost GS. A retrospective case-control study of initiating insulin therapy in type 2 diabetes. Pract Diabetes Int 2002; 19 (3): 67-70.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Dietitians Special Interest Group. European guidelines for the nutritional care of adult renal patients, 1-52, October 2002. www.edtna-erca.org.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Dinc L, Erdil F. The effectiveness of an educational intervention in changing nursing practice and preventing catheter-related infection for patients receiving total parenteral nutrition. Int J Nurs Stud 2000; 37 (5): 371-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Dixon LB, Tershakovec AM, McKenzie J, Shannon B. Diet quality of young children who received nutrition education promoting lower dietary fat. Public Health Nutr 2000; 3 (4): 411-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Dockter G, Lindemann H, Tümmler B, Wunderlich P, Dittrich-Weber H. Pankreas, Leber und Magen-Darm-Trakt. In: **Dockter G (Eds).** Mukoviszidose. Stuttgart, New York: Thieme. 1997.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Dolecek TA, Bradham KH, Espeland MA, Margitic SE, Byington RP, Hoen H, Kappelle LJ. Maximizing recruitment efforts in a drug lipid-lowering trial with dietary intervention to

lower LDL cholesterol. Control Clin Trials 1996; 17 (1): 33-45.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Dolecek TA, Stamler J, Caggiula AW, Tillotson JL, Buzzard IM. Methods of dietary and nutritional assessment and intervention and other methods in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Am J Clin Nutr 1997; 65 (1 Suppl): 196S-210S.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Dolecek TA, Olson MB, Caggiula AW, Dwyer JT, Milas NC, Gillis BP, Hartman JA, DiChiro JT. Registered dietitian time requirements in the Modification of Diet in Renal Disease Study. J Am Diet Assoc 1995; 95 (11): 1307-12.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Domel SB, Baranowski T, Davis H, Thompson WO, Leonard SB, Riley P, Baranowski J, Dudovitz B, Smyth M. Development and evaluation of a school intervention to increase fruit and vegetable consumption among 4th and 5th grade students. J Nutr Educ 1993; 25 (6): 345-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Domenech MI, Assad D, Mazzei ME, Kronsbein P, Gagliardino JJ. Evaluation of the effectiveness of an ambulatory teaching/treatment programme for non-insulin dependent (type 2) diabetic patients. Acta Diabetol 1995; 32 (3): 143-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Domer JA. Foodservice in a hemodialysis center. J Am Diet Assoc 1989; 89 (10): 1506-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Donnell GN, Bergren WR, Perry G, Koch R. Galactose-1-phosphate in galactosemia. Pediatrics 1963; 31 (5): 802-10.

Stellungnahme Elterninitiative Galaktosämie e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Dorsch W, Ring J, AG Komplementärmedizin der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie. Komplementärmethoden oder so genannte Alternativmethoden in der Allergologie. Allergo J 2002; 11: 163-70.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Dörner T, Gromnica-Ihle E, Lang B, Buttgereit F, Nüßlein H, Meurer M, Schwarz-Eywill M, Hiepe F. Sonstige Systembeteiligung des Bindegewebes. In: **Zeidler H, Zacher J, Hiepe F (Eds).** Interdisziplinäre klinische Rheumatologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2001. S. 921-59.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Drobac S, Brickman W, Smith T, Binns HJ. Evaluation of a type 2 diabetes screening protocol in an urban pediatric clinic. Pediatrics 2004; 114 (1): 141-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Drummond S, Kirk T, Jackson J, Hendry J, Panton S, Gray F. Effectiveness of dietary advice given by community dietitians to men with elevated blood cholesterol in a clinical setting: a pilot study. J Hum Nutr Diet 2003; 16 (2): 81-3.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Duchmann R, Neurath M, Marker-Hermann E, Meyer Zum Buschenfelde KH. Immune responses towards intestinal bacteria--current concepts and future perspectives. *Z Gastroenterol* 1997; 35 (5): 337-46.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Dudeck J, Wagner G, Grundmann E, Hermanek P (Eds). Basisdokumentation für Tumorkranke. München: Zuckschwerdt 1999.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Dura Trave T. Influencia de la educacion nutricional en el tratamiento de la obesidad infanto-juvenil. [Influence of nutritional education on management of infantile-juvenile obesity]. *Nutr Hosp* 2006; 21 (3): 307-12.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Dwyer J. Osteoporosis. Nutrition management for older adults. American Academy of Family Physicians, American Dietetic Association, Nutrition Screening Initiative. 2002. Leawood: NSI, 2002. http://www.aafp.org/PreBuilt/NSI_Osteoporosis.pdf. Zugriff am 11.10.2005.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Eakin E, Reeves M, Lawler S, Graves N, Oldenburg B, Del Mar C, Wilke K, Winkler E, Barnett A. Telephone counseling for physical activity and diet in primary care patients. *Am J Prev Med* 2009; 36 (2): 142-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Eakin EG, Reeves MM, Lawler SP, Oldenburg B, Del Mar C, Wilkie K, Spencer A, Battistutta D, Graves N. The Logan Healthy Living Program: a cluster randomized trial of a telephone-delivered physical activity and dietary behavior intervention for primary care patients with type 2 diabetes or hypertension from a socially disadvantaged community--rationale, design and recruitment. *Contemp Clin Trials* 2008; 29 (3): 439-54.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Studie zur Wirksamkeit der Ernährungsberatung

Ebrahim S, Beswick A, Burke M, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews* 2006; (4): CD001561.pub2.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Eck LH, Slawson DL, Williams R, Smith K, Harmon-Clayton K, Oliver D. A model for making outcomes research standard practice in clinical dietetics. *J Am Diet Assoc* 1998; 98 (4): 451-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Eigenmann PA. Tücken einer allergenfreien Diät. In: **Wüthrich B (Eds).** Nahrungsmittel und Allergie 2. Deisenhofen-München: Dustri. 2002, S. 386-90.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Eilat-Adar S, Eldar M, Goldbourt U. Association of intentional changes in body weight with coronary heart disease event rates in overweight subjects who have an additional coronary risk factor. *Am J Epidemiol* 2005; 161 (4): 352-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Elkin S. Arthritis, vasculitis and bone disease. In: Cystic fibrosis in the 21st century. **Bush A, Alton EFWF, Davies JC, Griesenbach U, Jaffe A (Eds)**. Basel: Karger. 2006, p. 270-7.
Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Ellis JR, Cowles ED. Physician response to dietary recommendations in long-term-care facilities. J Am Diet Assoc 1995; 95 (12): 1424-5.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Ellrott T, Pudel V. PfundsKur – Multimediale Prävention in Baden-Württemberg und Sachsen. Ernährungs-Umschau 2003; 50: B1-B4.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Ely AC, Banitt A, Befort C, Hou Q, Rhode PC, Grund C, Greiner A, Jeffries S, Ellerbeck E. Kansas primary care weighs in: a pilot randomized trial of a chronic care model program for obesity in 3 rural Kansas primary care practices. J Rural Health 2008; 24 (2): 125-32.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Emerson M, Kerr P, del Carmen Soler M, Girard TA, Hoffinger R, Pritchett E, Otto M. American Dietetic Association: standards of practice and standards of professional performance for registered dietitians (generalist, specialty, and advanced) in behavioral health care. J Am Diet Assoc 2006; 106 (4): 608-13.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Emmerson BT. The management of gout. N Engl J Med 1996; 334 (7): 445-51.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Oehler

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Englert HS, Diehl HA, Greenlaw RL, Willich SN, Aldana S. The effect of a community-based coronary risk reduction: the Rockford CHIP. Prev Med 2007; 44 (6): 513-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Epstein LH. Behavioral treatment of Obesity. In: **Stricher (Eds)**. Handbook of Behavioral Neurobiology. New York: Plenum Publishing Corp. 1990, pp. 61-73.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Epstein LH, Gordy CC, Raynor HA, Beddome M, Kilanowski CK, Paluch R. Increasing fruit and vegetable intake and decreasing fat and sugar intake in families at risk for childhood obesity. Obes Res 2001; 9 (3): 171-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Erhardt LR. The essence of effective treatment and compliance is simplicity. Am J Hypertens 1999; 12 (10): 105S-10S.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Eriksson J, Lindström J, Valle T, Aunola S, Hämäläinen H, Ilanne Parikka P, Keinänen Kiukaanniemi S, Laakso M, Lauhkonen M, Lehto P, Lehtonen A, Louheranta A, Mannelin M, Martikkala V, Rastas M, Sundvall J, Turpeinen A, Viljanen T, Uusitupa M, Tuomilehto J. Prevention of Type II diabetes in subjects with impaired glucose tolerance: the Diabetes Prevention Study (DPS) in Finland. Study design and 1-year interim report on the feasibility of the lifestyle intervention programme. Diabetologia 1999; 42 (7): 793-801.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Eriksson KM, Westborg CJ, Eliasson MC. A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors. *Scandinavian Journal of Public Health* 2006; 34 (5): 453-61.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Esposito K, Giugliano F, Di PC, Giugliano G, Marfella R, D'Andrea F, D'Armiento M, Giugliano D. Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291 (24): 2978-84.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

European Association for the Study of Obesity (EASO). Guidelines for the management of obesity in adults. European Project for Primary Care. 2002. www.iotf.org/oonet/easo.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

European Federation of the Associations of Dieticians (EFAD). European Academic and Practitioner Standards for Dietetics assembled by the European Federation of Associations of Dieticians (EFAD). Copenhagen: EFAD, 2005.

Stellungnahme Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung e.V. (QUETHEB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

European IDDM Policy Group. Richtlinien für die Behandlung des Typ-I-Diabetes (Teil 2). Konsensus-Bericht 1993. *Diabetes und Stoffwechsel* 1995; 4: 30-5.

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Evans AT, Rogers LQ, Peden JG, Jr., Seelig CB, Layne RD, Levine MA, Levin ML, Grossman RS, Darden PM, Jackson SM, Ammerman AS, Settle MB, Stritter FT, Fletcher SW. Teaching dietary counseling skills to residents: patient and physician outcomes. The CADRE Study Group. *Am J Prev Med* 1996; 12 (4): 259-65.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Everhart JE. Contributions of obesity and weight loss to gallstone disease. *Ann Intern Med* 1993; 119 (10): 1029-35.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Extermann M, Meyer J, McGinnis M, Crocker TT, Corcoran M-B, Yoder J, Haley WE, Chen H, Boulware D, Balducci L. A comprehensive geriatric intervention detects multiple problems in older breast cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol* 2004; 49 (1): 69-75.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Faller H, Reusch A, Vogel H, Ehlebracht-König I, Petermann F. Patientenschulung. [Patient education]. *Rehabilitation (Stuttg)* 2005; 44 (5): 277-86.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Farber EM, Nall L. Epidemiology: natural history and genetics. In: **Roenigk HH, Maibach HI (Eds).** *Psoriasis*, 3rd edition. New York, Basel: Marcel Dekker. 1988, p. 107-57.

Stellungnahme Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Fardet L, Flahault A, Kettaneh A, Tiev KP, Toledano C, Lebbe C, Cabane J. Corticothérapie systémique et alimentation: suivi des recommandations diététiques et relation entre apports alimentaires et apparition d'une lipodystrophie. [Systemic corticosteroid

therapy: patients' adherence to dietary advice and relationship between food intake and corticosteroid-induced lipodystrophy]. *Rev Med Interne* 2007; 28 (5): 284-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Farsang C, Alfoldi S, Barna I, Finta PE, Kapocsi J, Kishegyi J, Kiss I, Lamm G, Ostor E, Tamas F. Effective control of hypertension: a project of the Hungarian Society of Hypertension, baseline data. *J Hum Hypertens* 2004; 18 (8): 591-4.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Feest TG, Dunn EJ, Burton CJ. Can intensive treatment alter the progress of established diabetic nephropathy to end-stage renal failure? *QJM* 1999; 92 (5): 275-82.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Fein SB, Falci CD. Infant formula preparation, handling, and related practices in the United States. *J Am Diet Assoc* 1999; 99 (10): 1234-40.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Fenton WA, Gravel RA, Rosenblatt DS. Disorders of propionate and methylmalonate metabolism. In: **Scriver CR, Beaudet AL, Valle D, Sly WS, Vogelstein B, Childs B, Kinzler KW (Online Eds).** *The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease*. New York: McGraw-Hill. 2001-2004, Part 9 Organic acids, Chapter 94.

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Fernandes J, Saudubray JM, van den Berghe G, Walter JH (Eds). *Inborn metabolic diseases: Diagnosis and treatment*. 4th edition. Berlin: Springer, 2006.

Stellungnahme Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Stoffwechselstörungen (APS);

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Koch

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Field K, Thorogood M, Silagy C, Normand C, O'Neill C, Muir J. Strategies for reducing coronary risk factors in primary care: which is most cost-effective? *BMJ* 1995; 310 (6987): 1109-12.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Fields-Gardner C, Fergusson P. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition intervention in the care of persons with human immunodeficiency virus infection. *J Am Diet Assoc* 2004; 104 (9): 1425-41.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Fitch J, Garcia RE, Moodie DS, Secic M. Influence of cholesterol screening and nutritional counseling in reducing cholesterol levels in children. *The American Heart Association. Clin Pediatr (Phila)* 1997; 36 (5): 267-72.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Fitzgerald ST, Gibbens S, Agnew J. Evaluation of referral completion after a workplace cholesterol screening program. *Am J Prev Med* 1991; 7 (6): 335-40.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Fitzgibbon ML, Stolley MR, Avellone ME, Sugerman S, Chavez N. Involving parents in cancer risk reduction: a program for Hispanic American families. *Health Psychol* 1996; 15 (6): 413-22.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Fletcher V. An individualized teaching programme following primary uncomplicated myocardial infarction. *J Adv Nurs* 1987; 12 (2): 195-200.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Flodmark CE, Marcus C, Britton M. Interventions to prevent obesity in children and adolescents: a systematic literature review. *Int J Obes* 2006; 30 (4): 579-89.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Flores R, Robles J, Burkhalter BR. Distance education with tutoring improves diarrhea case management in Guatemala. *Int J Qual Health Care* 2002; 14 (Suppl 1): 47-56.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Flynn BC. The effectiveness of nurse clinicians' service delivery. *Am J Public Health* 1974; 64 (6): 604-11.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Fonarow GC, Gawlinski A, Watson K. In-hospital Initiation of Cardiovascular Protective Therapies to Improve Treatment Rates and Clinical Outcomes: The University of California - Los Angeles, Cardiovascular Hospitalization Atherosclerosis Management Program. *Critical Pathways in Cardiology* 2003; 2 (2): 61-70.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Fong RL, Ward HJ. The efficacy of lovastatin in lowering cholesterol in African Americans with primary hypercholesterolemia. *Am J Med* 1997; 102 (4): 387-91.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Fonseca V, Wall J. Diet and diabetes in the elderly. *Clin Geriatr Med* 1995; 11 (4): 613-24.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Ford DE, Sciamanna C. Nutritional counseling in community office practices. *Arch Intern Med* 1997; 157 (3): 361-2.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA* 2002; 287 (3): 356-9.

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Fortin PR, Lew RA, Liang MH, Wright EA, Beckett LA, Chalmers TC, Sperling R. A meta-analysis of the efficacy of fish oil in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1992; 35: S201.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Fouque D, Wang P, Laville M, Boissel JP. Low protein diets for chronic renal failure in non diabetic adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (2): CD001892.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Fox PJ, Breuer W, Wright JA. Effects of a health promotion program on sustaining health behaviors in older adults. *Am J Prev Med* 1997; 13 (4): 257-64.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Franz MJ, Splett PL, Monk A, Barry B, McClain K, Weaver T, Upham P, Bergenstal R, Mazze RS. Cost-effectiveness of medical nutrition therapy provided by dietitians for persons with non-insulin-dependent diabetes mellitus. J Am Diet Assoc 1995; 95 (9): 1018-24.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Franz MJ. Practice guidelines for nutrition care by dietetics practitioners for outpatients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: consensus statement. J Am Diet Assoc 1992; 92 (9): 1136-9.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Franz MJ, VanWormer JJ, Crain AL, Boucher JL, Histon T, Caplan W, Bowman JD, Pronk NP. Weight-loss outcomes: a systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. J Am Diet Assoc 2007; 107 (10): 1755-67.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis--oral therapy with a new retinoid. Dermatologica 1978; 157 (4): 238-44.
Stellungnahme Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB)
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Frei U, Schober-Halstenberg HJ. Nierenersatztherapie in Deutschland, Bericht 2004/2005, S. 1-40. www.quasi-niere.de.
Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Friederich HC, Schild S, Wild B, de Zwaan M, Quenter A, Herzog W, Zipfel S. Treatment outcome in people with subthreshold compared with full-syndrome binge eating disorder. Obesity (Silver Spring, Md) 2007; 15 (2): 283-7.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Fries E, Edinboro P, McClish D, Manion L, Bowen D, Beresford SA, Ripley J. Randomized trial of a low-intensity dietary intervention in rural residents: the Rural Physician Cancer Prevention Project. Am J Prev Med 2005; 28 (2): 162-8.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Frost G, Masters K, King C, Kelly M, Hasan U, Heavens P. A new method of energy prescription to improve weight loss. J Hum Nutr Diet 1991; 4: 369-73.
Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Frühwald T. Mangelernährung. <http://www.geriatrie-online.at/dynasite.cfm?dssid=4285&dsmid=68020&dspaid=520606>, Zugriff am 16.01.2006.
Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Fuchs Z, Viskoper JR, Drexler I, Nitzan H, Lubin F, Berlin S, Almagor M, Zulty L, Chetrit A, Mishal J. Comprehensive individualised nonpharmacological treatment programme for hypertension in physician-nurse clinics: two year follow-up. J Hum Hypertens 1993; 7 (6): 585-91.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Fuhrman MP, Winkler M, Biesemeier C. The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Standards of Practice for nutrition support dietitians. J Am Diet Assoc 2001; 101 (7): 825-32.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Gaetke LM, Stuart MA, Trusczyńska H. A single nutrition counseling session with a registered dietitian improves short-term clinical outcomes for rural Kentucky patients with chronic diseases. *J Am Diet Assoc* 2006; 106 (1): 109-12.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Gall MJ, Harmer JE, Wanstall HJ. Prescribing of oral nutritional supplements in Primary Care: Can guidelines supported by education improve prescribing practice? *Clin Nutr* 2001; 20 (6): 511-5.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Gans KM, Burkholder GJ, Risica PM, Harrow B, Lasater TM. Cost-effectiveness of minimal contact education strategies for cholesterol change. *Ethn Dis* 2006; 16 (2): 443-51.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Gans KM, Lapane KL, Lasater TM, Carleton RA. Effects of intervention on compliance to referral and lifestyle recommendations given at cholesterol screening programs. *Am J Prev Med* 1994; 10 (5): 275-82.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Gawron E, Adam O. Langzeitergebnisse eines Programms zur Gewichtsreduktion (KFZ-Diät). (Abstract). *Aktuel Ernaehr Med* 2003; 28 (5): 320.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine deutsche oder englische Volltextveröffentlichung, keine Ernährungsberatung

Gemson DH, Sloan RP, Messeri P, Goldberg IJ. A public health model for cardiovascular risk reduction. Impact of cholesterol screening with brief nonphysician counseling. *Arch Intern Med* 1990; 150 (5): 985-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Genth S, Zeidler H. Langfristige, umfassende Behandlung und Betreuung des chronisch Rheumakranken. In: **Zeidler H, Zacher J, Hiepe F (Eds).** Interdisziplinäre klinische Rheumatologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2001. S. 477-99.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Gentile L, Borgo E, Bruno G, Grassi G, Miselli V, Morone G, Passera P, Veglio M, Trento M, Bondonio PV, Miroglio T, Cavallo F, Porta M. ROMEO: Ripensare l'organizzazione per migliorare l'educazione e gli outcome. Visite per gruppi di educazione terapeutica: trasferimento del metodo di lavoro clinico nel progetto di ricerca multicentrica. *G Ital Diabetol Metabol* 2004; 24 (1): 9-16.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine deutsche oder englische Volltextveröffentlichung

Geusens P, Wouters C, Nijs J, Jiang Y, Dequeker J. Long-term effect of omega-3 fatty acid supplementation in active rheumatoid arthritis. A 12-month, double-blind, controlled study. *Arthritis Rheum* 1994; 37 (6): 824-9.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Giani G, Janka HU, Hauner H, Standl E, Schiel E, Neu A, Rathmann W, Rosenbauer J. Epidemiologie und Verlauf des Diabetes in Deutschland. Bochum: Deutsche Diabetes-Gesellschaft, 2004.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Gibson JB. Gonadal function in galactosemics and in galactose-intoxicated animals. Eur J Pediatr 1995; 154 (7 Suppl 2): S14-S20.

Stellungnahme Elterninitiative Galaktosämie e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Tierstudien

Gifford AL, Laurent DD, Gonzales VM, Chesney MA, Lorig KR. Pilot randomized trial of education to improve self-management skills of men with symptomatic HIV/AIDS. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 1998; 18 (2): 136-44.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Gillen LJ, Tapsell LC, Patch CS, Owen A, Batterham M. Structured dietary advice incorporating walnuts achieves optimal fat and energy balance in patients with type 2 diabetes mellitus. J Am Diet Assoc 2005; 105 (7): 1087-96.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Gillis BP, Caggiula AW, Chiavacci AT, Coyne T, Doroshenko L, Milas NC, Nowalk MP, Scherch LK. Nutrition intervention program of the Modification of Diet in Renal Disease Study: a self-management approach. J Am Diet Assoc 1995; 95 (11): 1288-94.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Gillis D, Brauner M, Granot E. A community-based behavior modification intervention for childhood obesity. J Pediatr Endocrinol Metab 2007; 20 (2): 197-203.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Gillmer MD, Maresh M, Beard RW, Elkeles RS, Alderson C, Bloxham B. Low energy diets in the treatment of gestational diabetes. Acta Endocrinol Suppl (Copenh) 1986; 277 44-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Glasgow RE, Toobert DJ, Hampson SE. Effects of a brief office-based intervention to facilitate diabetes dietary self-management. Diabetes Care 1996; 19 (8): 835-42.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Glasgow RE, Toobert DJ, Hampson SE, Brown JE, Lewinsohn PM, Donnelly J. Improving self-care among older patients with type II diabetes: the "Sixty Something..." Study. Patient Educ Couns 1992; 19 (1): 61-74.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Glasgow RE, La Chance PA, Toobert DJ, Brown J, Hampson SE, Riddle MC. Long term effects and costs of brief behavioural dietary intervention for patients with diabetes delivered from the medical office (Structured abstract). Patient Educ Couns 1997; 32 (3): 175-84.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Glasgow RE, Toobert DJ, Mitchell DL, Donnelly JE, Calder D . Nutrition education and social learning interventions for type II diabetes. Diabetes Care 1989; 12 (2): 150-2.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Studie zur Wirksamkeit der Ernährungsberatung

Goble A, Jackson B, Phillips P, Race E, Oliver RG, Worcester MC. The Family Atherosclerosis Risk Intervention Study (FARIS): risk factor profiles of patients and their relatives following an acute cardiac event. Aust N Z J Med 1997; 27 (5): 568-77.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Goddijn PPM, Meyboom-de Jong B, Feskens EJM, Van Ballegooye E, Bilo HJG. Verschillen tussen patienten met diabetes mellitus type 2 bij wie wel en bij wie niet wordt overgeschakeld op insulinetherapie in de tweede lijn. [Differences between diabetes mellitus

type 2 patients switched and not switched over to insulin treatment after specialist consultation]. Ned Tijdschr Geneeskd 1998; 142 (18): 1023-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine deutsche oder englische Volltextveröffentlichung

Goetz ML, Rabast U (Eds). Diättherapie. Lehrbuch mit Anwendungskonzepten. Stuttgart: Thieme, 1999.

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Gola U. Ernährungsmedizin in der Praxis des niedergelassenen Arztes. In: **Biesalski HK, Adam O (Eds).** Ernährungsmedizin. Nach dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer. Stuttgart: Thieme, 3. Auflage 2004.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Golan M, Weizman A, Apter A, Fainaru M. Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. Am J Clin Nutr 1998; 67 (6): 1130-5.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Golan M, Fainaru M, Weizman A. Role of behaviour modification in the treatment of childhood obesity with the parents as the exclusive agents of change. Int J Obes Relat Metab Disord 1998; 22 (12): 1217-24.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Goldsmith I, Lip GY, Emsden K, Nugent A, Patel RL. Hyperlipidaemia management after primary coronary artery bypass surgery: a survey of patients and general practitioners. J Cardiovasc Risk 1999; 6 (4): 263-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Goldstein DJ. Beneficial health effects of modest weight loss. Int J Obes Relat Metab Disord 1992; 16 (6): 397-415.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Gollonick H, Bonnekoh B. Psoriasis - Pathogenese, Klinik und Therapie. Bremen, London, Boston: Uni-Med, 2001.

Stellungnahme Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Gonzalez B, Lupon J, Herreros J, Urrutia A, Altimir S, Coll R, Prats M, Valle V. Patient's education by nurse: what we really do achieve? Eur J Cardiovasc Nurs 2005; 4 (2): 107-11.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Goodwin PJ, Ennis M, Pritchard KI, Koo J, Trudeau ME, Hood N. Diet and breast cancer: evidence that extremes in diet are associated with poor survival. J Clin Oncol 2003; 21 (13): 2500-7.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Gorder DD, Dolecek TA, Coleman GG, Tillotson JL, Brown HB, Lenz-Litzow K, Bartsch GE, Grandits G. Dietary intake in the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT): nutrient

and food group changes over 6 years. J Am Diet Assoc 1986; 86 (6): 744-51.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Gortmaker SL, Peterson K, Wiecha J, Sobel AM, Dixit S, Fox MK. A school based, interdisciplinary curriculum in grades 6 and 7 reduced obesity in girls. Evid Based Nurs 2000; 3 (1): 13.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Gortmaker SL, Peterson K, Wiecha J, Sobel AM, Dixit S, Fox MK, Laird N. Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth: Planet Health. Arch Pediatr Adolesc Med 1999; 153 (4): 409-18.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Gosselin P, Verreault R, Gaudreault C, Guillemette J. Traitement dietetique de l'hypercholesterolemie legere a moderee. Efficacite de differentes interventions. [Dietary treatment of mild to moderate hypercholesterolemia. Effectiveness of different interventions]. Can Fam Phys 1996; 42 2160-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine deutsche oder englische Volltextveröffentlichung

Green Pastors J. Medications or lifestyle change with medical nutrition therapy. Curr Diab Rep 2003; 3 (5): 386-91.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Green PH, Jabri B. Coeliac disease. Lancet 2003; 362 (9381): 383-91.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Rabast

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Gries FB, Grünenklee W, Heinze D, Scherbaum WA, Willms B. Therapieziele und Behandlungsstrategien beim Diabetes mellitus, 2002. <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/057-011k.htm>, Zugriff am 12.12.2005.

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Grob JJ, Revuz J, Ortonne JP, Auquier P, Lorette G. Comparative study of the impact of chronic urticaria, psoriasis and atopic dermatitis on the quality of life. Br J Dermatol 2005; 152 (2): 289-95.

Stellungnahme Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Gröbner W. Ernährung bei Gicht. Arthritis und Rheuma 2000; 20: 40-6.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Oehler

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Gunnarsdottir I, Einarsdottir K, Thornorsdottir I. Notkun naeringaruttreiknadra matsedla til ad framkalla thyngdartap medal of thungra Islendinga a aldrinum 20-40 ara. [The use weight loss menus for overweight Icelanders aged 20-40 years]. Laeknabladid 2006; 92 (2): 107-12.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Guthrie JF, Morton JF. Food sources of added sweeteners in the diets of Americans. J Am Diet Assoc 2000; 100 (1): 43-51.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung, kein RCT

Gyimesi A, Banyai T, Dudas M, Pocsay G, Sajti I, Ivanyi J. Frissen felfedezett nem inzulindependens cukorbeteg (NIDDM) 6 éves követéses vizsgálat. [Six-year follow up on recently diagnosed NIDDM patients]. *Orv Hetil* 1995; 136 (14): 699-702.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine deutsche oder englische Volltextveröffentlichung

Haber D, Lacy MG. Evaluation of a socio-behavioral intervention for changing health behaviors of older adults. *Behavior, Health, and Aging* 1993; 3 (2): 73-85.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Haffner SM, Lehto S, Ronnema T, Pyorala K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med* 1998; 339 (4): 229-34.

Stellungnahme Ernährungsberatung Charisius

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Haisch J, Remmele W. Effektivität und Effizienz ambulanter Diabetikerschulungen. Ein Vergleich von Schwerpunktpraxis und Allgemeinpraxis. [Effectiveness and efficiency of ambulatory diabetes education programs. A comparison of specialty practice and general practice]. *Dtsch Med Wochenschr* 2000; 125 (7): 171-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Hakala P, Karvetti RL, Ronnema T. Group vs. individual weight reduction programmes in the treatment of severe obesity--a five year follow-up study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1993; 17 (2): 97-102.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Hakala P. Weight reduction programmes at a rehabilitation centre and a health centre based on group counselling and individual support: short- and long-term follow-up study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1994; 18 (7): 483-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hakanen M, Lagström H, Kaitosaari T, Niinikoski H, Näntö Salonen K, Jokinen E, Sillanmäki L, Viikari J, Rönnema T, Simell O. Development of overweight in an atherosclerosis prevention trial starting in early childhood. The STRIP study. *Int J Obes (Lond)* 2006; 30 (4): 618-26.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Hale LS, Goehring M. A multidisciplinary approach to managing osteoporosis. *Annals of Long-Term Care* 2003; 11 (6): 40-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Halfdanarson TR, Thordardottir EO, West CP, Jatoi A. Does dietary counseling improve quality of life in cancer patients? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Supportive Oncology* 2008; 6 (5): 234-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Ham R. Dementia. Nutrition management for older adults. American Academy of Family Physicians, American Dietetic Association, Nutrition Screening Initiative. 2002. Leawood: NSI, 2002. http://www.aafp.org/PreBuilt/NSI_Dementia.pdf, Zugriff am 11.10.2005.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Hamosh A, Johnston MV. Nonketotic hyperglycinemia, In: **Scriver CR, Beaudet AL, Valle D, Sly WS, Vogelstein B, Childs B, Kinzler KW (Online Eds).** *The Metabolic and*

Molecular Bases of Inherited Disease. Part 8 Amino Acids, Chapter 90. New York: McGraw-Hill, 2001-2004.

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

HAMPL JS, Anderson JV, Mullis R. Position of the American Dietetic Association: the role of dietetics professionals in health promotion and disease prevention. J Am Diet Assoc 2002; 102 (11): 1680-7.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Hampson SE, Skinner TC, Hart J, Storey L, Gage H, Foxcroft D, Kimber A, Shaw K, Walker J. Effects of educational and psychosocial interventions for adolescents with diabetes mellitus: a systematic review (Structured abstract). Health Technol Assess 2001; 5 (10): 1-79.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Hankey CR, Leslie WS, Currall JE, Matthews D, Lean ME. Weight change after myocardial infarction: statistical perspectives for future study. J Hum Nutr Diet 2002; 15 (6): 439-44.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Hanley AJ, Karter AJ, Festa A, D'Agostino R, Jr., Wagenknecht LE, Savage P, Tracy RP, Saad MF, Haffner S. Factor analysis of metabolic syndrome using directly measured insulin sensitivity: The Insulin Resistance Atherosclerosis Study. Diabetes 2002; 51 (8): 2642-7.

Stellungnahme Ernährungsberatung Charisius

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hanlon P, McEwen J, Carey L, Gilmour H, Tannahill C, Tannahill A, Kelly M. Health checks and coronary risk: further evidence from a randomised controlled trial. BMJ 1995; 311 (7020): 1609-13.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hardcastle S, Taylor A, Bailey M, Castle R. A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. Patient Educ Couns 2008; 70 (1): 31-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Harmon-Weiss S. Chronic obstructive pulmonary disease. Nutrition management for older adults. American Academy of Family Physicians, American Dietetic Association, Nutrition Screening Initiative. Leewood: NSI, 2002. http://www.aafp.org/PreBuilt/NSI_COPD.pdf. Zugriff am 11.10.2005.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. Community Dent Health 2004; 21 (1 Suppl): 71-85.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Harting J, Van Assema P, van Limpt P, Gorgels T, van Ree J, Ruland E, Vermeer F, de Vries NK. Cardiovascular prevention in the Hartslag Limburg project: effects of a high-risk approach on behavioral risk factors in a general practice population. Prev Med 2006; 43 (5): 372-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Harting J, Van Assema P, van Limpt P, Gorgels T, van Ree J, Ruland E, Vermeer F, de Vries NK. Effects of health counseling on behavioural risk factors in a high-risk cardiology outpatient population: a randomized clinical trial. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006; 13 (2): 214-21.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hartman TJ, McCarthy PR, Park RJ, Schuster E, Kushi LH. Results of a community-based low-literacy nutrition education program. *J Community Health* 1997; 22 (5): 325-41.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Harvey-Berino J, Rourke J. Obesity prevention in preschool native-american children: a pilot study using home visiting. *Obes Res* 2003; 11 (5): 606-11.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Harvey EL, Glenny AM, Kirk SFL, Summerbell CD. Improving health professionals' management and the organisation of care for overweight and obese people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001; (2): CD000984.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hassell J, Medved E. Group/audiovisual instruction for patients with diabetes. Learning achievements and time economics. *J Am Diet Assoc* 1975; 66 (5): 465-70.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Hauner D, Hauner H. Wirksame Hilfe bei Adipositas. Was Ihnen die moderne Medizin bietet. 1. Aufl. Stuttgart: Trias, 2001.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Hauner H, Köster I, Von Ferber L. Ambulante Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus im Jahr 2001: Analyse einer Versichertenstichprobe der AOK Hessen/KV Hessen. [Out-patient care of patients with diabetes mellitus in 2001]. *Dtsch Med Wochenschr* 2003; 128 (50): 2638-43.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hauner H. Epidemiologie und Kostenaspekte des Diabetes in Deutschland. [Epidemiology and costs of diabetes mellitus in Germany]. *Dtsch Med Wochenschr* 2005; 130 (Suppl 2): S64-S65.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hauner H, Koster I, Von Ferber L. Praevalenz des Diabetes mellitus in Deutschland 1998-2001. Sekundaerdatenanalyse einer Versichertenstichprobe der AOK Hessen/KV Hessen. [Prevalence of diabetes mellitus in Germany 1998-2001. Secondary data analysis of a health insurance sample of the AOK in Hesse/KV in Hesse]. *Dtsch Med Wochenschr* 2003; 128 (50): 2632-7.

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hauner H, Buchholz G, Hamann A, Husemann B, Koletzko B, Liebermeister H, Wabitsch M, Westenhöfer J, Wirth A, Wolfram G. Prävention und Therapie der Adipositas. Evidenzbasierte Leitlinie, Version 2007. <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/050-001.pdf>, Zugriff am 22.08.2008.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Hauner H, Buchholz G, Hamann A, Husemann B, Koletzko B, Liebermeister H, Wabitsch M, Westenhöfer J, Wirth A, Wolfram G. Prävention und Therapie der Adipositas. Version 2005. <http://www.adipositas-gesellschaft.de/daten/Adipositas-Leitlinie.2005.pdf>, Zugriff am 10.01.2006.

Stellungnahme Ernährungsberatung Charisius;

Stellungnahme Dr. Petra Forster;

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM);

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED);

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE);

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop;

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E);

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Liebermeister

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hauner H, Wechsler JG, Kluthe R, Liebermeister H, Ebersdobler H, Wolfram G, Fürst P, Jauch KW. Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme. *Aktuel Ernaehr Med* 2000; 25: 163-5.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E);

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Liebermeister

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hauner H, Wechsler JG, Kluthe R, Liebermeister H, Erbersdobler H, Wolfram G, Fürst P, Jauch KW. Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme. Eine gemeinsame Initiative der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin, Deutschen Gesellschaft für Ernährung, deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin. *Adipositas* 2000; 10 (19): 5-8.

Stellungnahme Ernährungsberatung Charisius;

Stellungnahme Dr. Petra Forster

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hauner H. Übergewicht im Erwachsenenalter. In: **Biesalski HK, Adam O (Eds).** Ernährungsmedizin. Nach dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme, 2004.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Hauner H. Verbreitung des Diabetes mellitus in Deutschland. 2005. <http://www.diabetes.uni-duesseldorf.de/fachthemen/entstehungausbreitungverbreitung/index.html?TextID=929>, Zugriff am 16.01.2006.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hauner H, Meier M, Wendland G, Kurscheid T, Lauterbach K, Study Group. Weight reduction by sibutramine in obese subjects in primary care medicine: the SAT Study. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2004; 112 (4): 201-7.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Havas S, Anliker J, Damron D, Langenberg P, Ballesteros M, Feldman R. Final results of the Maryland WIC 5-A-Day Promotion Program. *Am J Public Health* 1998; 88 (8): 1161-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Hayasaka K, Tada K, Fueki N, Nakamura Y, Nyhan WL, Schmidt K, Packman S, Seashore MR, Haan E, Danks DM. Nonketotic hyperglycinemia: analyses of glycine cleavage system in typical and atypical cases. *J Pediatr* 1987; 110 (6): 873-7.

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Haynes RB, Harper AC, Costley SR, Johnston M, Logan AG, Flanagan PT, Sackett DL. Failure of weight reduction to reduce mildly elevated blood pressure: a randomized trial. *J Hypertens* 1984; 2 (5): 535-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Häring HU, Matthaei S. Diabetes mellitus Typ 2. Praxis-Leitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (Erstveröffentlichung). *Diabetes und Stoffwechsel* 2002; 11 (Suppl 2): 9-13.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Hebert JR, Ebbeling CB, Ockene IS, Ma Y, Rider L, Merriam PA, Ockene JK, Saperia GM. A dietitian-delivered group nutrition program leads to reductions in dietary fat, serum cholesterol, and body weight: the Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). *J Am Diet Assoc* 1999; 99 (5): 544-52.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Heckmayr M. Das Anorexie-Kachexie-Syndrom beim Bronchialkarzinom: Pathophysiologie - Therapieansätze. *Pneumologie* 2003; 57: 328-34.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Heepe F (Eds). Basisdaten für die interdisziplinäre Ernährungstherapie. Diätetische Indikationen. Berlin, Heidelberg: Springer, 1990.

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Heidal KB, Lewis NM, Evans SM, Boeckner L. Nutrition education intervention increases total omega -3 fatty acid intakes in heart patients living in the Midwest. *Nutrition Research* 2007; 27 (1): 33-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Heidemann D. Schwerpunkte konservierender Therapie. In: **Heidemann D (Eds).** Kariologie und Füllungstherapie. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1999. S. 348-57.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Hellenius ML, de Faire U, Berglund B, Hamsten A, Krakau I. Diet and exercise are equally effective in reducing risk for cardiovascular disease. Results of a randomized controlled study in men with slightly to moderately raised cardiovascular risk factors. *Atherosclerosis* 1993; 103 (1): 81-91.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Heller GV. Evaluation of the patient with diabetes mellitus and suspected coronary artery disease. *Am J Med* 2005; 118 (Suppl 2): 9S-14S.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Henderson MM, Kushi LH, Thompson DJ, Gorbach SL, Clifford CK, Insull W, Jr., Moskowitz M, Thompson RS. Feasibility of a randomized trial of a low-fat diet for the prevention of breast cancer: dietary compliance in the Women's Health Trial Vanguard

Study. *Prev Med* 1990; 19 (2): 115-33.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Henseler T. Epidemiologie und Genetik der Psoriasis. *Sandorama* 1993; 4-9.

Stellungnahme Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Henzgen M, Vieths S, Reese I, Erdmann S, Fuchs T. Nahrungsmittelallergien durch immunologische Kreuzreaktionen. Positionspapier der AG Nahrungsmittelallergie der DGAI. *Allergo J* 2004; 14: 48-59.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Heshka S, Greenway F, Anderson JW, Atkinson RL, Hill JO, Phinney SD, Miller-Kovach K, Xavier Pi-Sunyer F. Self-help weight loss versus a structured commercial program after 26 weeks: a randomized controlled study. *Am J Med* 2000; 109 (4): 282-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Heshka S, Anderson JW, Atkinson RL, Greenway FL, Hill JO, Phinney SD, Kolotkin RL, Miller-Kovach K, Pi-Sunyer FX. Weight loss with self-help compared with a structured commercial program: a randomized trial. *JAMA* 2003; 289 (14): 1792-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Heymsfield SB, van Mierlo CA, van der Knaap HC, Heo M, Frier HI. Weight management using a meal replacement strategy: meta and pooling analysis from six studies. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27 (5): 537-49.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hillenbrand HS, Standl E. Gesundheitsökonomische Aspekte des Diabetes. In: **Deutsche Diabetes-Union (Eds).** Deutscher Gesundheitsbericht. Diabetes 2006. Mainz: Kirchheim. 2005, S. 88-91.

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Hinderliter A, Sherwood A, Gullette EC, Babyak M, Waugh R, Georgiades A, Blumenthal JA. Reduction of left ventricular hypertrophy after exercise and weight loss in overweight patients with mild hypertension. *Arch Intern Med* 2002; 162 (12): 1333-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Hines L. Can low-fat/cholesterol nutrition counseling improve food intake habits and hyperlipidemia of renal transplant patients? *J Ren Nutr* 2000; 10 (1): 30-5.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Hirche TO, Loitsch S, Smaczny C, Wagner TO. Neue Konzepte zur Pathophysiologie und Therapie der Mukoviszidose. [New concepts of pathophysiology and therapy in cystic fibrosis]. *Pneumologie* 2005; 59 (11): 811-8.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hjerkinn EM, Abdelnoor M, Breivik L, Bergengen L, Ellingsen I, Seljeflot I, Aase O, Ole Klemsdal T, Hjermann I, Arnesen H. Effect of diet or very long chain omega-3 fatty acids on progression of atherosclerosis, evaluated by carotid plaques, intima-media thickness and by pulse wave propagation in elderly men with hypercholesterolaemia. *Eur J Cardiovasc*

Prev Rehabil 2006; 13 (3): 325-33.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hjerkinn EM, Seljeflot I, Ellingsen I, Berstad P, Hjermann I, Sandvik L, Arnesen H.

Influence of long-term intervention with dietary counseling, long-chain n-3 fatty acid supplements, or both on circulating markers of endothelial activation in men with long-standing hyperlipidemia. Am J Clin Nutr 2005; 81 (3): 583-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hoeger KM, Kochman L, Wixom N, Craig K, Miller RK, Guzick DS. A randomized, 48-week, placebo-controlled trial of intensive lifestyle modification and/or metformin therapy in overweight women with polycystic ovary syndrome: a pilot study. Fertil Steril 2004; 82 (2): 421-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hoffman CJ, Aultman D, Pipes P. A nutrition survey of and recommendations for individuals with Prader-Willi syndrome who live in group homes. J Am Diet Assoc 1992; 92 (7): 823-30, 833.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hoffmann-Axthelm W. Erosion. In: Lexikon der Zahnmedizin. Berlin: Quintessenz Verlags GmbH, 1995. S. 213.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hoffmann-Axthelm W. Lexikon der Zahnmedizin. Berlin: Quintessenz Verlags GmbH, 1995. S. 373-4.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hoffmann-Axthelm W. Lexikon der Zahnmedizin. Berlin: Quintessenz Verlags GmbH, 1995. S. 669.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hoffmann VP, Ahl J, Meyers A, Schuh L, Shults KS, Collins DM, Jensen L. Wellness intervention for patients with serious and persistent mental illness. J Clin Psychiatry 2005; 66 (12): 1576-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Holme I, Hjermann I, Helgeland A, Leren P. The Oslo Study: diet and antismoking advice. Additional results from a 5-year primary preventive trial in middle-aged men. Prev Med 1985; 14 (3): 279-92.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Holtmeier W, Henker J, Riecken EO, Zimmer KP. Verlaufsformen und Definitionen der Zöliakie--Stellungnahme einer Expertengruppe der Deutschen Zöliakie-Gesellschaft. [Definitions of celiac disease--statement of an expert group from the German Society for Celiac Disease]. Z Gastroenterol 2005; 43 (8): 751-4.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Holton J, Walter J, Tyfield L. Galactosemia. In: **Scriver CR, Beaudet A, Sly W, Valle D (Eds).** The metabolic & molecular basis of inherited diseases. New York: McGraw-Hill, 2001. S. 1553.

Stellungnahme Elterninitiative Galaktosämie e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Holzgruber T. Rechtliche Aspekte bei der Zusammenarbeit von Ernährungswissenschaftlern/Diätassistentinnen und Ärzten. [Legal Aspects of the Interprofessional Collaboration between Nutritional Scientists/Diet and Nutritional Services and Medical Doctors]. Journal für Ernährungsmedizin 2003; 5 (4): 12-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hooper L, Bartlett C, Davey Smith G, Ebrahim S. Advice to reduce dietary salt for prevention of cardiovascular disease. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004; (1): CD003656.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hooper L, Griffiths E, Abrahams B, Alexander W, Atkins S, Atkinson G, Bamford R, Chinuck R, Farrington J, Gardner E, Greene P, Gunner C, Hamer C, Helby B, Hetherington S, Howson R, Laidlaw J, Li M, Lynas J, McVicar C, Mead A, Moody B, Paterson K, Neal S, Rigby P, Ross F, Shaw H, Stone D, Taylor F, Van Rensburgh L, Vine R, Whitehead J, Wray L. Dietetic guidelines: diet in secondary prevention of cardiovascular disease (first update, June 2003). J Hum Nutr Diet 2004; 17 (4): 337-49.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Horodyski MA, Stommel M. Nutrition education aimed at toddlers: an intervention study. Pediatr Nurs 2005; 31 (5): 364, 367-72.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Hotz J, Enck P, Goebell H, Heymann-Monnikes I, Holtmann G, Layer P.

Konsensusbericht: Reizdarmsyndrom--Definition, Diagnosesicherung, Pathophysiologie und Therapiemöglichkeiten. Konsensus der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. [Consensus report: irritable bowel syndrome--definition, differential diagnosis, pathophysiology and therapeutic possibilities. Consensus of the German Society of Digestive and Metabolic Diseases]. Z Gastroenterol 1999; 37 (8): 685-700.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Howard JP, Jonkers-Schuitema CF, Kyle U. The role of the nutritional support dietitian in Europe. Clin Nutr 1999; 18 (6): 379-83.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Hu FB, Stampfer MJ, Haffner SM, Solomon CG, Willett WC, Manson JE. Elevated risk of cardiovascular disease prior to clinical diagnosis of type 2 diabetes. Diabetes Care 2002; 25 (7): 1129-34.

Stellungnahme Ernährungsberatung Charisius

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hu FB, Willett WC. Optimal diets for prevention of coronary heart disease. JAMA 2002; 288 (20): 2569-78.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Hughes AR, Stewart L, Chapple J, Mccoll JH, Donaldson MD, Kelnar CJ, Zabihollah M, Ahmed F, Reilly JJ. Randomized, controlled trial of a best-practice individualized behavioral program for treatment of childhood overweight: Scottish Childhood Overweight Treatment Trial (SCOTT). Pediatrics 2008; 121 (3): e539-e546.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Hughes J, Todorovic V, Kemp H. 'The Sugar Buddies': An intervention programme for 'obese' patients with poorly controlled diabetes. J Hum Nutr Diet 1999; 12 (Suppl): 71-8.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Hunt IF, Jacob M, Ostegard NJ, Masri G, Clark VA, Coulson AH. Effect of nutrition education on the nutritional status of low-income pregnant women of Mexican descent. Am J Clin Nutr 1976; 29 (6): 675-84.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Hunt MK, Stoddard AM, Kaphingst KA, Sorensen G. Characteristics of participants in a cancer prevention intervention designed for multiethnic workers in small manufacturing worksites. Am J Health Promot 2007; 22 (1): 33-7.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Hunt MK, Barbeau EM, Lederman R, Stoddard AM, Chetkovich C, Goldman R, Wallace L, Sorensen G. Process evaluation results from the Healthy Directions-Small Business study. Health Educ Behav 2007; 34 (1): 90-107.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Husemann B, Bröhl F, Herpertz S, Weiner R, Wolf AM. Evidenzbasierte Leitlinie: Chirurgische Therapie der extremen Adipositas. <http://www.adipositas-gesellschaft.de/daten/Leitlinie-Chirurgie.pdf>, Zugriff am 10.01.2006
Stellungnahme Ernährungsberatung Charisius;
Stellungnahme Dr. Petra Forster
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Icks A, Rathmann W, Rosenbauer J, Giani G. Diabetes mellitus. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 24. 2005.
Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Ikeda JP, Pham L, Nguyen KP, Mitchell RA. Culturally relevant nutrition education improves dietary quality among WIC-eligible Vietnamese immigrants. J Nutr Educ Behav 2002; 34 (3): 151-8.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und -beratung (QUETHEB), Verband der Diätassistenten (VDD), Verband der Diplom-Oecotrophologen (VDOE). Qualitätsstandards zur verordneten Ernährungsberatung bei DMP Diabetes mellitus Typ 2. München: QUETHEB 2005
Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDOE)
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Insull W, Jr., Henderson MM, Prentice RL, Thompson DJ, Clifford C, Goldman S, Gorbach S, Moskowitz M, Thompson R, Woods M. Results of a randomized feasibility study of a low-fat diet. Arch Intern Med 1990; 150 (2): 421-7.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Interdisziplinäre Screeningkommission der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Richtlinien zur Organisation und Durchführung des Neugeborenen-Screenings auf angeborene Stoffwechselstörungen und Endokrinopathien in Deutschland. Monatsschr Kinderheilkd 2002; 150 (11): 1424-40.
Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

International Obesity Taskforce. The global challenge of obesity. IASO Newsletter 2004; 6 (1):

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Iso H, Shimamoto T, Yokota K, Sankai T, Jacobs DR, Jr., Komachi Y. Community-based education classes for hypertension control. A 1.5-year randomized controlled trial.

Hypertension 1996; 27 (4): 968-74.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Izquierdo RE, Knudson PE, Meyer S, Kearns J, Ploutz-Snyder R, Weinstock RS. A comparison of diabetes education administered through telemedicine versus in person.

Diabetes Care 2003; 26 (4): 1002-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Jakobs C, Schweitzer S, Dorland B. Galactitol in galactosemia. Eur J Pediatr 1995; 154 (7 Suppl 2): S50-S52.

Stellungnahme Elterninitiative Galaktosämie e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Jalkanen L. The effect of a weight reduction program on cardiovascular risk factors among overweight hypertensives in primary health. Scand J Soc Med 1991; 19 (1): 66-71.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

James J, Thomas P, Cavan D, Kerr D. Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomised controlled trial. BMJ 2004; 328 (7450): 1237.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Janka HU. Epidemiologie des Diabetes mellitus: Häufigkeit, Lebenserwartung, Todesursachen. In: **Schatz H (Eds).** Diabetologie kompakt / Grundlagen und Praxis, 3. Auflage. Stuttgart, New York: Thieme 2004, S. 9-13.

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Janka HU, Redaelli M, Gandjour A, Giani G, Hauner H. Epidemiologie und Verlauf des Diabetes mellitus in Deutschland. Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinie. Deutsche Diabetes Gesellschaft, 2000.

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Jäger L, Wüthrich B. Nahrungsmittelallergien und -intoleranzen. München, Jena: Urban & Fischer, 2002. S. 44-54.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Jee SH, Ohrr H, Sull JW, Yun JE, Ji M, Samet JM. Fasting serum glucose level and cancer risk in Korean men and women. JAMA 2005; 293 (2): 194-202.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Johansen N, Kondrup J, Plum LM, Bak L, Nørregaard P, Bunch E, Bærnthsen H, Andersen JR, Larsen IH, Martinsen A. Effect of nutritional support on clinical outcome in

patients at nutritional risk. Clin Nutr 2004; 23 (4): 539-50.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Johansson SG, Hourihane JO, Bousquet J, Bruijnzeel-Koomen C, Dreborg S, Haahtela T, Kowalski ML, Mygind N, Ring J, van Cauwenberge P, van Hage-Hamsten M, Wuthrich B. A revised nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. Allergy 2001; 56 (9): 813-24.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Johansson SGO, O'B Hourihane J, Bousquet J, Bruijnzeel-Koomen C, Dreborg S, Haahtela T., Kowalski ML, Mygind N, Ring J, van Cauwenberge P, van Hage-Hamsten M, Wüthrich B. Eine revidierte Nomenklatur der Allergie. Ein EAACI-Positionspapier der EAACI-Nomenklatur-Arbeitsgruppe. Allergo J 2003; 12 (4): 251-63.

Stellungnahme Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Johnson B, Hackett AF, Bibby A, Cross J. An investigation of the face validity of a food intake questionnaire: Lessons for dietary advice. J Hum Nutr Diet 1999; 12 (4): 307-16.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Jones SE, Owens HM, Bennett GA. Does behaviour therapy work for dietitians? An experimental evaluation of the effects of three procedures in a weight reduction clinic. Hum Nutr Appl Nutr 1986; 40 (4): 272-81.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Julius US, Hahnefeld J. Ätiologie und Pathogenese des metabolischen Syndroms. Diabetes und Stoffwechsel 2005; 14: 333-49.

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Jung K. Ursachen und Krankheitsbild des Diabetes mellitus unter besonderer Berücksichtigung neuerer Behandlungsmethoden. Facharbeit in Biologie 1999;

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Kaati G, Bygren LO, Vester M, Karlsson A, Sjöstrom M. Outcomes of comprehensive lifestyle modification in inpatient setting. Patient Educ Couns 2006; 62 (1): 95-103.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Kain J, Uauy R, Albala, Vio F, Cerda R, Leyton B. School-based obesity prevention in Chilean primary school children: methodology and evaluation of a controlled study. Int J Obes Relat Metab Disord 2004; 28 (4): 483-93.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz, Prävention

Kaitosaari T, Rönnemaa T, Viikari J, Raitakari O, Arffman M, Marniemi J, Kallio K, Pahkala K, Jokinen E, Simell O. Low-saturated fat dietary counseling starting in infancy improves insulin sensitivity in 9-year-old healthy children: the Special Turku Coronary Risk Factor Intervention Project for Children (STRIP) study. Diabetes Care 2006; 29 (4): 781-5.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Kant AK, Schatzkin A, Graubard BI, Schairer C. A prospective study of diet quality and mortality in women. JAMA 2000; 283 (16): 2109-15.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kaphingst KA, Lobb R, Fay ME, Hunt MK, Suarez EG, Fletcher RH, Emmons KM. Impact of intervention dose on cancer-related health behaviors among working-class, multiethnic, community health center patients. *Am J Health Promot* 2007; 21 (4): 262-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Kaplan RM, Atkins CJ, Wilson DK. The cost-utility of diet and exercise interventions in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Health Promot* 1987; 2 (4): 331-40.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Karczeski.B.A., Cutting GR. Diagnosis of cystic fibrosis, CFTR-related disease and screening. In: **Bush A, Alton EFWF, Davies JC, Griesenbach U, Jaffe A (Eds):** Cystic fibrosis in the 21st century. Basel: Karger, 2006. S. 69-76.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Karlstrom B, Nydahl M, Vessby B. Dietary habits and effects of dietary advice in patients with type 2 diabetes. Results from a one-year intervention study. *Eur J Clin Nutr* 1989; 43 (1): 59-68.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Karvetti RL, Hakala P. A seven-year follow-up of a weight reduction programme in Finnish primary health care. *Eur J Clin Nutr* 1992; 46 (10): 743-52.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Karwacki-Marugg CL, Schnatz JD. Consultation and management of patients with lipid disorders: importance of life-style changes and intensive follow-up. *Conn Med* 2006; 70 (3): 133-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Kasper H (Eds). Ernährungstherapie und Diätetik. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1996.

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Kasper H. Ernährungsmedizin und Diätetik. München, Jena: Urban & Fischer, 2000. S. 165-8.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Kasper H. Ernährungsmedizin und Diätetik. München, Jena: Urban & Fischer, 2000. S. 168-71.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Kasper H. Ernährungsmedizin und Diätetik. München, Jena: Urban & Fischer, 2000. S. 172-3.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Katz DL, Chan W, Gonzalez M, Larson D, Nawaz H, Abdulrahman M, Yeh MC. Technical skills for weight loss: preliminary data from a randomized trial. *Prev Med* 2002; 34 (6): 608-

15.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Katzel LI, Bleecker ER, Colman EG, Rogus EM, Sorkin JD, Goldberg AP. Effects of weight loss vs aerobic exercise training on risk factors for coronary disease in healthy, obese, middle-aged and older men. A randomized controlled trial. JAMA 1995; 274 (24): 1915-21.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Keller HH, Gibbs AJ, Boudreau LD, Goy RE, Pattillo MS, Brown HM. Prevention of weight loss in dementia with comprehensive nutritional treatment. J Am Geriatr Soc 2003; 51 (7): 945-52.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kerem E, Conway S, Elborn S, Heijerman H. Standards of care for patients with cystic fibrosis: a European consensus. J Cyst Fibros 2005; 4 (1): 7-26.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Kerner W, Brückel J, Böhm BO. Definition, Klassifikation und Diagnostik des Diabetes mellitus. Evidenzbasierte Leitlinie der DDG, 2004. <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/057-002k.htm>, Zugriff am 12.12.2005.

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kersting M, Chahda C, Schöch G. Optimierte Mischkost als Präventionsernährung für Kinder und Jugendliche. Teil 1: Lebensmittelauswahl. Ernährungs-Umschau 1993; 40: 164-9.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kersting M, Zempleni S, Schöch G. Optimierte Mischkost als Präventionsernährung für Kinder und Jugendliche. Teil 2: Nährstoffzufuhr. Ernährungs-Umschau 1993; 40: 204-9.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Khan NA, Hemmelgarn B, Herman RJ, Rabkin SW, McAlister FA, Bell CM, Touyz RM, Padwal R, Leiter LA, Mahon JL, Hill MD, Laroche P, Feldman RD, Schiffrin EL, Campbell NRC, Arnold MO, Moe G, Campbell TS, Milot A, Stone JA, Jones C, Ogilvie RI, Hamet P, Fodor G, Carruthers G, Burns KD, Ruzicka M, deChamplain J, Pylypchuk G, Petrella R, Boulanger J-M, Trudeau L, Hegele RA, Woo V, McFarlane P, Vallée M, Howlett J, Katzmarzyk P, Tobe S, Lewanczuk RZ. The 2008 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 2 - Therapy. Can J Cardiol 2008; 24 (6): 465-75.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Khazaal Y, Fresard E, Rabia S, Chatton A, Rothen S, Pomini V, Grasset F, Borgeat F, Zullino D. Cognitive behavioural therapy for weight gain associated with antipsychotic drugs. Schizophr Res 2007; 91 (1-3): 169-77.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Khoshnevisan F, Kimiagar M, Kalantaree N, Valaee N, Shaheedee N. Effect of nutrition education and diet modification in iron depleted preschool children in nurseries in Tehran: a pilot study. Int J Vitam Nutr Res 2004; 74 (4): 264-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Kiefer J, Kunze M. Die Psychologie im Dialog mit der Ernährungstherapie: Einbindung des Psychologen in die Ernährungstherapie. *Aktuel Ernaehr Med* 2004; 29: 134-7.

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kim SH, Lee SJ, Kang ES, Kang S, Hur KY, Lee HJ, Ahn CW, Cha BS, Yoo JS, Lee HC. Effects of lifestyle modification on metabolic parameters and carotid intima-media thickness in patients with type 2 diabetes mellitus. *Metabolism* 2006; 55 (8): 1053-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

King AB, Wolfe GS, Armstrong DU. Evaluation of a patient education booklet (SimpleStart) effect on postprandial glucose control in type 2 diabetes. *Diabetes Technol Ther* 2007; 9 (3): 241-5.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kinnunen TI, Pasanen M, Aittasalo M, Fogelholm M, Hilakivi Clarke L, Weiderpass E, Luoto R. Preventing excessive weight gain during pregnancy - a controlled trial in primary health care. *Eur J Clin Nutr* 2007; 61 (7): 884-91.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Kinnunen TI, Pasanen M, Aittasalo M, Fogelholm M, Weiderpass E, Luoto R. Reducing postpartum weight retention--a pilot trial in primary health care. *Nutr J* 2007; 6 21.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Kirk SFL, Eaton J, Auty L. Dietitians and supervision: Should we be doing more? *J Hum Nutr Diet* 2000; 13 (5): 317-22.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Kirkwood L, Aldujaili E, Drummond S. Effects of advice on dietary intake and/or physical activity on body composition, blood lipids and insulin resistance following a low-fat, sucrose-containing, high-carbohydrate, energy-restricted diet. *Int J Food Sci Nutr* 2007; 58 (5): 383-97.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kjeldsen-Kragh J, Haugen M, Borchgrevink CF, Laerum E, Eek M, Mowinkel P, Hovi K, Forre O. Controlled trial of fasting and one-year vegetarian diet in rheumatoid arthritis. *Lancet* 1991; 338 (8772): 899-902.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Klein CJ, Stanek GS, Wils III CE. Overfeeding macronutrients to critically ill adults: Metabolic complications. *J Am Diet Assoc* 1998; 98 (7): 795-806.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Klein S, Sheard NF, Pi-Sunyer X, Daly A, Wylie-Rosett J, Kulkarni K, Clark NG. Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type 2 diabetes: rationale and strategies: a statement of the American Diabetes Association, the North American Association for the Study of Obesity, and the American Society for Clinical Nutrition. *Diabetes Care* 2004; 27 (8): 2067-73.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kleine-Tebbe J, Herold DA, Lepp U. Aktuelles zur Therapie von Nahrungsmittelallergien. *Allergologie* 2005; 28 (2): 66-74.

Stellungnahme Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB);
Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kleine-Tebbe J, Fuchs T, Lepp U, Niggemann J, Saloga I, Vieluf S, Vieths T, Werfel T, Zuberbier T, Jäger L. In-vitro-Diagnostik von Nahrungsmittel-Allergien. Allergologie 2002; 23 (6): 341-9.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED);
Stellungnahme Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB)
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kleine-Tebbe J, Lepp U, Niggemann B, Saloga J, Vieluf I, Vieths S, Werfel T, Zuberbier T, Jäger L. In vitro Diagnostik von Nahrungsmittelallergien. Positionspapier der DGAI. Allergo J 2001; 10: 333-9.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kleine-Tebbe J, Lepp U, Niggemann B, Werfel T. Nahrungsmittelallergie und -unverträglichkeit: Bewährte statt nicht evaluierte Diagnostik. Dtsch Ärztebl 2005; 102 (27): A 1965-A 1969.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Klesges RC, Obarzanek E, Klesges LM, Stockton MB, Beech BM, Murray DM, Lanctot JQ, Sherrill Mittleman DA. Memphis Girls health Enrichment Multi-site Studies (GEMS): Phase 2: design and baseline. Contemp Clin Trials 2008; 29 (1): 42-55.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Klimm W. Therapie der Karies. In: Kariologie. Leitfaden für Studierende und Zahnärzte. München, Wien: Carl Hanser Verlag, 1997. S. 213-30.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Klimm W. Therapie der Karies. In: Kariologie. Leitfaden für Studierende und Zahnärzte. München, Wien: Carl Hanser Verlag, 1997. S. 227-84.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Kluthe R (Eds). Tumorerkrankungen und Ernährung. In: Ernährungsmedizin in der Praxis, Loseblattsammlung. Balingen: Spitta, 2005.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Kluthe R, Dittrich A, Everding R, Gebhardt A, Hund-Wissner E, Kasper H, Rottka H, Rabast U, Weingard A, Wild M, Wirth A, Wolfram G. Das Rationalisierungsschema 2004 des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e. V., der Deutschen Adipositas Gesellschaft e. V., der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) e. V., der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) e. V., der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V., des Verbandes der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. und des Verbandes der Diplom-Oecotrophologen (VDO_E) e.V. [Rationalisation Scheme 2004 of the Association of German Nutritional Physicians, the German Obesity Association, the German Academy of Nutritional Medicine (DAEM), the German Nutrition Society (DGE), the German Society for Nutritional Medicine (DGEM), the German Association of Dieticians (VDD), the Association of Home Economists and Nutrition Scientists (VDO_E)]. Aktuel Ernähr Med 2004; 29 (5): 245-53.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kluthe R. Ernährungsmedizin in der Praxis. Loseblattsammlung, Aktualisierung 11.2005, Kapitel 4/10.1-15. Balingen: Spitta, 2005.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Knoops KT, de Groot LC, Kromhout D, Perrin AE, Moreiras-Varela O, Menotti A, van Staveren WA. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. JAMA 2004; 292 (12): 1433-9.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 2002; 346 (6): 393-403.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Knutsen SF, Knutsen R. The Tromso Survey: the Family Intervention study--the effect of intervention on some coronary risk factors and dietary habits, a 6-year follow-up. Prev Med 1991; 20 (2): 197-212.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Koch R, Acosta P, Donnell G, Lieberman E. Nutritional therapy of galactosemia. Management success depends on rigid exclusion of all galactose-containing foods. Clin Pediatr (Phila) 1965; 4 (10): 571-6.

Stellungnahme Elterninitiative Galaktosämie e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kohlmeier L, Kroke S, Pötzsch J, Kohlmeier M, Martin K. Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten. Band 27 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit, 1993.

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Kommission für Qualitätssicherung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie.

Qualitätssicherung in der Rheumatologie. 5.1 Nichtsteroidale Antiphlogistika. Darmstadt: Steinkopff, 1995.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Konsensusgruppe Adipositaschulung (Eds). Trainermanual „Leichter, aktiver, gesünder“ - Interdisziplinäres Schulungskonzept für übergewichtige Kinder und Jugendliche. Bonn: DGE und Aid Infodienst, 2004.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Konsensuskonferenz. Ergebnisse der Konsensuskonferenz: Fachgebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin – Begriffe und Definitionen. Bad Kösen: GFBB-Verlag, 1998.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Koopman H, Spreeuwenberg C, Westerman RF, Donker AJ. Dietary treatment of patients with mild to moderate hypertension in a general practice: a pilot intervention study (2).

Beyond three months. J Hum Hypertens 1990; 4 (4): 372-4.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Korhonen M, Kastarinen M, Uusitupa M, Stevens VJ, Worsley A. Advice from primary care physicians and nurses may improve diet in people with hypertension. Evid-based Cardiovasc Med 2003; 7 (2): 94-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Korhonen MH, Litmanen H, Rauramaa R, Vaisanen SB, Niskanen L, Uusitupa M. Adherence to the salt restriction diet among people with mildly elevated blood pressure. Eur J Clin Nutr 1999; 53 (11): 880-5.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Koscik RL, Farrell PM, Kosorok MR, Zaremba KM, Laxova A, Lai HC, Douglas JA, Rock MJ, Splaingard ML. Cognitive function of children with cystic fibrosis: deleterious effect of early malnutrition. Pediatrics 2004; 113 (6): 1549-58.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

König D, Deibert P, Frey I, Landmann U, Berg A. Effect of meal replacement on metabolic risk factors in overweight and obese subjects. Ann Nutr Metab 2008; 52 (1): 74-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Körner U. Methodik und Didaktik der individuellen Ernährungsberatung von Lebensmittelallergikern. ernährung im fokus 2004; 4 (8): 228-32.

Stellungnahme Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Krauss RM, Eckel RH, Howard B, Appel LJ, Daniels SR, Deckelbaum RJ, Erdman JW, Jr., Kris-Etherton P, Goldberg IJ, Kotchen TA, Lichtenstein AH, Mitch WE, Mullis R, Robinson K, Wylie-Rosett J, St Jeor S, Suttie J, Tribble DL, Bazzarre TL. AHA Dietary Guidelines: revision 2000: A statement for healthcare professionals from the Nutrition Committee of the American Heart Association. Circulation 2000; 102 (18): 2284-99.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDOE);

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Krebsinformationsdienst (KID), Hiller B. Ernährung in der Therapie.

http://www.krebsinformation.de/Fragen_und_Antworten/ernaehrung_in_der_therapie.html, Zugriff am 17.01.2006.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Krebsregister Saarland. Krebs im Saarland 1998-2000. Inzidenz, Mortalität und Prävalenz bösartiger Erkrankungen. Saarbrücken, Juli 2004. <http://www.krebsregister.saarland.de/>, Zugriff am 12.12.2005.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kremer JM, Lawrence DA, Petrillo GF, Litts LL, Mullaly PM, Rynes RI, Stocker RP, Parhami N, Greenstein NS, Fuchs BR. Effects of high-dose fish oil on rheumatoid arthritis after stopping nonsteroidal antiinflammatory drugs. Clinical and immune correlates. Arthritis Rheum 1995; 38 (8): 1107-14.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kremer JM. Effects of modulation of inflammatory and immune parameters in patients with rheumatic and inflammatory disease receiving dietary supplementation of n-3 and n-6 fatty acids. *Lipids* 1996; 31 (Suppl): S243-S247.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kris-Etherton PM, Harris WS, Appel LJ. Fish consumption, fish oil, omega-3 fatty acids, and cardiovascular disease. *Circulation* 2002; 106 (21): 2747-57.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kris-Etherton PM, Harris WS, Appel LJ. Omega-3 fatty acids and cardiovascular disease: new recommendations from the American Heart Association. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2003; 23 (2): 151-2.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kristal AR, Curry SJ, Shattuck AL, Feng Z, Li S. A randomized trial of a tailored, self-help dietary intervention: the Puget Sound Eating Patterns study. *Prev Med* 2000; 31 (4): 380-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kristal AR, Andrilla CH, Koepsell TD, Diehr PH, Cheadle A. Dietary assessment instruments are susceptible to intervention-associated response set bias. *J Am Diet Assoc* 1998; 98 (1): 40-3.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kristal AR, White E, Shattuck AL, Curry S, Anderson GL, Fowler A, Urban N. Long-term maintenance of a low-fat diet: durability of fat-related dietary habits in the Women's Health Trial. *J Am Diet Assoc* 1992; 92 (5): 553-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Kristal AR, Blount PL, Schenk JM, Sanchez CA, Rabinovitch PS, Odze RD, Standley J, Vaughan TL, Reid BJ. Low-fat, high fruit and vegetable diets and weight loss do not affect biomarkers of cellular proliferation in Barrett esophagus. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention* 2005; 14 (10): 2377-83.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kroenke CH, Chen WY, Rosner B, Holmes MD. Weight, weight gain, and survival after breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol* 2005; 23 (7): 1370-8.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kromann N, Green A. Epidemiological studies in the Upernavik district, Greenland. Incidence of some chronic diseases 1950-1974. *Acta Med Scand* 1980; 208 (5): 401-6.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Krug J, Steindorf J, Reichel A, Schulze J, Rothe U, Breuer HWM, Scholz GH, Verloren HJ, Otto H, Krumpolt C. Diabetes mellitus Typ 1. Sächsische Leitlinie, 4. Aufl. Fachkommission Diabetes Sachsen, 2002.

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kruizenga HM, Van Tulder MW, Seidell JC, Thijs A, Ader HJ, Van Bokhorst de van der Schuieren. Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients (Structured abstract). Am J Clin Nutr 2005; 82 (5): 1082-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Krumwiede KH. Ernaehrungsberatung bei Tumorkachexie damit Ihre Patienten wieder besser essen. [Nutrition counseling in tumor cachexia so patients will eat better]. MMW Fortschr Med 2003; 145 (11): 35-8.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Kulkarni K, Castle G, Gregory R, Holmes A, Leontos C, Powers M, Snetselaar L, Splett P, Wylie-Rosett J. Nutrition Practice Guidelines for Type 1 Diabetes Mellitus positively affect dietitian practices and patient outcomes. The Diabetes Care and Education Dietetic Practice Group. J Am Diet Assoc 1998; 98 (1): 62-70.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kuller LH, Kinzel LS, Pettee KK, Kriska AM, Simkin Silverman LR, Conroy MB, Averbach F, Pappert WS, Johnson BD. Lifestyle intervention and coronary heart disease risk factor changes over 18 months in postmenopausal women: the Women On the Move through Activity and Nutrition (WOMAN study) clinical trial. J Womens Health (Larchmt) 2006; 15 (8): 962-74.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Kuller LH, Kriska AM, Kinzel LS, Simkin Silverman LR, Sutton Tyrrell K, Johnson BD, Conroy MB. The clinical trial of Women On the Move through Activity and Nutrition (WOMAN) study. Contemp Clin Trials 2007; 28 (4): 370-81.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Kumanyika SK, Hebert PR, Cutler JA, Lasser VI, Sugars CP, Steffen-Batey L, Brewer AA, Cameron M, Shepek LD, Cook NR. Feasibility and efficacy of sodium reduction in the Trials of Hypertension Prevention, phase I. Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. Hypertension 1993; 22 (4): 502-12.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kumanyika SK, Cook NR, Cutler JA, Belden L, Brewer A, Cohen JD, Hebert PR, Lasser VI, Raines J, Raczynski J, Shepek L, Diller L, Whelton PK, Yamamoto M. Sodium reduction for hypertension prevention in overweight adults: further results from the Trials of Hypertension Prevention Phase II. J Hum Hypertens 2005; 19 (1): 33-45.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kunczik T, Ringe JD. Osteoporose: Eine Herausforderung für die Zukunft. Dtsch Arztebl 1994; 91: A 1126-A 1129.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Kupper C. Dietary guidelines and implementation for celiac disease. Gastroenterology 2005; 128 (4): S121-S127.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kurland LT, Hauser WA, Ferguson RH, Holley KE. Epidemiologic features of diffuse connective tissue disorders in Rochester, Minn., 1951 through 1967, with special reference to systemic lupus erythematosus. *Mayo Clin Proc* 1969; 44 (9): 649-63.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Kurtzke JF. Epidemiology and multiple sclerosis. *Rev Neurol* 2002; 35 (12): 1177.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Lahmann PH, Schulz M, Hoffmann K, Boeing H, Tjønneland A, Olsen A, Overvad K, Key TJ, Allen NE, Khaw KT, Bingham S, Berglund G, Wirfalt E, Berrino F, Krogh V, Trichopoulou A, Lagiou P, Trichopoulos D, Kaaks R, Riboli E. Long-term weight change and breast cancer risk: the European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC). *Br J Cancer* 2005; 93 (5): 582-9.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Laitinen JH, Ahola IE, Sarkkinen ES, Winberg RL, Harmaakorpi-livonen PA, Uusitupa MI. Impact of intensified dietary therapy on energy and nutrient intakes and fatty acid composition of serum lipids in patients with recently diagnosed non-insulin-dependent diabetes mellitus. *J Am Diet Assoc* 1993; 93 (3): 276-83.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Lakerveld J, Bot SDM, Chinapaw MJ, Van Tulder MW, van Oppen P, Dekker JM, Nijpels G. Primary prevention of diabetes mellitus type 2 and cardiovascular diseases using a cognitive behavior program aimed at lifestyle changes in people at risk: Design of a randomized controlled trial. *BMC Endocrine Disorders* 2008; 8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Langlois JA, Harris T, Looker AC, Madans J. Weight change between age 50 years and old age is associated with risk of hip fracture in white women aged 67 years and older. *Arch Intern Med* 1996; 156 (9): 989-94.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Lasek R, Müller-Oerlinghausen B, Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ). Diabetes mellitus. Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Berlin: AKdÄ 2002

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Lasserre M, Mendy F, Spielmann D, Jacotot B. Effects of different dietary intake of essential fatty acids on C20:3 omega 6 and C20:4 omega 6 serum levels in human adults. *Lipids* 1985; 20 (4): 227-33.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Laws R. A new evidence-based model for weight management in primary care: the Counterweight Programme. *J Hum Nutr Diet* 2004; 17 (3): 191-208.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Layer P, Rosien U. Praktische Gastroenterologie. Magen- und Zwölffingerdarm-Geschwür. <http://www.medizininfo.de/gastro/magen/ulkus.shtml>, Zugriff am 17.01.2006.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Lean ME, Han TS, Morrison CE. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. BMJ 1995; 311 (6998): 158-61.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Ledikwe JH, Rolls BJ, Smiciklas Wright H, Mitchell DC, Ard JD, Champagne C, Karanja N, Lin PH, Stevens VJ, Appel LJ. Reductions in dietary energy density are associated with weight loss in overweight and obese participants in the PREMIER trial. Am J Clin Nutr 2007; 85 (5): 1212-21.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Ledochowski M, Widner B, Fuchs D. Fruktosemalabsorption. J Ernährungsmed 2000; 2 (3): 10-4.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Lee-Han H, Cousins M, Beaton M, McGuire V, Kriukov V, Chipman M, Boyd N.

Compliance in a randomized clinical trial of dietary fat reduction in patients with breast dysplasia. Am J Clin Nutr 1988; 48 (3): 575-86.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Leermakers EA, Anglin K, Wing RR. Reducing postpartum weight retention through a correspondence intervention. Int J Obes Relat Metab Disord 1998; 22 (11): 1103-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Lemon CC, Lacey K, Lohse B, Hubacher DO, Klawitter B, Palta M. Outcomes monitoring of health, behavior, and quality of life after nutrition intervention in adults with type 2 diabetes. J Am Diet Assoc 2004; 104 (12): 1805-15.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Leon JB, Majerle AD, Soinski JA, Kushner I, Ohri-Vachaspati P, Sehgal AR. Can a nutrition intervention improve albumin levels among hemodialysis patients? A pilot study. J Ren Nutr 2001; 11 (1): 9-15.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Leon JB, Albert JM, Gilchrist G, Kushner I, Lerner E, Mach S, Majerle A, Porter D, Ricanati E, Sperry L, Sullivan C, Zimmerer J, Sehgal AR. Improving albumin levels among hemodialysis patients: a community-based randomized controlled trial. Am J Kidney Dis 2006; 48 (1): 28-36.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Leonhäuser IU, Oberritter H. Curriculum Ernährungsberatung. DGE schafft anerkannte Anbieterqualifikation. Ernährungs-Umschau 2004; 52 (6): 232-3.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Lepp US, Ehlers I, Erdmann S, Fuchs T, Henzgen M, Kleine-Tebbe J, Niggemann B, Saloga J, Vieluf I, Vieths S, Zuberbier T, Werfel T, Arbeitsgruppe "Nahrungsmittel-Allergie" der DGAI. Therapiemöglichkeiten bei der IgE-vermittelten Nahrungsmittel-Allergie. Positionspapier der Arbeitsgruppe Nahrungsmittel-Allergie der Deutschen Gesellschaft für

Allergologie und klinische Immunologie (DGAI) und des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen (ÄDA). Allergo J 2002; 11: 158-62.

Stellungnahme Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB);

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Leren P. The effect of plasma cholesterol lowering diet in male survivors of myocardial infarction. A controlled clinical trial. Acta Med Scand Suppl 1966; 466 1-92.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Leren P. The Oslo diet-heart study. Eleven-year report. Circulation 1970; 42 (5): 935-42.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Studie zur Wirksamkeit der n Ernährungsberatung

Lesley ML. Social problem solving training for African Americans: effects on dietary problem solving skill and DASH diet-related behavior change. Patient Educ Couns 2007; 65 (1): 137-46.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Leslie WS, Hankey CR, Matthews D, Currall JE, Lean ME. A transferable programme of nutritional counselling for rehabilitation following myocardial infarction: a randomised controlled study. Eur J Clin Nutr 2004; 58 (5): 778-86.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Leung J, Dwyer J, Miller J, Patrick SW, Rocco M, Uhlin L. The role of the dietitian in a multicenter clinical trial of dialysis therapy: the Hemodialysis (HEMO) Study. J Ren Nutr 2001; 11 (2): 101-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Levine MD, Klem ML, Kalarchian MA, Wing RR, Weissfeld L, Qin L, Marcus MD. Weight gain prevention among women. Obesity (Silver Spring) 2007; 15 (5): 1267-77.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Liebermeister H. Adipositas. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2002.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Liebermeister

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Liebermeister H. Adipositas-Behandlung durch den niedergelassenen Arzt in der Bundesrepublik Deutschland. Aktuel Ernähr Med 1988; 13: 151-5.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Liebermeister

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Liebermeister H. Diät kontra Medikamente. Internist Prax 1992; 32: 79-88.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Liebermeister

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Liebermeister H. Prevention of obesity and lipid disorders. In: **Ganz M (Eds):** Prevention of type 2 diabetes. London: Wiley, 2005. S. 203-43.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Liebermeister

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Liebl A, Spannheimer A, Reitberger U, Görtz A. Arzneimitteltherapie und Medikationskosten von Patienten mit Diabetes Typ 2 in Deutschland: Ergebnisse der CODE-2-Studie. Diabetes und Stoffwechsel 2003; 12: 145-51.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Liehr P, Meininger JC, Vogler R, Chan W, Frazier L, Smalling S, Fuentes F. Adding story-centered care to standard lifestyle intervention for people with Stage 1 hypertension. *Appl Nurs Res* 2006; 19 (1): 16-21.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Lien LF, Brown AJ, Ard JD, Loria C, Erlinger TP, Feldstein AC, Lin PH, Champagne CM, King AC, McGuire HL, Stevens VJ, Brantley PJ, Harsha DW, McBurnie MA, Appel LJ, Svetkey LP. Effects of PREMIER lifestyle modifications on participants with and without the metabolic syndrome. *Hypertension* 2007; 50 (4): 609-16.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Lin PH, Appel LJ, Funk K, Craddick S, Chen C, Elmer P, McBurnie MA, Champagne C. The PREMIER intervention helps participants follow the Dietary Approaches to Stop Hypertension dietary pattern and the current Dietary Reference Intakes recommendations. *J Am Diet Assoc* 2007; 107 (9): 1541-51.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Lin T, Chen CH, Chou P. A hypertension control program in Yu-Chi, Taiwan: preliminary results. *J Formos Med Assoc* 1997; 96 (8): 613-20.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Lindholm LH, Ekblom T, Dash C, Eriksson M, Tibblin G, Schersten B. The impact of health care advice given in primary care on cardiovascular risk. CELL Study Group. *BMJ* 1995; 310 (6987): 1105-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Lindley KJ. Pancreatic involvement: Clinical manifestations, pathophysiology and new treatments. In: **Bush A, Alton EFWF, Davies JC, Griesenbach U, Jaffe A (Eds):** Cystic fibrosis in the 21st century. Basel: Karger, 2006. S. 242-50.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Lindstrom J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG, Hemio K, Hamalainen H, Harkonen P, Keinanen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Mannelin M, Paturi M, Sundvall J, Valle TT, Uusitupa M, Tuomilehto J . Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 2006; 368 (9548): 1673-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Lindstrom J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care* 2003; 26 (3): 725-31.

Stellungnahme Ernährungsberatung Charisius

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Lindström J, Peltonen M, Eriksson JG, Louheranta A, Fogelholm M, Uusitupa M, Tuomilehto J. High-fibre, low-fat diet predicts long-term weight loss and decreased type 2 diabetes risk: the Finnish Diabetes Prevention Study. *Diabetologia* 2006; 49 (5): 912-20.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Lindström J, Louheranta A, Mannelin M, Rastas M, Salminen V, Eriksson J, Uusitupa M, Tuomilehto J. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and

3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care* 2003; 26 (12): 3230-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Lisspers J, Sundin O, Ohman A, Hofman BC, Rydén L, Nygren A. Long-term effects of lifestyle behavior change in coronary artery disease: effects on recurrent coronary events after percutaneous coronary intervention. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 2005; 24 (1): 41-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Locatelli F, Fouque D, Heimbürger O, Druke TB, Cannata-Andia JB, Horl WH, Ritz E. Nutritional status in dialysis patients: a European consensus. *Nephrol Dial Transplant* 2002; 17 (4): 563-72.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM);

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Logue E, Sutton K, Jarjoura D, Smucker W, Baughman K, Capers C. Transtheoretical model-chronic disease care for obesity in primary care: a randomized trial. *Obes Res* 2005; 13 (5): 917-27.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Long CG, Simpson CM, Allott EA. Psychological and dietetic counselling combined in the treatment of obesity: a comparative study in a hospital outpatient clinic. *Hum Nutr Appl Nutr* 1983; 37 (2): 94-102.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Look Ahead Research Group, Bray G, Gregg E, Haffner S, Pi Sunyer X, Wagenknecht LE, Walkup M, Wing R. Baseline characteristics of the randomised cohort from the Look AHEAD (Action for Health in Diabetes) study. *Diabetes and Vascular Disease Research* 2006; 3 (3): 202-15.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Studie zur Wirksamkeit der n Ernährungsberatung

Loveman E, Royle P, Waugh N. Specialist nurses in diabetes mellitus. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; (2): CD003286.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Loveman E, Cave C, Green C, Royle P, Dunn N, Waugh N. The clinical and cost-effectiveness of patient education models for diabetes: a systematic review and economic evaluation (Structured abstract). *Health Technol Assess* 2003; 7 (22): 1-202.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Löwel H, Döring A, Schneider A, Heier M, Thorand B, Meisinger C. The MONICA Augsburg surveys--basis for prospective cohort studies. *Gesundheitswesen* 2005; 67 (Suppl 1): S13-S18.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Löwel H, Dinkel R, Hörmann A, Stieber J, Görtler E. Herzinfarkt und Diabetes. Ergebnisse der Augsburger Herzinfarkt-Follow-up-Studie 1985-1990. *Diabetes und Stoffwechsel* 1996; 5 19-23.

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Lutz SF, Ammerman AS, Atwood JR, Campbell MK, DeVellis RF, Rosamond WD.

Innovative newsletter interventions improve fruit and vegetable consumption in healthy adults. *J Am Diet Assoc* 1999; 99 (6): 705-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Lytle LA, Stone EJ, Nichaman MZ, Perry CL, Montgomery DH, Nicklas TA, Zive MM, Mitchell P, Dwyer JT, Ebzery MK, Evans MA, Galati TP. Changes in nutrient intakes of elementary school children following a school-based intervention: results from the CATCH Study. *Prev Med* 1996; 25 (4): 465-77.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Ma Y, Olendzki BC, Merriam PA, Chiriboga DE, Culver AL, Li W, Hébert JR, Ockene IS, Griffith JA, Pagoto SL. A randomized clinical trial comparing low-glycemic index versus ADA dietary education among individuals with type 2 diabetes. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif)* 2008; 24 (1): 45-56.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

MacDonald N. Is there evidence for earlier intervention in cancer-associated weight loss? *J Support Oncol* 2003; 1 (4): 279-86.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

MacMahon S, Macdonald G. Treatment of high blood pressure in overweight patients. *Nephron* 1987; 47 (Suppl 1): 8-12.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

MacMahon SW, Macdonald GJ, Bernstein L, Andrews G, Blacket RB. A randomized controlled trial of weight reduction and metoprolol in the treatment of hypertension in young overweight patients. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 1985; 12 (3): 267-71.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Magrath G, Hartland BV. Dietary recommendations for children and adolescents with diabetes: an implementation paper. British Diabetic Association's Professional Advisory Committee. *Diabet Med* 1993; 10 (9): 874-85.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Makrides L, Dagenais GR, Chockalingam A, Lelorier J, Kishchuk N, Richard J, Stewart J, Chin C, Alloul K, Veinot P. Evaluation of a workplace health program to reduce coronary risk factors. *Clinical Governance* 2008; 13 (2): 95-105.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Malin A, Matthews CE, Shu XO, Cai H, Dai Q, Jin F, Gao YT, Zheng W. Energy balance and breast cancer risk. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14 (6): 1496-501.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Mangunkusumo RT, Brug J, de Koning HJ, van der Lei J, Raat H. School-based internet-tailored fruit and vegetable education combined with brief counselling increases children's awareness of intake levels. *Public Health Nutrition* 2007; 10 (3): 273-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Manios Y, Moschonis G, Grammatikaki E, Katsaroli I, Kanelou P, Tanagra S. Nutrition education in postmenopausal women: changes in dietary and cardiovascular indices. *Maturitas* 2006; 55 (4): 338-47.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Mann JI, De Leeuw I, Hermansen K, Karamanos B, Karlstrom B, Katsilambros N, Riccardi G, Rivellese AA, Rizkalla S, Slama G, Toeller M, Uusitupa M, Vessby B. Evidence-based nutritional approaches to the treatment and prevention of diabetes mellitus. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2004; 14 (6): 373-94.

Stellungnahme Dr. M. Toeller, Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Marcus AC, Morra M, Rimer BK, Stricker M, Heimendinger J, Wolfe P, Darrow SL, Hamilton L, Cox DS, Miller N, Perocchia RS. A feasibility test of a brief educational intervention to increase fruit and vegetable consumption among callers to the Cancer Information Service. *Prev Med* 1998; 27 (2): 250-61.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Marcus AC, Heimendinger J, Wolfe P, Rimer BK, Morra M, Cox D, Lang PJ, Stengle W, Van Herle MP, Wagner D, Fairclough D, Hamilton L. Increasing fruit and vegetable consumption among callers to the CIS: results from a randomized trial. *Prev Med* 1998; 27 (5 Pt 2): S16-S28.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Margareta Eriksson K, Westborg C-J, Eliasson MCE. A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors. The Björknäs study. *Scandinavian Journal of Public Health* 2006; 34 (5): 453-61.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Marks BL, Ward A, Morris DH, Castellani J, Rippe JM. Fat-free mass is maintained in women following a moderate diet and exercise program. *Med Sci Sports Exerc* 1995; 27 (9): 1243-51.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Maskarinec G, Chan CL, Meng L, Franke AA, Cooney RV. Exploring the feasibility and effects of a high-fruit and -vegetable diet in healthy women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1999; 8 (10): 919-24.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Masley S, Phillips S, Copeland JR. Group office visits change dietary habits of patients with coronary artery disease-the dietary intervention and evaluation trial (D.I.E.T.). *J Fam Pract* 2001; 50 (3): 235-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Massari A, Point C, Truffe P, Chatellier G, Simon A, Menard J. A randomised trial comparing 2 different educational interventions for teaching diet in 300 subjects having a high cardiovascular risk. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1995; 88 (8): 1101-4.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine deutsche oder englische Volltextveröffentlichung

Mast M, Müller M. Fett- oder energiereduzierte Diäten - eine sinnvolle Maßnahme für übergewichtige Kinder? *Aktuel Ernaehr Med* 2000; 25: 115-7.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Mau W, Zeidler H, Mau R, Majewski A, Freyschmidt J, Stangel W, Deicher H. Clinical features and prognosis of patients with possible ankylosing spondylitis. Results of a 10-year followup. *J Rheumatol* 1988; 15 (7): 1109-14.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Mau W, Zeidler H. Spondylopathien (M 45-M 49). In: **Zeidler H, Zacher J, Hiepe F (Eds).** Interdisziplinäre klinische Rheumatologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer. 2001, S. 1004-38.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Mauri M, Castrogiovanni S, Simoncini M, Iovieno N, Miniati M, Rossi A, Dell'Agnello G, Fagiolini A, Donda P, Cassano GB. Effects of an educational intervention on weight gain in patients treated with antipsychotics. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26 (5): 462-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Mayet WJ. Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände (M 30). In: **Zeidler H, Zacher J, Hiepe F (Eds).** Interdisziplinäre klinische Rheumatologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2001.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Mayet WJ. Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien (M 31). In: **Zeidler H, Zacher J, Hiepe F (Eds).** Interdisziplinäre klinische Rheumatologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2001. S. 847-62.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

McAuley KA, Hopkins CM, Smith KJ, Mclay RT, Williams SM, Taylor RW, Mann JI.

Comparison of high-fat and high-protein diets with a high-carbohydrate diet in insulin-resistant obese women. *Diabetologia* 2005; 48 (1): 8-16.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

McAuley KA, Williams SM, Mann JI, Goulding A, Chisholm A, Wilson N, Story G, Mclay RT, Harper MJ, Jones IE. Intensive lifestyle changes are necessary to improve insulin sensitivity: a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2002; 25 (3): 445-52.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

McAuley KA, Smith KJ, Taylor RW, Mclay RT, Williams SM, Mann JI. Long-term effects of popular dietary approaches on weight loss and features of insulin resistance. *Int J Obes (Lond)* 2006; 30 (2): 342-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

McCarron DA, Oparil S, Chait A, Haynes RB, Kris Etherton P, Stern JS, Resnick LM, Clark S, Morris CD, Hatton DC, Metz JA, McMahon M, Holcomb S, Snyder GW, Pi Sunyer FX. Nutritional management of cardiovascular risk factors. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 1997; 157 (2): 169-77.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

McConnon A, Kirk SF, Cockroft JE, Harvey EL, Greenwood DC, Thomas JD, Ransley JK, Bojke L. The Internet for weight control in an obese sample: results of a randomised controlled trial. *BMC health services research* 2007; 7: 206.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

McCreadie RG, Kelly C, Connolly M, Williams S, Baxter G, Lean M, Paterson JR. Dietary improvement in people with schizophrenia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 346-51.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

McGehee MM, Johnson EQ, Rasmussen HM, Sahyoun N, Lynch MM, Carey M. Benefits and costs of medical nutrition therapy by registered dietitians for patients with hypercholesterolemia. Massachusetts Dietetic Association. *J Am Diet Assoc* 1995; 95 (9): 1041-3.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

McKinley MJ, Goodman-Block J, Lesser ML, Salbe AD. Improved body weight status as a result of nutrition intervention in adult, HIV-positive outpatients. *J Am Diet Assoc* 1994; 94 (9): 1014-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

McLoughlin R, Sebastian SS, Qasim A, McNamara D, O'Connor HJ, Buckley M, O'Morain C. Coeliac disease in Europe. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18 (Suppl 3): 45-8.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Rabast

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Mehnert H. Verzögerte Manifestation und Prävention des Typ 2 Diabetes. [Delaying and preventing type 2 diabetes mellitus]. *MMW Fortschr Med* 2003; 145 (12): 51-4.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Melamed Y, Stein-Reisner O, Gelkopf M, Levi G, Sivan T, Ilievici G, Rosenberg R, Weizman A, Bleich A. Multi-modal weight control intervention for people with persistent mental disorders. *Psychiatr Rehabil J* 2008; 31 (3): 194-200.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Melanson KJ, Dell'Olio J, Carpenter MR, Angelopoulos TJ. Changes in multiple health outcomes at 12 and 24 weeks resulting from 12 weeks of exercise counseling with or without dietary counseling in obese adults. *Nutrition* 2004; 20 (10): 849-56.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Melchionda N, Forlani G, La Rovere L, Argnani P, Trevisani F, Zocchi D, Savorani G, Covezzoli A, De Rosa M, Marchesini G. Disease management of the metabolic syndrome in a community: Study design and process analysis on baseline data. *Metabolic Syndrome and Related Disorders* 2006; 4 (1): 7-16.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Melin I, Karlstrom B, Lappalainen R, Berglund L, Mohsen R, Vessby B. A programme of behaviour modification and nutrition counselling in the treatment of obesity: a randomised 2-y clinical trial. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27 (9): 1127-35.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Mensink M, Blaak EE, Corpeleijn E, Saris WH, de Bruin TW, Feskens EJ. Lifestyle intervention according to general recommendations improves glucose tolerance. *Obes Res* 2003; 11 (12): 1588-96.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Mensink M, Blaak EE, Wagenmakers AJ, Saris WH. Lifestyle intervention and fatty acid metabolism in glucose-intolerant subjects. *Obes Res* 2005; 13 (8): 1354-62.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Mensink RP, Zock PL, Kester AD, Katan MB. Effects of dietary fatty acids and carbohydrates on the ratio of serum total to HDL cholesterol and on serum lipids and apolipoproteins: a meta-analysis of 60 controlled trials. *Am J Clin Nutr* 2003; 77 (5): 1146-55.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Merrill RM, Massey MT, Aldana SG, Greenlaw RL, Diehl HA, Salberg A. C-reactive protein levels according to physical activity and body weight for participants in the coronary health improvement project. *Prev Med* 2008; 46 (5): 425-30.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Meyer JH. Nutritional outcomes of gastric operations. *Gastroenterol Clin North Am* 1994; 23 (2): 227-60.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Oehler

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Meyer VP, Micheelis W, Krankenhagen HJ, Müller BH. Das Beanspruchungssystem des Zahnarztes: Ansatzpunkte und Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. [Strain patterns with regard to dental activities: starting points and results of an empirical study]. *Dtsch Zahnärztl Z* 2005; 60 (5): 281-7.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Mhurchu CN, Margetts BM, Speller V. Randomized clinical trial comparing the effectiveness of two dietary interventions for patients with hyperlipidaemia. *Clin Sci (Lond)* 1998; 95 (4): 479-87.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Micco N, Gold B, Buzzell P, Leonard H, Pintauro S, Harvey BJ. Minimal in-person support as an adjunct to internet obesity treatment. *Ann Behav Med* 2007; 33 (1): 49-56.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Micheelis W, Meyer VP, Institut der Deutschen Zahnärzte (Eds). Arbeitswissenschaftliche Beanspruchungsmuster zahnärztlicher Dienstleistungen (BAZ-II). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag, 2002. S. 133, 135, 154-5.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Michel H. Das Nursing-Bottle-Syndrom. In: *Strukturierte Prophylaxe*. München: Helix 2002, S. 155-63.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Minniti A, Bissoli L, Di Francesco V, Fantin F, Mandragona R, Olivieri M, Fontana G, Rinaldi C, Bosello O, Zamboni M. Individual versus group therapy for obesity: comparison of dropout rate and treatment outcome. *Eat Weight Disord* 2007; 12 (4): 161-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Mitch WE, Klahr S (Eds). *Handbook of Nutrition and the kidney*, fifth edition. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2005.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Mitchell GA, Grompe M, Lambert M, Tanguay RM. In: **Scriver CR, Beaudet AL, Valle D, Sly WS, Vogelstein B, Childs B, Kinzler KW (Online Eds):** The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease. Part 8: Amino Acids, Chapter 79. New York: McGraw-Hill, 2001-2004.

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Miura K, Myogadani H, Kadoya Y, Hayashi M, Motoya M, Kuzumaki M, Yoneda M, Mitsui T, Nishijo M, Morikawa Y, Nakanishi Y, Nakashima M, Nakagawa H. [Effectiveness of lifestyle modification programs for control of blood pressure: a non-randomized controlled trial in Komatsu, Japan]. Nippon Koshu Eisei Zasshi 2006; 53 (8): 533-42.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine deutsche oder englische Volltextveröffentlichung

Mo-suwan L, Junjana C, Puetpaiboon A. Increasing obesity in school children in a transitional society and the effect of the weight control program. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1993; 24 (3): 590-4.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Mojonnier ML, Hall Y, Berkson DM, Robinson E, Wethers B, Pannbacker B, Moss D, Pardo E, Stamler J, Shekelle RB, Raynor W. Experience in changing food habits of hyperlipidemic men and women. J Am Diet Assoc 1980; 77 (2): 140-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Monk A, Barry B, McClain K, Weaver T, Cooper N, Franz MJ. Practice guidelines for medical nutrition therapy provided by dietitians for persons with non-insulin-dependent diabetes mellitus. International Diabetes Center. J Am Diet Assoc 1995; 95 (9): 999-1006.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Moore H, Greenwood D, Gill T, Waine C, Soutter J, Adamson A. A cluster randomised trial to evaluate a nutrition training programme. Br J Gen Pract 2003; 53 (489): 271-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Moore H, Summerbell C, Hooper L, Ashton V, Kopelman P. Dietary advice for the prevention of type 2 diabetes mellitus in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; (1): CD005102.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Moore H, Summerbell C, Hooper L, Cruickshank K, Vyas A, Johnstone P, Ashton V, Kopelman P. Dietary advice for treatment of type 2 diabetes mellitus in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004; (2): CD004097.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Moore H, Reams SM, Wiesen K, Nolph KD, Khanna R, Laothong C. National Kidney Foundation Council on Renal Nutrition survey: past-present clinical practices and future strategic planning. J Ren Nutr 2003; 13 (3): 233-40.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Mönch E, Link R. Diagnostik und Therapie bei angeborenen Stoffwechselstörungen. Heilbronn: SPS Publications, 2002. S. 339-65.

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Mönch E, Link R. Diagnostik und Therapie bei angeborenen Stoffwechselstörungen. Heilbronn: SPS Publications, 2002. S. 20-40.

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Mönch E, Link R. Diagnostik und Therapie bei angeborenen Stoffwechselstörungen. Heilbronn: SPS Publications, 2002. S. 223-40, 261-82, 366-85.

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Mönch E, Link R. Diagnostik und Therapie bei angeborenen Stoffwechselstörungen. Heilbronn: SPS Publications, 2002. S. 41-59, 68-86, 87-106, 172-86, 297-315, 316-38.

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Mönch E, Link R. Diagnostik und Therapie bei angeborenen Stoffwechselstörungen. Heilbronn: SPS Publications, 2002. S. 187-200.

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Mukoviszidose e.V. Arbeitskreis Ernährung. <http://www.muko.info/203.0.html>, Zugriff am 01.12.2005.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Muller F, Nitschke I. Mundgesundheit, Zahnstatus und Ernährung im Alter. [Oral health, dental state and nutrition in older adults.]. Z Gerontol Geriatr 2005; 38 (5): 334-41.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Muller MJ, Asbeck I, Mast M, Langnase K, Grund A. Prevention of obesity--more than an intention. Concept and first results of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). Int J Obes Relat Metab Disord 2001; 25 (Suppl 1): S66-S74.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Munakata M, Honma H, Akasi M, Araki T, Kawamura T, Kubota M, Yokokawa T, Maruhashi A, Toyonaga T. Japanese study to organize proper lifestyle modifications for metabolic syndrome (J-STOP-MetS): design and method. Vasc Health Risk Manag 2008; 4 (2): 415-20.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Studie zur Wirksamkeit der Ernährungsberatung

Murray DM, Kurth C, Mullis R, Jeffery RW. Cholesterol reduction through low-intensity interventions: results from the Minnesota Heart Health Program. Prev Med 1990; 19 (2): 181-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Müller E. Praktische Diätetik in der Pädiatrie. Heilbronn: SPS Publications, 2003. S. 76-126.
Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Nasser R, Cook SL, Dorsch KD, Haennel RG. Comparison of two nutrition education approaches to reduce dietary fat intake and serum lipids reveals registered dietitians are effective at disseminating information regardless of the educational approach. J Am Diet Assoc 2006; 106 (6): 850-9.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

National Institutes of Health (NIH). Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults--The Evidence Report. National Institutes of Health. Obes Res 1998; 6 (Suppl 2): 51S-209S.
Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

National Kidney Foundation (NKF). Adult guidelines, maintenance dialysis.
www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines/nut_a07.html.
Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

National Kidney Foundation (NKF). Adult guidelines, maintenance dialysis.
www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines/nut_a15.html.
Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

National Kidney Foundation (NKF). Adult guidelines, maintenance dialysis.
www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines/nut_a16.html.
Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

National Kidney Foundation (NKF). Adult guidelines, maintenance dialysis.
www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines/nut_a17.html.
Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

National Kidney Foundation (NKF). Adult guidelines, maintenance dialysis.
www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines/nut_a18.html.
Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

National Kidney Foundation (NKF). Adult guidelines, maintenance dialysis.
www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines/nut_a19.html.
Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

National Kidney Foundation (NKF). Adult guidelines, maintenance dialysis.
www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines/nut_a20.html.
Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

National Kidney Foundation (NKF). Adult guidelines, maintenance dialysis.
www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines/nut_a23.html.
Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

National Kidney Foundation (NKF). Adult guidelines, maintenance dialysis.
www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines/nut_a24.html.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

National Kidney Foundation (NKF). Adult guidelines, maintenance dialysis.
www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines/nut_a25.html.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

National Kidney Foundation (NKF). Appendice (Adult guidelines).

www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines/nut_appx04a.html.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Nawaz H, Katz DL. American College of Preventive Medicine Practice Policy statement. Weight management counseling of overweight adults. Am J Prev Med 2001; 21 (1): 73-8.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Neaton JD, Broste S, Cohen L, Fishman EL, Kjelsberg MO, Schoenberger J. The multiple risk factor intervention trial (MRFIT). VII. A comparison of risk factor changes between the two study groups. Prev Med 1981; 10 (4): 519-43.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Neily JB, Toto KH, Gardner EB, Rame JE, Yancy CW, Sheffield MA, Dries DL, Drazner MH. Potential contributing factors to noncompliance with dietary sodium restriction in patients with heart failure. Am Heart J 2002; 143 (1): 29-33.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Nelson M, Lean MEJ, Connor H, Thomas BJ, Lord K, Hartland B, Waldron S, McGough N, Walker L, Ryan A, Start K. Survey of dietetic provision for patients with diabetes. Diabet Med 2000; 17 (8): 565-71.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Nemet D, Barkan S, Epstein Y, Friedland O, Kowen G, Eliakim A. Short- and long-term beneficial effects of a combined dietary-behavioral-physical activity intervention for the treatment of childhood obesity. Pediatrics 2005; 115 (4): e443-e449.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Ness AR, Ashfield-Watt PA, Whiting JM, Smith GD, Hughes J, Burr ML. The long-term effect of dietary advice on the diet of men with angina: the diet and angina randomized trial. J Hum Nutr Diet 2004; 17 (2): 117-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Nevett G, Nagel C, Elseviers MM, Lindley EJ. Provision of dietary advice in selected centres across Europe. EDTNA-ERCA Journal 2000; 26 (4): 22-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Neyses L, Dorst K, Michaelis J, Berres M, Philipp T, Distler A, Losse H, Vetter H, Epstein FH, Vetter W. Compliance with salt restriction as a limiting factor in the primary prevention of hypertension. J Hypertens Suppl 1985; 3 (1): S87-S90.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Nield L, Summerbell CD, Hooper L, Whittaker V, Moore H. Dietary advice for the prevention of type 2 diabetes mellitus in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; (3): CD005102.pub2.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Nield L, Moore HJ, Hooper L, Cruickshank JK, Vyas A, Whittaker V, Summerbell CD. Dietary advice for treatment of type 2 diabetes mellitus in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; (3): CD004097.pub4.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Nielsen GL, Faarvang KL, Thomsen BS, Teglbjaerg KL, Jensen LT, Hansen TM, Lervang HH, Schmidt EB, Dyerberg J, Ernst E. The effects of dietary supplementation with n-3 polyunsaturated fatty acids in patients with rheumatoid arthritis: a randomized, double blind trial. Eur J Clin Invest 1992; 22 (10): 687-91.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Niggemann B, Kleine-Tebbe J, Saloga J, Sennekamp J, Vieluf I, Vieths S, Werfel T, Jäger L. Standardisierung von oralen Provokationstests bei IgE-vermittelten Nahrungsmittelallergien. Allergologie 2000; 23 (11): 564-71.

Stellungnahme Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Niggemann B, Kleine-Tebbe J, Saloga J, Sennekamp J, Vieluf I, Vieths S, Werfel T, Jäger L. Standardisierung von oralen Provokationstests bei IgE-vermittelten Nahrungsmittelallergien. Positionspapier der AG Nahrungsmittelallergie der DGAI. Allergo J 1998; 7: 45-50.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

NIH Consensus Development Panel. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. JAMA 2001; 285 (6): 785-95.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Oehler

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Niinikoski H, Lagström H, Jokinen E, Siltala M, Rönnemaa T, Viikari J, Raitakari OT, Jula A, Marniemi J, Näntö Salonen K, Simell O. Impact of repeated dietary counseling between infancy and 14 years of age on dietary intakes and serum lipids and lipoproteins: the STRIP study. Circulation 2007; 116 (9): 1032-40.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Nilsson PM, Lindholm LH, Schersten BF. Life style changes improve insulin resistance in hyperinsulinaemic subjects: a one-year intervention study of hypertensives and normotensives in Dalby. J Hypertens 1992; 10 (9): 1071-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Nishida C, Uauy R, Kumanyika S, Shetty P. The joint WHO/FAO expert consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: process, product and policy implications. Public Health Nutr 2004; 7 (1A): 245-50.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Nobili V, Marcellini M, Devito R, Ciampalini P, Piemonte F, Comparcola D, Sartorelli MR, Angulo P. NAFLD in children: a prospective clinical-pathological study and effect of

lifestyle advice. *Hepatology* 2006; 44 (2): 458-65.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Nordevang E, Ikkala E, Callmer E, Hallstrom L, Holm LE. Dietary intervention in breast cancer patients: effects on dietary habits and nutrient intake. *Eur J Clin Nutr* 1990; 44 (9): 681-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Nordevang E, Callmer E, Marmur A, Holm LE. Dietary intervention in breast cancer patients: effects on food choice. *Eur J Clin Nutr* 1992; 46 (6): 387-96.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Norman HA, Butrum RR, Feldman E, Heber D, Nixon D, Picciano MF, Rivlin R, Simopoulos A, Wargovich MJ, Weisburger EK, Zeisel SH. The role of dietary supplements during cancer therapy. *J Nutr* 2003; 133 (11 Suppl 1): 3794S-9S.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Norris SL, Zhang X, Avenell A, Gregg E, Schmid CH, Lau J. Long-term non-pharmacological weight loss interventions for adults with prediabetes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005; (2): CD005270.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Nowicka P. Dietitians and exercise professionals in a childhood obesity treatment team. *Acta Paediatr* 2005; 94 (448 Suppl): 23-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Nunn E, King B, Smart C, Anderson D. A randomized controlled trial of telephone calls to young patients with poorly controlled type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes* 2006; 7 (5): 254-79.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Oehler G, Lasch HG. Hyperurikämie und Gicht. [Hyperuricemia and gout]. *Med Welt* 1980; 31 (16): 575-81.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Oehler

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Oehlrich N, Oehlrich M. Behandlung von Krebs. <http://www.krebs-kompass.de/>, Zugriff am 17.01.2006.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Oesterreich D, Ziller S. Präventionsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde - wichtige Krankheitsbilder und deren oralprophylaktischer Zugang. In: **Kirch W, Badura B (Eds):** Prävention. Heidelberg, New York: Springer, 2005. S. 564.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Oldroyd JC, Unwin NC, White M, Mathers JC, Alberti KG. Randomised controlled trial evaluating lifestyle interventions in people with impaired glucose tolerance. *Diabetes Res Clin Pract* 2006; 72 (2): 117-27.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Oldroyd JC, Unwin NC, White M, Imrie K, Mathers JC, Alberti KG. Randomised controlled trial evaluating the effectiveness of behavioural interventions to modify cardiovascular risk factors in men and women with impaired glucose tolerance: outcomes at 6 months. *Diabetes*

Res Clin Pract 2001; 52 (1): 29-43.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz, Prävention

Olsen J, Willaing I, Ladelund S, Jorgensen T, Gundgaard J, Sorensen J. Cost-effectiveness of nutritional counseling for obese patients and patients at risk of ischemic heart disease. Int J Technol Assess Health Care 2005; 21 (2): 194-202.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Olson DL, Schwenk WF. Nutrition for patients with cystic fibrosis. Nutr Clin Pract 2004; 19 (6): 575-80.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD health data 2003.

http://www.oecd.org/document/44/0,2340,en_2649_34631_2085228_1_1_1_1,00.html,

Zugriff am 10.01.2006.

Stellungnahme Ernährungsberatung Charisius

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Ornish D. Avoiding revascularization with lifestyle changes: The Multicenter Lifestyle Demonstration Project. Am J Cardiol 1998; 82 (10B): 72T-6T.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Ornish D, Brown SE, Scherwitz LW, Billings JH, Armstrong WT, Ports TA, McLanahan SM, Kirkeeide RL, Brand RJ, Gould KL. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. Lancet 1990; 336 (8708): 129-33.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Padilla GV. Psychological aspects of nutrition and cancer. Surg Clin North Am 1986; 66 (6): 1121-35.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Padwal R, Li SK, Lau DC. Long-term pharmacotherapy for overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Obes Relat Metab Disord 2003; 27 (12): 1437-46.

Stellungnahme Ernährungsberatung Charisius

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Palm B, Dockter G. "Eine Reise durch den Verdauungstrakt" - Schulungskonzept für Kinder mit Mukoviszidose. Ernährungs-Umschau 2000; 47 (2): 101-6.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Palm B, Dockter G. Ernährungssituation bei Mukoviszidose. Ergebnisse einer multizentrischen Studie. Ernährungs-Umschau 2003; 50 (3): 176-7.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Pan XR, Li GW, Hu YH, Wang JX, Yang WY, An ZX, Hu ZX, Lin J, Xiao JZ, Cao HB, Liu PA, Jiang XG, Jiang YY, Wang JP, Zheng H, Zhang H, Bennett PH, Howard BV. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da

Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 1997; 20 (4): 537-44.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Pan XR, Hu YH, Li GW, Liu PA, Bennett PH, Howard BV. Impaired glucose tolerance and its relationship to ECG-indicated coronary heart disease and risk factors among Chinese. Da Qing IGT and diabetes study. *Diabetes Care* 1993; 16 (1): 150-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Studie zur Wirksamkeit der Ernährungsberatung

Pangrazi RP, Beighle A, Vehige T, Vack C. Impact of Promoting Lifestyle Activity for Youth (PLAY) on children's physical activity. *J Sch Health* 2003; 73 (8): 317-21.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Parsons JK, Newman VA, Mohler JL, Pierce JP, Flatt S, Marshall J. Dietary modification in patients with prostate cancer on active surveillance: a randomized, multicentre feasibility study. *BJU Int* 2008; 101 (10): 1227-31.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Paton NI, Chua YK, Earnest A, Chee CB. Randomized controlled trial of nutritional supplementation in patients with newly diagnosed tuberculosis and wasting. *Am J Clin Nutr* 2004; 80 (2): 460-5.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Paul C. Ernährung und Krebs – Was kann die Diätberatung leisten? *Aktuel Ernaehr Med* 2001; 26: 153-9.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Perez-Escamilla R, Hromi-Fiedler A, Vega-Lopez S, Bermudez-Millan A, Segura-Perez S. Impact of peer nutrition education on dietary behaviors and health outcomes among Latinos: a systematic literature review. *J Nutr Educ Behav* 2008; 40 (4): 208-25.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Perry C, Lytle LA, Feldman H, Nicklas T, Stone E, Zive M, Garceau A, Kelder SH. Effects of the child and adolescent trial for cardiovascular health (CATCH) on fruit and vegetable intake. *J Nutr Educ* 1998; 30 (6): 354-60.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Perry CL, Bishop DB, Taylor G, Murray DM, Mays RW, Dudovitz BS, Smyth M, Story M. Changing fruit and vegetable consumption among children: the 5-a-Day Power Plus program in St. Paul, Minnesota. *Am J Public Health* 1998; 88 (4): 603-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Persson CR, Johansson BB, Sjoden PO, Glimelius BL. A randomized study of nutritional support in patients with colorectal and gastric cancer. *Nutr Cancer* 2002; 42 (1): 48-58.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Peterson KE, Sorensen G, Pearson M, Hebert JR, Gottlieb BR, McCormick MC. Design of an intervention addressing multiple levels of influence on dietary and activity patterns of low-income, postpartum women. *Health Educ Res* 2002; 17 (5): 531-40.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Pfahl M. Diagnostische Kriterien des Diabetes mellitus und der gestörten Glukosetoleranz. In: **Schatz H (Eds).** Diabetologie kompakt / Grundlagen und Praxis, 3. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme, 2004. S. 21-34.

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Pfizer Pharma GmbH. Rheumatoide Arthritis. Definition und Häufigkeit (Stand 2005).

http://www.rheuma-info.de/krankheitsbilder_neu/arthritis/definition.htm, Zugriff am 17.01.2006.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Phillips F. Nutrition and pre-school children. Nutrition Bulletin 2004; 29 (1): 64-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Phinney SD. Metabolism of exogenous and endogenous arachidonic acid in cancer. Adv Exp Med Biol 1996; 399: 87-94.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Pi-Sunyer X, Blackburn G, Brancati FL, Bray GA, Bright R, Clark JM, Curtis JM, Espeland MA, Foreyt JP, Graves K, Haffner SM, Harrison B, Hill JO, Horton ES, Jakicic J, Jeffery RW, Johnson KC, Kahn S, Kelley DE, Kitabchi AE, Knowler WC, Lewis CE, Maschak-Carey BJ, Montgomery B, Nathan DM, Patricio J, Peters A, Redmon JB, Reeves RS, Ryan DH, Safford M, Van DB, Wadden TA, Wagenknecht L, Wesche-Thobaben J, Wing RR, Yanovski SZ. Reduction in weight and cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes: one-year results of the look AHEAD trial. Diabetes Care 2007; 30 (6): 1374-83.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Pierce JP, Faerber S, Wright FA, Newman V, Flatt SW, Kealey S, Rock CL, Hryniuk W, Greenberg ER. Feasibility of a randomized trial of a high-vegetable diet to prevent breast cancer recurrence. Nutr Cancer 1997; 28 (3): 282-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: aktuellere Publikation (Pierce_2007) in Bewertung einbezogen

Pierce JP, Natarajan L, Sun S, Al Delaimy W, Flatt SW, Kealey S, Rock CL, Thomson CA, Newman VA, Ritenbaugh C, Gold EB, Caan BJ, Women's Healthy Eating and Living Study Group. Increases in plasma carotenoid concentrations in response to a major dietary change in the women's healthy eating and living study. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006; 15 (10): 1886-92.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Pietrobelli A, Nunez C, Zingaretti G, Battistini N, Morini P, Wang ZM, Yasumura S, Heymsfield SB. Assessment by bioimpedance of forearm cell mass: a new approach to calibration. Eur J Clin Nutr 2002; 56 (8): 723-8.

Stellungnahme Ernährungsberatung Charisius

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Pignone MP, Ammerman A, Fernandez L, Orleans CT, Pender N, Woolf S, Lohr KN, Sutton S. Counseling to promote a healthy diet in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Am J Prev Med 2003; 24 (1): 75-92.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Pirlich M, Schwenk A, Müller MJ. DGEM-Leitlinie Enterale Ernährung: Ernährungsstatus. [DGEM Guidelines Enteral Nutrition: Nutritional Status]. *Aktuel Ernaehr Med* 2003; 28 (Suppl 1): 10-25.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM);

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Pirlich M, Schütz T, Norman K, Gastell H, Lübke S, Bischoff U, Bolder T, Frieling H, Güldenzoph H, Hahn K, Jauch KW, Schindler K, Stein J, Volkert D, Weimann A, Werner H, Wolf C, Zürcher G, Bauer P, Lochs H. The German hospital malnutrition study. *Clin Nutr* (submitted) 2006.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Plachta Danielzik S, Pust S, Asbeck I, Czerwinski Mast M, Langnäse K, Fischer C, Bosy Westphal A, Kriwy P, Müller MJ. Four-year follow-up of school-based intervention on overweight children: the KOPS study. *Obesity* (Silver Spring, Md) 2007; 15 (12): 3159-69.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Polito JM, Childs B, Mellits ED, Tokayer AZ, Harris ML, Bayless TM. Crohn's disease: influence of age at diagnosis on site and clinical type of disease. *Gastroenterology* 1996; 111 (3): 580-6.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Poskitt EM. Defining childhood obesity: the relative body mass index (BMI). European Childhood Obesity group. *Acta Paediatr* 1995; 84 (8): 961-3.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Posselt HG, Smaczny C, Stern M. Mukoviszidose (Cystische Fibrose): Ernährung und exokrine Pankreasinsuffizienz, Stand Juli 2005. <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/068-020.htm>, Zugriff am 23.01.2006.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Prentice RL, Caan B, Chlebowski RT, Patterson R, Kuller LH, Ockene JK, Margolis KL, Limacher MC, Manson JE, Parker LM, Paskett E, Phillips L, Robbins J, Rossouw JE, Sarto GE, Shikany JM, Stefanick ML, Thomson CA, Van Horn L, Vitolins MZ, Wactawski-Wende J, Wallace RB, Wassertheil-Smoller S, Whitlock E, Yano K, Adams-Campbell L, Anderson GL, Assaf AR, Beresford SAA, Black HR, Brunner RL, Brzyski RG, Ford L, Gass M, Hays J, Heber D, Heiss G, Hendrix SL, Hsia J, Hubbell FA, Jackson RD, Johnson KC, Kotchen JM, LaCroix AZ, Lane DS, Langer RD, Lasser NL, Henderson MM. Low-fat dietary pattern and risk of invasive breast cancer: The Women's Health Initiative randomized controlled dietary modification trial. *Journal of the American Medical Association* 2006; 295 (6): 629-42.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Pritchard DA, Hyndman J, Taba F. Nutritional counselling in general practice: a cost effective analysis. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53 (5): 311-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Pudel V. Zahngesunde Ernährung. In: **Allhoff PJ, Leidel J, Ollenschläger G, Voigt P (Eds)**. Präventivmedizin - Praxis, Methoden, Arbeitshilfen. Kapitel 03.17 (Springer Loseblatt Systeme). Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2002. S. 13.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Putz B, Attin T. Die Prävalenzen von Erosionen. [Prevalence of dental erosions]. Dtsch Zahnärztl Z 2002; 57 (11): 637-43.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Qian J, Wang B, Dawkins N, Gray A, Pace RD. Reduction of risk factors for cardiovascular diseases in African Americans with a 12-week nutrition education program. Nutrition Research 2007; 27 (5): 252-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Qublan HS, Yannakoula EK, Al Qudah MA, El Uri FI. Dietary intervention versus metformin to improve the reproductive outcome in women with polycystic ovary syndrome. A prospective comparative study. Saudi Medical Journal 2007; 28 (11): 1694-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Rabast U. Ernährungstherapie beim Kurzdarmsyndrom. Aktuel Ernaehr Med 1997; 22: 103-11.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Rabast

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Rabast U. Kurzdarmsyndrom – eine Analyse bei 17 Patienten. Aktuel Ernaehr Med 2002; 27: 23-8.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Rabast

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Rahn A. Ernährungstherapie bei Tumorpatienten. Im Focus Onkologie 2001; 5: 43-6.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Rathmann W. Ergebnisse der Bevölkerungsstudie in der Region Augsburg (KORA-Survey 2000) zur Häufigkeit des unentdeckten Diabetes mellitus. www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Ratzmann KP (Eds). Diabetologische Praxis - Leitfaden für den niedergelassenen Arzt. Mainz: Kirchheim, 1993.

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Cancer: disease and nutrition are key determinants of patients' quality of life. Support Care Cancer 2004; 12 (4): 246-52.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Camilo ME. Does nutrition influence quality of life in cancer patients undergoing radiotherapy? Radiother Oncol 2003; 67 (2): 213-20.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Ravasco P, Camilo M. Patient-centered outcomes in cancer: Nutrition makes a real difference! *Current Nutrition and Food Science* 2006; 2 (2): 193-203.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Read A, Ramwell H, Strorer H, Webber J. A primary care intervention programme for obesity and coronary heart disease risk factor reduction. *Br J Gen Pract* 2004; 54 (501): 272-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Reader D, Splett P, Gunderson EP, Diabetes Care and Education Dietetic Practice Group. Impact of gestational diabetes mellitus nutrition practice guidelines implemented by registered dietitians on pregnancy outcomes. *J Am Diet Assoc* 2006; 106 (9): 1426-33.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Reid R, Fodor G, Lydon-Hassen K, D'Angelo MS, McCrea J, Bowlby M, Difrancesco L. Dietary counselling for dyslipidemia in primary care: results of a randomized trial. *Can J Diet Pract Res* 2002; 63 (4): 169-75.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Reinehr T, Temmesfeld M, Kersting M, de Sousa G, Toschke AM. Four-year follow-up of children and adolescents participating in an obesity intervention program. *Int J Obes (Lond)* 2007; 31 (7): 1074-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Reinhardt D, Götz M, Kraemer R, Schoeni MH. Ernährung bei cystischer Fibrose. In: **Reinhardt D (Eds):** Cystische Fibrose. Berlin: Springer, 2001.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Reinhardt D, Götz M, Kraemer R, Schoeni MH. Gastrointestinale Manifestationen. In: **Reinhardt D (Eds):** Cystische Fibrose. Berlin: Springer, 2001.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Reinhardt D, Götz M, Kraemer R, Schoeni MH. Pankreasmanifestationen. In: **Reinhardt D (Eds):** Cystische Fibrose. Berlin: Springer, 2001.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Renz H, Becker WM, Bufe A, Kleine-Tebbe J, Raulf-Heimsoth M, Saloga J, Werfel T, Worm M. In-vitro Allergiediagnostik. *Allergo J* 2002; 11 (8): 492-506.

Stellungnahme Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Resnicow K, Cohn L, Reinhardt J, Cross D, Futterman R, Kirschner E, Wynder EL, Allegrante JP. A three-year evaluation of the know your body program in inner-city schoolchildren. *Health Educ Q* 1992; 19 (4): 463-80.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Rheuma-Zentrum St. Willibrord-Spital. Krankheit "Rheuma". <http://www.rheuma-zentrum.com/Rzan-kr.htm>. Zugriff am 17.01.2006.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Richardson CR, Brown BB, Foley S, Dial KS, Lowery JC. Feasibility of adding enhanced pedometer feedback to nutritional counseling for weight loss. J Med Internet Res 2005; 7 (5): e56.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Richter B, Götzinger R. Asthma ohne Angst. Überarb. Neuauflage. Mainz: Kirchheim, 1998. S. 39ff.

Stellungnahme Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Robert Koch Institut (RKI), Arbeitsgemeinschaft bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland. Krebs in Deutschland. Erscheinungsdatum 01.04.2004. Saarbrücken: RKI, 2004.

http://www.rki.de/cln_011/nn_225840/DE/Content/GBE/DachdokKrebs/KrebsDownloads/kid2004_.html_nnn=true, Zugriff am 12.12.2005.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Robert Koch Institut (RKI). Krebsneuerkrankungen in Deutschland. http://www.rki.de/cln_006/nn_226994/DE/Content/GBE/DachdokKrebs/Datenbankabfragen/Neuerkrankungen/neuerkrankungen_node.html_nnn=true, Zugriff am 17.01.2006.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Robien K, Levin R, Pritchett E, Otto M. American Dietetic Association: standards of practice and standards of professional performance for registered dietitians (generalist, specialty, and advanced) in oncology nutrition care. J Am Diet Assoc 2006; 106 (6): 946-51.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Robinson TN. Can a school - based intervention to reduce television use decrease adiposity in children in grades 3 and 4 ? West J Med 2000; 173 (1): 40.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Roche HM. Fatty acids and the metabolic syndrome. Proc Nutr Soc 2005; 64 (1): 23-9.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Rock CL, Demark-Wahnefried W. Nutrition and survival after the diagnosis of breast cancer: a review of the evidence. J Clin Oncol 2002; 20 (15): 3302-16.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Roderick P, Ruddock V, Hunt P, Miller G. A randomized trial to evaluate the effectiveness of dietary advice by practice nurses in lowering diet-related coronary heart disease risk. Br J Gen Pract 1997; 47 (414): 7-12.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Rodondi N, Humair J-P, Ghali WA, Ruffieux C, Stoianov R, Seematter-Bagnoud L, Stalder H, Pecoud A, Cornuz J. Counselling overweight and obese patients in primary care: A prospective cohort study. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2006; 13 (2): 222-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Ross PJ, Ashley S, Norton A, Priest K, Waters JS, Eisen T, Smith IE, O'Brien ME. Do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing chemotherapy for lung cancers? *Br J Cancer* 2004; 90 (10): 1905-11.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Rössner S. Factors determining the long term outcome of obesity treatment. In: **Björntorp P, Brodoff BN (Eds):** Obesity. Philadelphia: Lippincott, 1992. S. 712-9.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Rupp A, Burgard P. Comparison of different indices of dietary control in phenylketonuria. *Acta Paediatr* 1995; 84 (5): 521-7.

Stellungnahme Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Stoffwechselstörungen (APS);

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Koch

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Russell M, Stieber M, Brantley S, Freeman AM, Lefton J, Malone AM, Roberts S, Skates J, Young LS. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) and American Dietetic Association (ADA): standards of practice and standards of professional performance for registered dietitians (generalist, specialty, and advanced) in nutrition support. *Nutr Clin Pract* 2007; 22 (5): 558-86.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Russell M, Stieber M, Brantley S, Freeman AM, Lefton J, Malone AM, Roberts S, Skates J, Young LS. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition and American Dietetic Association: Standards of Practice and Standards of Professional Performance for Registered Dietitians (generalist, specialty, and advanced) in Nutrition Support. *J Am Diet Assoc* 2007; 107 (10): 1815-22.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Russo PA, Mitchell GA, Tanguay RM. Tyrosinemia: a review. *Pediatr Dev Pathol* 2001; 4 (3): 212-21.

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Ryan S. Nutrition and the rheumatoid patient. *Br J Nurs* 1995; 4 (3): 132-6.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Sacerdote C, Fiorini L, Rosato R, Audenino M, Valpreda M, Vineis P. Randomized controlled trial: effect of nutritional counselling in general practice. *Int J Epidemiol* 2006; 35 (2): 409-15.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Sadler R. Vitamin D therapy in patients with chronic renal disease: The role of the renal dietitian. *Adv Ren Replace Ther* 2000; 7 (4): 358-64.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Sahota P, Rudolf MC, Dixey R, Hill AJ, Barth JH, Cade J. Evaluation of implementation and effect of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *BMJ* 2001; 323 (7320): 1027-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Salminen M, Vahlberg T, Ojanlatva A, Kivelä SL. Effects of a controlled family-based health education/counseling intervention. *Am J Health Behav* 2005; 29 (5): 395-406.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Sambrook PN, Spector TD, Seeman E, Bellamy N, Buchanan RR, Duffy DL, Martin NG, Prince R, Owen E, Silman AJ. Osteoporosis in rheumatoid arthritis. A monozygotic co-twin control study. *Arthritis Rheum* 1995; 38 (6): 806-9.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Sauve RS, Geggie JH. The role of the dietician in the follow-up of high risk infants. *J Can Diet Assoc* 1989; 50 (1): 46-50.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Schatzkin A, Lanza E, Corle D, Lance P, Iber F, Caan B, Shike M, Weissfeld J, Burt R, Cooper MR, Kikendall JW, Cahill J. Lack of effect of a low-fat, high-fiber diet on the recurrence of colorectal adenomas. Polyp Prevention Trial Study Group. *N Engl J Med* 2000; 342 (16): 1149-55.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Schauder P (Eds). Ernährung und Tumorerkrankungen. München: Karger, 1991. S. 1-701

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Schäfer T. Allergieprävention. Evidenzbasierte und konsenterte Leitlinie des Aktionsbündnisses Allergieprävention (Kurzfassung). *Allergo J* 2004; 13: 252-60.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Scheewe S, Petermann F, Stachow R. Patientenschulung bei Psoriasis im Kindes- und Jugendalter - ein neues Konzept. *Derm* 1997; 3: 478-89.

Stellungnahme Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Scheier MF, Helgeson VS, Schulz R, Colvin S, Berga SL, Knapp J, Gerszten K.

Moderators of interventions designed to enhance physical and psychological functioning among younger women with early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2007; 25 (36): 5710-4.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Scherbaum WA, Kiess W, Hauner H, Hamann A, Husemann B, Liebermeister H, Wabitsch M, Westenhöfer J, Wiegand-Glebinski W, Wirth A, Wolfram G. Adipositas und Diabetes mellitus. Praxis-Leitlinie der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. *Ernährungs-Umschau* 2005; 52 (6): 220-5.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Scheutzel P. Anorexie und Bulimie aus zahnärztlicher Sicht. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1994.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Schiffner U, Micheelis W, Reich E. Erosionen und keilförmige Defekte bei deutschen Erwachsenen und Senioren. [Erosions and wedge-shaped lesions in German adults and senior citizens]. Dtsch Zahnärztl Z 2002; 57 (2): 102-6.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Schiffner U, Reich E. Prävalenzen zu ausgewählten klinischen Variablen bei den Erwachsenen (35-44 Jahre). In: **Institut der Deutschen Zahnärzte (Eds):** Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1999. S. 247 und 268.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Schlierf G, Schuler G, Hambrecht R, Niebauer J, Hauer K, Vogel G, Kubler W. Treatment of coronary heart disease by diet and exercise. J Cardiovasc Pharmacol 1995; 25 (Suppl 4): S32-S34.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Scholz GH, Flehmig G, Scholz M, Klepzig Y, Gutknecht D, Kellner K, Rademacher C, Oberritter H, Hauner H. Evaluation des DGE-Selbsthilfeprogramms „Ich nehme ab“. Teil1: Gewichtsverlust, Ernährungsmuster und Akzeptanz nach einjähriger beratungsgestützter Intervention bei übergewichtigen Personen. Ernährungs-Umschau 2005; 52 (6): 226-31.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Schulze J, Verlohren HJ, Hahnefeld M, Scholz GH, Rothe U, Krug J, Breuer HWM, Weck M, Otto H, Krumpolt C. Diabetes mellitus Typ 2. Sächsische Leitlinie, 9. Aufl. Fachkommission Diabetes Sachsen, 2002.

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Schwandt P. Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen in der hausärztlichen Praxis, (Stand 2004). <http://www.lipid-liga.de/inhalt/empfehlungen.htm>, Zugriff am 17.01.2006.

Stellungnahme Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Schwandt P, Richter WO. Fettstoffwechselstörungen. Praktische Ratschläge zu Ernährungsumstellung und Pharmakotherapie. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1992.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Schwartz RP, Hamre R, Dietz WH, Wasserman RC, Slora EJ, Myers EF, Sullivan S, Rockett H, Thoma KA, Dumitru G, Resnicow KA. Office-based motivational interviewing to prevent childhood obesity: a feasibility study. Arch Pediatr Adolesc Med 2007; 161 (5): 495-501.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Schwarz M, Wendel U. Erwachsene mit angeborenen Stoffwechselkrankheiten - eine neue Herausforderung für die Innere Medizin (Teil 1). [Inborn Errors of Metabolism (IEM) in Adults. A New Challenge to Internal Medicine (Part 1)]. Med Klin 2005; 100 (9): 547-52.

Stellungnahme Ambulanz für Angeborene Stoffwechselkrankheiten im Erwachsenenalter, Universität Düsseldorf

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Schwarz M, Wendel U. Erwachsene mit angeborenen Stoffwechselkrankheiten - eine neue Herausforderung für die Innere Medizin (Teil 1). [Inborn Errors of Metabolism (IEM) in Adults. A New Challenge to Internal Medicine (Part 2)]. Med Klin 2005; 100 (10): 624-35.

Stellungnahme Ambulanz für Angeborene Stoffwechselkrankheiten im Erwachsenenalter, Universität Düsseldorf

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Schwarz M, Berger M. Kohlenhydratstoffwechsel und Glykogenosen. In: **Strohmeyer G, Stremmel, Niederau (Eds).** Angeborene Stoffwechselerkrankungen. Genetik - Pathophysiologie - Klinik - Diagnostik- Therapie. Landsberg/Lech: Ecomed. 2002, S. 13-52.

Stellungnahme Ambulanz für Angeborene Stoffwechselkrankheiten im Erwachsenenalter, Universität Düsseldorf

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Schwarz M, Harms E, Wendel U, Berger M, Abholz HH. Stoffwechselkrankheiten im Säuglingsalter: Ignoranz im Erwachsenenalter. Dtsch Arztebl 2002; 99 (30): A 2030-A 2032.

Stellungnahme Ambulanz für Angeborene Stoffwechselkrankheiten im Erwachsenenalter, Universität Düsseldorf

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Schwarz M. Versorgung der nicht-lysosomalen Stoffwechselerkrankungen bei Erwachsenen - Notwendigkeiten und Kosten. In: **Strohmeyer G et al. (Eds).** Angeborene Stoffwechselerkrankungen. Publikationsmanuskript (im Druck).

Stellungnahme Ambulanz für Angeborene Stoffwechselkrankheiten im Erwachsenenalter, Universität Düsseldorf

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Schwarz S, Leweling H. Multiple Sklerose und Ernährung. [Diet and multiple sclerosis]. Nervenarzt 2005; 76 (2): 131-42.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Schweitzer-Krantz S. Early diagnosis of inherited metabolic disorders towards improving outcome: the controversial issue of galactosaemia. Eur J Pediatr 2003; 162 (Suppl 1): S50-S53.

Stellungnahme Elterninitiative Galaktosämie e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Obesity in Scotland. Integrating prevention with weight management. Edinburgh: SIGN, 1996.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Scriver CR (Eds). The metabolic and molecular basis of inherited diseases. 8th edition. New York: McGraw-Hill, 2000.

Stellungnahme Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Stoffwechselstörungen (APS);

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Koch

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Scriver CR, Kaufman S. Hyperphenylalaninemia: Phenylalanine Hydroxylase Deficiency. In: **Scriver CR, Beaudet AL, Valle D, Sly WS, Vogelstein B, Childs B, Kinzler KW (Online Eds):** The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease. Part 8 Amino Acids, Chapter 77. New York: McGraw-Hill, 2001-2004.

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Sculati O, Bettoncelli G, Brignoli O, Corgatelli G, Ponti D, Rumi A, Zucchi A. La prevenzione efficace del sovrappeso e dell'obesità sul territorio, esperienza in Lombardia fra u.o. nutrizione del SIAN e medici di famiglia. [Efficient prevention of overweight and obesity in the experience of family practitioners and "nutrition units" of the public health system in Lombardy]. Ann Ig 2006; 18 (1): 41-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Seibel MJ, Stracke H. Metabolische Osteopathien. Stuttgart: Schattauer, 1997.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Oehler

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Semiz S, Bilgin UO, Bundak R, Bircan I. Summer camps for diabetic children: an experience in Antalya, Turkey. Acta Diabetol 2000; 37 (4): 197-200.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Senkal M, Dormann A, Stehle P, Shang E, Suchner U. Survey on structure and performance of nutrition-support teams in Germany. Clin Nutr 2002; 21 (4): 329-35.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Shankar S, Klassen AC, Garrett-Mayer E, Houts PS, Wang T, McCarthy M, Cain R, Zhang L. Evaluation of a nutrition education intervention for women residents of Washington, DC, public housing communities. Health Educ Res 2007; 22 (3): 425-37.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Sheard NF, Clark NG, Brand-Miller JC, Franz MJ, Pi-Sunyer FX, Mayer-Davis E, Kulkarni K, Geil P. Dietary carbohydrate (amount and type) in the prevention and management of diabetes: a statement by the American Diabetes Association. Diabetes Care 2004; 27 (9): 2266-71.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Siero FW, Broer J, Bemelmans WJ, Meyboom-de Jong BM. Impact of group nutrition education and surplus value of Prochaska-based stage-matched information on health-related cognitions and on Mediterranean nutrition behavior. Health Educ Res 2000; 15 (5): 635-47.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Sikand G, Kashyap ML, Wong ND, Hsu JC. Dietitian intervention improves lipid values and saves medication costs in men with combined hyperlipidemia and a history of niacin noncompliance. J Am Diet Assoc 2000; 100 (2): 218-24.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Sikand G, Kashyap ML, Yang I. Medical nutrition therapy lowers serum cholesterol and saves medication costs in men with hypercholesterolemia. J Am Diet Assoc 1998; 98 (8): 889-94.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Silman AJ. Scleroderma--demographics and survival. *J Rheumatol Suppl* 1997; 48 58-61.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Simkin-Silverman LR, Wing RR, Boraz MA, Kuller LH. Lifestyle intervention can prevent weight gain during menopause: results from a 5-year randomized clinical trial. *Ann Behav Med* 2003; 26 (3): 212-20.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Simmons D, Fleming C, Voyle J, Fou F, Feo S, Gatland B. A pilot urban church-based programme to reduce risk factors for diabetes among Western Samoans in New Zealand. *Diabet Med* 1998; 15 (2): 136-42.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Sinaasappel M, Stern M, Littlewood J, Wolfe S, Steinkamp G, Heijerman HG, Robberecht E, Doring G. Nutrition in patients with cystic fibrosis: a European Consensus. *J Cyst Fibros* 2002; 1 (2): 51-75.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Situnayake RD, Thurnham DI, Kootatsep S, Chirico S, Lunec J, Davis M, McConkey B. Chain breaking antioxidant status in rheumatoid arthritis: clinical and laboratory correlates. *Ann Rheum Dis* 1991; 50 (2): 81-6.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Skoldstam L, Larsson L, Lindstrom FJ. Effects of fasting and lactovegetarian diet in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1979; 8: 249-55.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Smith-Warner SA, Elmer PJ, Tharp TM, Fosdick L, Randall B, Gross M, Wood J, Potter JD. Increasing vegetable and fruit intake: randomized intervention and monitoring in an at-risk population. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2000; 9 (3): 307-17.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Snethen JA, Broome ME, Cashin SE. Effective weight loss for overweight children: a meta-analysis of intervention studies. *J Pediatr Nurs* 2006; 21 (1): 45-56.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Solomon CG, Manson JE. Obesity and mortality: a review of the epidemiologic data. *Am J Clin Nutr* 1997; 66 (4 Suppl): 1044S-50S.

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Somes GW, Kritchevsky SB, Shorr RI, Pahor M, Applegate WB. Body mass index, weight change, and death in older adults: the systolic hypertension in the elderly program. *Am J Epidemiol* 2002; 156 (2): 132-8.

Stellungnahme Ernährungsberatung Charisius

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Sorensen G, Thompson B, Glanz K, Feng Z, Kinne S, DiClemente C, Emmons K, Heimendinger J, Probart C, Lichtenstein E. Work site-based cancer prevention: primary results from the Working Well Trial. *Am J Public Health* 1996; 86 (7): 939-47.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Southard BH, Southard DR, Nuckolls J. Clinical trial of an Internet-based case management system for secondary prevention of heart disease. J Cardiopulm Rehabil 2003; 23 (5): 341-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Sperling RI, Weinblatt M, Robin JL, Ravalese J, III, Hoover RL, House F, Coblyn JS, Fraser PA, Spur BW, Robinson DR. Effects of dietary supplementation with marine fish oil on leukocyte lipid mediator generation and function in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1987; 30 (9): 988-97.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Sponer U, Adam O. Synovia-Analyse. Diagnostik und Analytik im Gelenkpunktat. Darmstadt: Hoppenstedt Bonnier, 2003

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Staehe HJ. Caries profunda - Behandlung / Versorgung des puopanahen Dentins. Wissenschaftliche Stellungnahme der Deutschen gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Dtsch Zahnärztl Z 1998; 53.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Staehe HJ, Strippel H. Kekse, Limo, Chips, Schokoriegel und Co. Zahnärztl Mitt 2004; (17): 32-6.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Standl E. Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2003. München: Deutsche Diabetes-Union, 2003.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Stang J, Taft BC, Flatt MM. Position of the American Dietetic Association: child and adolescent food and nutrition programs. J Am Diet Assoc 2006; 106 (9): 1467-75.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Stark LJ, Powers SW. Behavioral aspects of nutrition in children with cystic fibrosis. Curr Opin Pulm Med 2005; 11 (6): 539-42.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Statistisches Bundesamt (Eds). Spezialbericht Allergien (u.a. S. 87-92). Stuttgart: Statistisches Bundesamt, 2000.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Stefanick ML, Mackey S, Sheehan M, Ellsworth N, Haskell WL, Wood PD. Effects of diet and exercise in men and postmenopausal women with low levels of HDL cholesterol and high levels of LDL cholesterol. N Engl J Med 1998; 339 (1): 12-20.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Steigh C, Glassman PA, Fajardo F. Physician and dietitian prescribing of a commercially available oral nutritional supplement. Am J Manag Care 1998; 4 (4): 567-72.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Steinkamp G, Wiedemann B. Relationship between nutritional status and lung function in cystic fibrosis: cross sectional and longitudinal analyses from the German CF quality assurance (CFQA) project. *Thorax* 2002; 57 (7): 596-601.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Stern M, Sens B, Wiedemann B, Busse O, Damm G, Wenzlaff P. Analyse des Krankheitsverlaufs bei 1995 geborenen CF-Patienten. In: Qualitätssicherung Mukoviszidose - Überblick über den Gesundheitszustand der Patienten in Deutschland 2003. Hannover: Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, 2004. S. 86-97.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Stern M, Sens B, Wiedemann B, Busse O, Damm G, Wenzlaff P. Angaben zur Prozessqualität. In: Qualitätssicherung Mukoviszidose - Überblick über den Gesundheitszustand der Patienten in Deutschland 2004. Hannover: Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, 2005. S. 25-8.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Stern M, Sens B, Wiedemann B, Busse O, Damm G, Wenzlaff P. Qualitätsindikatoren als Prognosefaktoren für das weitere Überleben bei CF. In: Qualitätssicherung Mukoviszidose - Überblick über den Gesundheitszustand der Patienten in Deutschland 2003. Hannover: Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, 2004. S. 60.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Stern M, Sens B, Wiedemann B, Busse O, Damm G, Wenzlaff P. Qualitätsindikatoren als Prognosefaktoren für das weitere Überleben bei CF. Mortalität bis 2003 in Abhängigkeit von der medizinischen Situation im Jahre 1995. In: Qualitätssicherung Mukoviszidose - Überblick über den Gesundheitszustand der Patienten in Deutschland 2003. Hannover: Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, 2004. S. 61-7.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Stern M, Sens B, Wiedemann B, Busse O, Damm G, Wenzlaff P. Sonderauswertung Mortalität. In: Qualitätssicherung Mukoviszidose - Überblick über den Gesundheitszustand der Patienten in Deutschland 2003. Hannover: Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, 2004. S. 56-9.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Stern MP, Farquhar JW, McCoby N, Russell SH. Results of a two-year health education campaign on dietary behavior. *The Stanford Three Community Study. Circulation* 1976; 54 (5): 826-33.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Stevens VJ, Obarzanek E, Cook NR, Lee IM, Appel LJ, Smith West D, Milas NC, Mattfeldt-Beman M, Belden L, Bragg C, Millstone M, Raczynski J, Brewer A, Singh B, Cohen J. Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the Trials of Hypertension Prevention, phase II. *Ann Intern Med* 2001; 134 (1): 1-11.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Stolley MR, Fitzgibbon ML. Effects of an obesity prevention program on the eating behavior of African American mothers and daughters. *Health Educ Behav* 1997; 24 (2): 152-64.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Story M, Sherwood NE, Himes JH, Davis M, Jacobs DR, Jr., Cartwright Y, Smyth M, Rochon J. An after-school obesity prevention program for African-American girls: the Minnesota GEMS pilot study. *Ethn Dis* 2003; 13 (1 Suppl 1): S54-S64.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Stratton RJ, Green CJ, Elia M (Eds). Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. CABI Publishing, 2003.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Strukturkommission der Mukoviszidoseambulanzen Deutschland in Kooperation mit der Mukoviszidose e.V. Mukoviszidose-Versorgung in Deutschland. Strukturempfehlungen. Version vom 13.04.2005. Bonn: Mukoviszidose e. V., 2005.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Stuart WP, Broome ME, Smith BA, Weaver M. An integrative review of interventions for adolescent weight loss (Structured abstract). *J Sch Nurs* 2005; 21 (2): 77-85.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Summerbell CD, Cameron C, Glasziou PP. Advice on low-fat diets for obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; (3): CD003640.pub2.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005; (3): CD001871.pub2.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Sundaram A, Koutkia P, Apovian CM. Nutritional management of short bowel syndrome in adults. *J Clin Gastroenterol* 2002; 34 (3): 207-20.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Rabast

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT, keine Ernährungsberatung

Sutton D, Higgins B, Stevens JM. Continuous ambulatory peritoneal dialysis patients are unable to increase dietary intake to recommended levels. *J Ren Nutr* 2007; 17 (5): 329-35.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Suzuki M, West C, Beutler E. Large-scale molecular screening for galactosemia alleles in a pan-ethnic population. *Hum Genet* 2001; 109 (2): 210-5.

Stellungnahme Elterninitiative Galaktosämie e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Svetkey LP, Erlinger TP, Vollmer WM, Feldstein A, Cooper LS, Appel LJ, Ard JD, Elmer PJ, Harsha D, Stevens VJ. Effect of lifestyle modifications on blood pressure by race, sex, hypertension status, and age. *J Hum Hypertens* 2005; 19 (1): 21-31.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Sweetman L, Williams JC. Branched Chain Organic Acidurias. In: **Scriver CR, Beaudet AL, Valle D, Sly WS, Vogelstein B, Childs B, Kinzler KW (Online Eds):** The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease. Part 9 Organic acids, Chapter 93. New York: McGraw-Hill, 2001-2004.

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Tacha M. Empfindliche Zahnhäse. In: **Verein für Konsumenteninformation, Stiftung Warentest (Eds):** Zähne. Berlin: Stiftung Warentest, 2003. S. 22, 33-4.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Tacha M. Karies. Essen und trinken. In: **Verein für Konsumenteninformation, Stiftung Warentest (Eds):** Zähne. Berlin: Stiftung Warentest, 2003. S. 23, 32-6.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Tacha M. Karies. Essen und trinken. In: **Verein für Konsumenteninformation, Stiftung Warentest (Eds):** Zähne. Berlin: Stiftung Warentest, 2003. S. 23, 33-4.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Takahashi Y, Sasaki S, Okubo S, Hayashi M, Tsugane S. Blood pressure change in a free-living population-based dietary modification study in Japan. J Hypertens 2006; 24 (3): 451-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Takahashi Y, Sasaki S, Okubo S, Hayashi M, Tsugane S. Maintenance of a low-sodium, high-carotene and -vitamin C diet after a 1-year dietary intervention: the Hiraka dietary intervention follow-up study. Prev Med 2006; 43 (1): 14-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Tanas R, Marcolongo R, Pedretti S, Gilli G. A family-based education program for obesity: a three-year study. BMC Pediatr 2007; 7 33.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Tangalos EG. Congestive heart failure. Nutrition management for older adults. American Academy of Family Physicians, American Dietetic Association, Nutrition Screening Initiative. Leawood: NSI, 2002. http://www.aafp.org/PreBuilt/NSI_CHF.pdf, Zugriff am 11.10.2005.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Taylor CJ, Hardcastle J. Gut disease: Clinical manifestations, pathophysiology, current and new treatments. In: **Bush A, Alton EFWF, Davies JC, Griesenbach U, Jaffe A (Eds):** Cystic fibrosis in the 21st century. Basel: Karger, 2006. S. 232-41.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Thamm M. Blutdruck in Deutschland--Zustandsbeschreibung und Trends. [Blood pressure in Germany--current status and trends]. Gesundheitswesen 1999; 61 (Spec No): S90-S93.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Thompson RL, Summerbell CD, Hooper L, Higgins JPT, Little PS, Talbot D, Ebrahim S. Dietary advice given by a dietitian versus other health professional or self-help resources to

reduce blood cholesterol. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003; (3): CD001366.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Tieu J, Crowther CA, Middleton P. Dietary advice in pregnancy for preventing gestational diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; (2): CD006674.pub2.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Tilley BC, Glanz K, Kristal AR, Hirst K, Li S, Vernon SW, Myers R. Nutrition intervention for high-risk auto workers: results of the Next Step Trial. Prev Med 1999; 28 (3): 284-92.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Timlin MT, Shores KV, Reicks M. Behavior change outcomes in an outpatient cardiac rehabilitation program. J Am Diet Assoc 2002; 102 (5): 664-71.
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Tirosh A, Shai I, Tekes-Manova D, Israeli E, Pereg D, Shochat T, Kochba I, Rudich A. Normal fasting plasma glucose levels and type 2 diabetes in young men. N Engl J Med 2005; 353 (14): 1454-62.
Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Toeller M, Schumacher W. Ärztlicher Ratgeber: Richtig essen bei Diabetes. 1. Aufl. Baierbrunn: Wort & Bild, 2004.
Stellungnahme Dr. M. Toeller, Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Toeller M, Gries FA. Diabetes mellitus. In: **Biesalski HK, Fürst P, Kasper H, Kluthe R, Pöler W, Puchstein C, Stähelin HB (Eds):** Ernährungsmedizin. 3., erw. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme, 2004. S. 414-28.
Stellungnahme Dr. M. Toeller, Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Toeller M. Diabetes mellitus. In: **Schauder P, Ollenschläger G (Eds):** Ernährungsmedizin: Prävention und Therapie. 2. Aufl. München, Jena: Urban & Fischer, 2003.
Stellungnahme Dr. M. Toeller, Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Toeller M. Diabetikerausbildung (Schulung) und Betreuung. 3., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. In: **Waldhäusl W, Gries FA, Scherbaum W (Eds):** Diabetes in der Praxis. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2004. S. 423-5.
Stellungnahme Dr. M. Toeller, Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Toeller M. Ernährung bei Diabetes mellitus. Schulungssystem nach evidenzbasierten Leitlinien. Auf der Basis der Empfehlungen der Diabetes and Nutrition Study Group (DNSG) der Europäischen Diabetes-Gesellschaft (EASD). In Abstimmung mit der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG). 2. erw. Aufl. Baierbrunn: Wort & Bild, 2006.
Stellungnahme Dr. M. Toeller, Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Toeller M. Ernährung. In: **Meinertz T, Rösen P, Schömig A, Tschöpe D, Ziegler D (Eds):** Diabetes und Herz. Darmstadt: Steinkopff, 2004. S. 328-42.
Stellungnahme Dr. M. Toeller, Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Toeller M, Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG), European Association for the Study of Diabetes (EASD). Ernährungsempfehlungen für Diabetiker 2000. [Nutritional recommendations for patients with diabetes mellitus]. Ernährungs-Umschau 2000; 47 (5): 182-6.

Stellungnahme Dr. Petra Forster

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Toeller M. Ernährungsempfehlungen für Diabetiker. In: 3., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. In: **Waldhäusl W, Gries FA, Scherbaum W (Eds).** Diabetes in der Praxis. Berlin, Heidelberg, New York: Springer. 2004, S. 489-93.

Stellungnahme Dr. M. Toeller, Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Toeller M. Evidenz-basierte Ernährungsempfehlungen zur Behandlung und Prävention des Diabetes mellitus. Diabetes and Nutrition Study Group (DNSG) of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes und Stoffwechsel 2005; 14: 75-94.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE);

Stellungnahme Dr. M. Toeller, Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG);

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop;

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Toeller M. Evidenz der Ernährung in der Therapie und Prävention des Diabetes mellitus. [Evidence of Nutrition in the Treatment and Prevention of Diabetes Mellitus]. Aktuel Ernaehr Med 2005; 30 (4): 197-203.

Stellungnahme Dr. M. Toeller, Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG);

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Toeller M. Evidenzbasierte Empfehlungen zur Ernährungstherapie und Prävention des Diabetes mellitus. [Evidence-based recommendations for nutrition therapy and prevention of diabetes mellitus]. Ernährungs-Umschau 2005; 52 (6): 216-9.

Stellungnahme Dr. M. Toeller, Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Toeller M. Grundlagen der Ernährung des Diabetikers. 3., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. In: **Waldhäusl W, Gries FA, Scherbaum W (Eds).** Diabetes in der Praxis. Berlin, Heidelberg, New York: Springer. 2004, S. 147-56.

Stellungnahme Dr. M. Toeller, Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Tomson Y, Johannesson M, Aberg H. The costs and effects of two different lipid intervention programmes in primary health care. J Intern Med 1995; 237 (1): 13-7.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Tonstad S, Sundfør T, Seljeflot I. Effect of lifestyle changes on atherogenic lipids and endothelial cell adhesion molecules in young adults with familial premature coronary heart disease. The American journal of cardiology 2005; 95 (10): 1187-91.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Toobert DJ, Strycker LA, Glasgow RE, Barrera Jr. M, Angell K. Effects of the mediterranean lifestyle program on multiple risk behaviors and psychosocial outcomes among women at risk for heart disease. Ann Behav Med 2005; 29 (2): 128-37.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Toobert DJ, Glasgow RE, Radcliffe JL. Physiologic and related behavioral outcomes from the Women's Lifestyle Heart Trial. *Ann Behav Med* 2000; 22 (1): 1-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Torjesen PA, Birkeland KI, Anderssen SA, Hjermann I, Holme I, Urdal P. Lifestyle changes may reverse development of the insulin resistance syndrome. The Oslo Diet and Exercise Study: a randomized trial. *Diabetes Care* 1997; 20 (1): 26-31.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

Toubro S, Astrup A. Randomised comparison of diets for maintaining obese subjects' weight after major weight loss: ad lib, low fat, high carbohydrate diet v fixed energy intake. *BMJ* 1997; 314 (7073): 29-34.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Touger-Decker R, Mobley CC. Position of the American Dietetic Association: oral health and nutrition. *J Am Diet Assoc* 2007; 107 (8): 1418-28.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Traeden UI, Holm L, Sandstrom B, Andersen PK, Jarden M. Effectiveness of a dietary intervention strategy in general practice: effects on blood lipids, health and well-being. *Public Health Nutr* 1998; 1 (4): 273-81.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med* 2003; 348 (26): 2599-608.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Tucker KL. Dietary Intake and Coronary Heart Disease: A Variety of Nutrients and Phytochemicals Are Important. *Curr Treat Options Cardiovasc Med* 2004; 6 (4): 291-302.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinanen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344 (18): 1343-50.

Stellungnahme Ernährungsberatung Charisius;

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop;

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Uusitupa MI. Early lifestyle intervention in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus and impaired glucose tolerance. *Ann Med* 1996; 28 (5): 445-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Vale MJ, Jelinek MV, Best JD, Bronson DL. Coaching by non-drug prescribing health professionals reduced total cholesterol concentrations in coronary heart disease. *Evidence-Based Medicine* 2004; 9 (4): 118.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Vale MJ, Jelinek MV, Best JD, Dart AM, Grigg LE, Hare DL, Ho BP, Newman RW, McNeil JJ. Coaching patients On Achieving Cardiovascular Health (COACH): a multicenter randomized trial in patients with coronary heart disease. Arch Intern Med 2003; 163 (22): 2775-83.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

van der Tempel H, Tulleken JE, Limburg PC, Muskiet FA, van Rijswijk MH. Effects of fish oil supplementation in rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 1990; 49 (2): 76-80.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

van Leiden HA, Dekker JM, Moll AC, Nijpels G, Heine RJ, Bouter LM, Stehouwer CD, Polak BC. Blood pressure, lipids, and obesity are associated with retinopathy: the hoorn study. Diabetes Care 2002; 25 (8): 1320-5.

Stellungnahme Ernährungsberatung Charisius

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Van Wier MF, Ariëns GAM, Dekkers JC, Hendriksen IJM, Pronk NP, Smid T, van Mechelen W. ALIFE@Work: A randomised controlled trial of a distance counselling lifestyle programme for weight control among an overweight working population [ISRCTN04265725]. BMC public health 2006; 6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Vanninen E, Uusitupa M, Lansimies E, Siitonen O, Laitinen J. Effect of metabolic control on autonomic function in obese patients with newly diagnosed type 2 diabetes. Diabet Med 1993; 10 (1): 66-73.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Vanninen E, Uusitupa M, Siitonen O, Laitinen J, Lansimies E. Habitual physical activity, aerobic capacity and metabolic control in patients with newly-diagnosed type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus: effect of 1-year diet and exercise intervention. Diabetologia 1992; 35 (4): 340-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

VanWormer JJ, Boucher JL, Pronk NP. Telephone-based counseling improves dietary fat, fruit, and vegetable consumption: a best-evidence synthesis (Structured abstract). J Am Diet Assoc 2006; 106 (9): 1434-44.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Veien NK, Menne T. Nickel contact allergy and a nickel-restricted diet. Semin Dermatol 1990; 9 (3): 197-205.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Velazquez-Lopez L, Sil-Acosta MJ, Goycochea-Robles MV, Escobedo-De la Pena J, Castaneda-Limones R. Efecto de la dieta personalizada en el control metabolico y funcion renal de pacientes con diabetes tipo 2. [Effect of a personalized diet in the metabolic control and renal function of patients with type 2 diabetes]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (1): 11-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Verband der Diätassistenten (VDD). Ernährung bei Krebs. VDD Qualitätsstandards der Diätassistenten zur Qualitätssicherung in der Diät- und Ernährungstherapie, Teil 2 des Leistungskataloges. VDD 1998; 84-5.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Verband der Diätassistenten (VDD). Gebrauchsanweisung für den Leistungskatalog des VDD (Stand 2004). VDD - Qualitätsstandards in der Diät - und Ernährungstherapie.

Stellungnahme Berliner Diabetesgesellschaft (BDG), Frau Dr. Schirop

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Verband der Diätassistenten (VDD). VDD-Qualitätsstandards: Qualitätsstandards der Diätassistenten zur Qualitätssicherung in der Diät- und Ernährungstherapie. Teil 2 des Leistungskatalogs. <http://www.vdd.de>, Zugriff am 25.01.2006.

Stellungnahme Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Stoffwechselstörungen (APS);

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt;

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Koch

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Verband der Diätassistenten (VDD). VDD Berufsrichtlinien. 1. überarbeitete Neufassung gemäß Mitgliederbeschluss vom 17.04.2002. VDD 2002.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Verband der Diplom-Oecotrophologen (VDOE). Berufsordnung für Diplom-Oecotrophologen. In der vorliegenden Fassung beschlossen auf der Mitgliederversammlung des Verbandes der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E) am 15.06.2002 in Leinfelden-Echterdingen. Stand: Juni 2002. Bonn: VDOE, 2002.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Verband der Diplom-Oecotrophologen (VDOE). Freiberufliche Tätigkeit von Diplom-Oecotrophologen (Schwerpunkt Ernährung). Schriftenreihe VDO_E. Köln: VDOE, 1986.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Verband der Diplom-Oecotrophologen (VDOE). Honorar-Empfehlungen für die Ernährungsberatung und -therapie. Bonn: VDOE, 2005.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Verband der Diplom-Oecotrophologen (VDOE). Honorarempfehlungen für die Ernährungsberatung und Ernährungstherapie. PDF-Datei, erhalten am 07.12.2005.

Stellungnahme Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Verderose J. Coronary heart disease. Nutrition management for older adults. American Academy of Family Physicians, American Dietetic Association, Nutrition Screening Initiative. 1998 (revised 2002). Leawood: NSI, 2002. http://www.aafp.org/PreBuilt/NSI_CHD.pdf, Zugriff am 11.10.2005.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Verges B. Diabetic dyslipidaemia: insights for optimizing patient management. Curr Med Res Opin 2005; 21 (Suppl 1): S29-S40.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Vieths S, Meyer AH, Reese I, Fuchs T, Kleine-Tebbe J, Lepp U, Niggemann B, Saloga J, Sennekamp J, Vieluf I, Werfel T, Zuberbier T, Jäger L. Zur Deklaration "versteckter Allergene" in Lebensmitteln. Allergo J 2001; 10 (2): 130-6.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Volkert D, Lenzen-Grossimlinghaus R, Krysz U, Pirlich M, Herbst B, Schütz T, Schröer W, Weinrebe W, Ockenga J, Lochs H. Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM und DGG: Enterale Ernährung (Trink- und Sondennahrung) in der Geriatrie und geriatrisch-neurologischen Rehabilitation. [DGEM and DGG Guidelines Enteral Nutrition: Enteral Nutrition (Oral Liquid Supplements and Tube Feeding) in Geriatric Patients and Geriatric-Neurologic Rehabilitation]. Aktuel Ernaehr Med 2004; 29 (4): 198-225.

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

von Gruenigen V, Courneya KS, Gibbons HE, Kavanagh MB, Waggoner SE, Lerner E. Feasibility and effectiveness of a lifestyle intervention program in obese endometrial cancer patients: a randomized trial. Gynecol Oncol 2008; 109 (1): 19-26.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Wabitsch M, Kunze D. Leitlinien zur Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. <http://www.adipositas-gesellschaft.de/daten/Leitlinie-AGA-2004-09-10.pdf>, Zugriff am 10.01.2006.

Stellungnahme Ernährungsberatung Charisius;

Stellungnahme Dr. Petra Forster

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Wachtel U, Hilgard R. Ernährung und Diätetik in der Pädiatrie und Jugendmedizin. Band II: Diätetik. Stuttgart: Thieme, 1995. S. 188-249

Stellungnahme Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. (DIG-PKU), Frankfurt

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Wammes BM, Blom CA, Koelen M, De Groot SDW, Remijnse-Meester WTA, van Staveren WA. Implementation research for 'evidence-based' guideline development by dietitians: A pilot study to test an instrument. J Hum Nutr Diet 2002; 15 (4): 243-54.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Wang H-W, Yang Y-X, Zhang Y-F, Han J-H, Wang Z. Acceptance of knowledge to food glycemic index and dietary adjustment in diabetic patients. Journal of Clinical Rehabilitative Tissue Engineering Research 2007; 11 (52): 10701-3.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Warren JM, Henry CJ, Lightowler HJ, Bradshaw SM, Perwaiz S . Evaluation of a pilot school programme aimed at the prevention of obesity in children. Health Promot Int 2003; 18 (4): 287-96.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Watanabe M, Okayama A, Shimamoto K, Ueshima H. Short-term effectiveness of an individual counseling program for impaired fasting glucose and mild type 2 diabetes in Japan: a multi-center randomized control trial. Asia Pac J Clin Nutr 2007; 16 (3): 489-97.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Watson H, Bilton D, Truby H. A randomized controlled trial of a new behavioral home-based nutrition education program, "Eat Well with CF," in adults with cystic fibrosis. *J Am Diet Assoc* 2008; 108 (5): 847-52.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Watts RA, Jolliffe VA, Carruthers DM, Lockwood M, Scott DG. Effect of classification on the incidence of polyarteritis nodosa and microscopic polyangiitis. *Arthritis Rheum* 1996; 39 (7): 1208-12.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Weddle DO, Tu NS, Guzik CJ, Ramakrishnan V. Positive association between dietetics recommendations and achievement of enteral nutrition outcomes of care. *J Am Diet Assoc* 1995; 95 (7): 753-8.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Weiss SC, Kimball AB, Liewehr DJ, Blauvelt A, Turner ML, Emanuel EJ. Quantifying the harmful effect of psoriasis on health-related quality of life. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47 (4): 512-8.

Stellungnahme Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Welty FK, Nasca MM, Lew NS, Gregoire S, Ruan Y. Effect of onsite dietitian counseling on weight loss and lipid levels in an outpatient physician office. *Am J Cardiol* 2007; 100 (1): 73-5.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Werfel T, Wedi B, Kleine-Tebbe J, Niggemann B, Saloga J, Sennekamp J, Vieluf I, Zuberbier T, Jäger L. Vorgehen bei Verdacht auf eine pseudoallergische Reaktion auf Nahrungsmittelhaltsstoffe. Positionspapier der AG Nahrungsmittelallergie der DGAI und des ÄDA. *Allergo J* 1999; 8: 135-41.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Werfel T, Fuchs T, Reese I, Erdmann S. Vorgehen bei vermuteter Nahrungsmittelallergie bei atopischer Dermatitis. Positionspapier der AG Nahrungsmittelallergie der DGAI. *Allergo J* 2002; 11: 386-93.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Werni M, Wikens E, Popp W. Ernährung und Flüssigkeitssubstitution in der Palliativmedizin. *Journal für Ernährungsmedizin* 2002; 3: 12-5.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Wetzel WE. Mundgesundheit und Ernährung. *Public Health Forum* 2005; 13 (46): 15-6.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Whelan J. Antagonistic effects of dietary arachidonic acid and n-3 polyunsaturated fatty acids. *J Nutr* 1996; 126 (4 Suppl): 1086S-91S.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Adam

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger WH, Jr., Kostis JB, Kumanyika S, Lacy CR, Johnson KC, Folmar S, Cutler JA. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). TONE Collaborative Research Group. JAMA 1998; 279 (11): 839-46.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

White E, Shattuck AL, Kristal AR, Urban N, Prentice RL, Henderson MM, Insull W, Jr., Moskowitz M, Goldman S, Woods MN. Maintenance of a low-fat diet: follow-up of the Women's Health Trial. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 1992; 1 (4): 315-23.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Prävention

White H, Morton AM, Peckham DG, Conway SP. Dietary intakes in adult patients with cystic fibrosis--do they achieve guidelines? J Cyst Fibros 2004; 3 (1): 1-7.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

White JV. Diabetes mellitus. Nutrition management for older adults. American Academy of Family Physicians, American Dietetic Association, Nutrition Screening Initiative. 2002. Leawood: NSI, 2002. http://www.aafp.org/PreBuilt/NSI_DM.pdf, Zugriff am 11.10.2005.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

White JV. Hypertension. Nutrition management for older adults. American Academy of Family Physicians, American Dietetic Association, Nutrition Screening Initiative. 1998 (revised 2002). Leawood: NSI, 2002. http://www.aafp.org/PreBuilt/NSI_Hypertension.pdf, Zugriff am 11.10.2005.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Willaing I, Ladelund S, Jorgensen T, Simonsen T, Nielsen LM. Nutritional counselling in primary health care: a randomized comparison of an intervention by general practitioner or dietician. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2004; 11 (6): 513-20.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Willershausen B, Schulz-Dobrick B. Alcopops, Limo und Co. Zahnärztl Mitt 2004; (21): 34-41.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Williamson DF, Pamuk E, Thun M, Flanders D, Byers T, Heath C. Prospective study of intentional weight loss and mortality in never-smoking overweight US white women aged 40-64 years. Am J Epidemiol 1995; 141 (12): 1128-41.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Wing RR, Venditti E, Jakicic JM, Polley BA, Lang W. Lifestyle intervention in overweight individuals with a family history of diabetes. Diabetes Care 1998; 21 (3): 350-9.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Wirth A. Adipositas. Berlin: Springer, 1997.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Liebermeister

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR, Giampaoli S, Hense HW, Joffres M, Kastarinen M, Poulter N, Primatesta P, Rodriguez-Artalejo F, Stegmayr B, Thamm M, Tuomilehto J, Vanuzzo D, Vescio F. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. *JAMA* 2003; 289 (18): 2363-9.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Kluthe

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Wolf AM, Siadaty M, Yaeger B, Conaway MR, Crowther JQ, Nadler JL, Bovbjerg VE.

Effects of lifestyle intervention on health care costs: Improving Control with Activity and Nutrition (ICAN). *J Am Diet Assoc* 2007; 107 (8): 1365-73.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Wolfe S, Morton A. Dietetics. In: **Bush A, Alton EFWF, Davies JC, Griesenbach U, Jaffe A (Eds):** Cystic fibrosis in the 21st century. Basel: Karger, 2006. S. 293-300.

Stellungnahme Mukoviszidose e.V.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Wolfram G. Das moderne Konzept der Ernährung bei Gicht. *Aktuel Ernaehr Med* 1992; 17: 24-32.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Prof. Oehler

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Wood ER. Weight loss maintenance 1 year after individual counseling. *J Am Diet Assoc* 1990; 90 (9): 1256-60.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

World Health Organization (WHO). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Library Cataloging-in-Publication Data. Geneva: WHO, 2003.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

World Health Organization (WHO). Obesity and overweight.

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/gs_obesity.pdf, Zugriff am 10.01.2006.

Stellungnahme Ernährungsberatung Charisius

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series 894. Geneva: WHO, 2000.

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Wright J, Wood B, Hale G. Evaluation of group versus individual nutrition education in overweight patients with myocardial infarction. *Aust N Z J Med* 1981; 11 (5): 497-501.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: kein RCT

Wüthrich B. IgG / IgG4-Bestimmungen gegen Nahrungsmittel: Patientenabzocke durch sinnlose Allergietests. *Allergologie* 2005; 28 (5): 161-4.

Stellungnahme Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Yamaoka K, Tango T. Efficacy of lifestyle education to prevent type 2 diabetes: a meta-analysis of randomized controlled trials (Provisional record). *Diabetes Care* 2005; 28 (11): 2780-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Yeh MC, Rodriguez E, Nawaz H, Gonzalez M, Nakamoto D, Katz DL. Technical skills for weight loss: 2-y follow-up results of a randomized trial. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27 (12): 1500-6.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: Keine Studie zur Wirksamkeit der n Ernährungsberatung

Zaleskaya JV, Noruzbaeva AM, Lunegova OS, Mirrakhimov EM. Evaluation of the economic efficiency of educational programs for patients with coronary heart disease and dyslipidemia. *Prevention and Control* 2005; 1 (4): 297-304.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: multimodaler Ansatz

Zazpe I, Sanchez-Tainta A, Estruch R, Lamuela-Raventos RM, Schroder H, Salas-Salvado J, Corella D, Fiol M, Gomez-Gracia E, Aros F, Ros E, Ruiz-Gutierrez V, Iglesias P, Conde-Herrera M, Martinez-Gonzalez MA. A large randomized individual and group intervention conducted by registered dietitians increased adherence to Mediterranean-type diets: the PREDIMED study. *J Am Diet Assoc* 2008; 108 (7): 1134-44.

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Zimmer S. Ernährung und Zahngesundheit. *Prophylaxe Impuls* 2005; (9): 7-10.

Stellungnahme Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Zollner T, Boehnke WH, Kaufmann R. Atopische Dermatitis. Berlin: Wirtschafts-Verlag, 2002. S. 81ff.

Stellungnahme Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB)

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Zürcher G. Ausreichende Energie- und Nährstoffzufuhr - Ernährungsstrategien beim Tumorpatienten. *Kliniker* 2004; 33 (12): 360-6.

Stellungnahme Kommission Krebs und Ernährung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Prof. Dr. Biesalski;

Stellungnahme Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. (VDO_E);

Stellungnahme Verband der Diätassistenten (VDD), Dr. Zürcher

Kommentar: Ernährungsberatung ausgeschlossen: keine Ernährungsberatung

Zitierte Literatur

Anderson KM, Castelli WP, Levy D. Cholesterol and mortality. 30 years of follow-up from the Framingham study. JAMA 1987; 257 (16): 2176-80.

Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ). Diabetes mellitus. Empfehlungen zur antihyperglykämischen Therapie des Diabetes mellitus Typ 2. Arzneiverordnung in der Praxis, 2. Auflage 2009. Berlin: AKdÄ, 2009. <http://www.akdae.de/30/40/10/Diabetes.pdf>, Zugriff am 10.03.2010.

Assmann G, Cullen P, Schulte H. The Munster Heart Study (PROCAM). Results of follow-up at 8 years. Eur Heart J 1998; 19 (Suppl A): A2-11.

Bergert FW, Braun M, Clarius H, Ehrenthal K, Fessler J, Gross J, Gundermann K, Hesse H, Hintze J, Hüttner U, Kluthe B, Lang Heinrich W, Liesenfeld A, Luther E, Pchalek R, Seffrin J, Vetter G, Zimmermann U. Hausärztliche Leitlinie Hypertonie. Vers. 3.0. Stand: Februar 2010. Köln: PMV Forschungsgruppe, 2010. <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/hypertonie/lghessen/LL-Hypertonie-v300-023-Internet.pdf>, Zugriff am 10.03.2010.

Bergert W, Braun M, Conrad D., Ehrenthal K, Fessler J, Gross J, Gundermann K, Hesse H, Hüttner U, Kluthe B, Lang Heinrich W, Liesenfeld A, Luther E, Pchalek R, Seffrin J, Sterzing A, Wolfring H-J, Zimmermann U. Hausärztliche Leitlinie Fettstoffwechselstörung - Dyslipidämie. Bewertung und Therapie. Version 3.12, Stand: Juni 2006. Köln: PMV Forschungsgruppe, 2006. http://www.pmvforschungsgruppe.de/pdf/03_publicationen/lipid_II.pdf, Zugriff am 10.03.2010.

British Cardiac Society, British Hypertension Society, Diabetes UK, HEART UK, Primary Care Cardiovascular Society, Stroke Association. JBS 2: Joint British Societies' guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice. Heart 2005; 91 (Suppl 5): v1-52.

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Chronische KHK. Nationale VersorgungsLeitlinie. Langfassung. Stand Juni 2006. Berlin: BÄK, 2006. <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/khk/pdf/nvl-khk-lang-1.13.pdf>, Zugriff am 20.12.2012.

Cooper A, Nherera L, Calvert N, O'Flynn N, Turnbull N, Robson J, Camosso-Stefinovic J, Rule C, Browne N, Ritchie G, Stokes T, Mannan R, Bath P, Brindle P, Gill P, Gujral R, Hogg M, Marshall T, Minhas R, Pavitt L, Reckless J, Rutherford A, Thorogood M, Wood D. Clinical Guidelines and Evidence Review for Lipid Modification: cardiovascular risk assessment and the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners, 2008. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11982/40742/40742.pdf>, Zugriff am 10.03.2010.

Dachverband Osteologie (DVO). Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Erwachsenen. AWMF Leitlinienregister Nr. 034-003. Nürnberg: Deutsche Gesellschaft für Osteologi, 2009. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/034-003_S3_Prophylaxe_Diagnostik_und_Therapie_der_Osteoporose_bei_Erwachsenen_lang_10-2009_12-2012.pdf, Zugriff am 20.12.2012.

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde - Kopf- und Hals-Chirurgie. Therapie der obstruktiven Schlafapnoe des Erwachsenen. Bonn: DGHNO, 2009.

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/017-069l_S2_Therapie_obstruktive_Schlafapnoe_Erwachsenen_2011-07.pdf, Zugriff am 10.03.2010.

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) [German Sleep Society] (DGSM). S3-Leitlinie - Nicht erholsamer Schlaf - Schlafstörungen. Schwalmstadt-Treysa: DGSM, 2009. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-001l.pdf, Zugriff am 20.12.2012.

Deutsche Hochdruckliga e.V.(DHL). Leitlinien zur Behandlung der arteriellen Hypertonie. Heidelberg: DHL, 2008 <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/046-001.pdf>, Zugriff am 10.03.2010.

Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. JAMA 2003; 289 (2): 187-93.

Frei U, Schober-Halstenberg H-J. Nierenersatztherapie in Deutschland. Bericht über Dialysebehandlung und Nierentransplantation in Deutschland 2005/2006. Jahresvergleiche 1995-2005. Berlin: QuaSi-Niere, 2006. http://www.bundesverband-niere.de/files/QuaSi-Niere-Bericht_2005-2006.pdf, Zugriff am 21.12.2012.

Giani G, Janka HU, Hauner H, Standl E, Schiel R, Neu A, Rathmann W, Rosenbauer J. Epidemiologie und Verlauf des Diabetes mellitus in Deutschland. Aktualisierung 05/2004. Düsseldorf: DDG, 2004. http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/redaktion/mitteilungen/leitlinien/EBL_Epidemiologie_Update_2004.pdf, Zugriff am 21.12.2012.

Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, Dallongeville J, De BG, Ebrahim S, Gjelsvik B, Herrmann-Lingen C, Hoes A, Humphries S, Knapton M, Perk J, Priori SG, Pyorala K, Reiner Z, Ruilope L, Sans-Menendez S, Op Reimer WS, Weissberg P, Wood D, Yarnell J, Zamorano JL, Walma E, Fitzgerald T, Cooney MT, Dudina A, Vahanian A, Camm J, De CR, Dean V, Dickstein K, Funck-Brentano C, Filippatos G, Hellemans I, Kristensen SD, McGregor K, Sechtem U, Silber S, Tendera M, Widimsky P, Zamorano JL, Altiner A, Bonora E, Durrington PN, Fagard R, Giampaoli S, Hemingway H, Hakansson J, Kjeldsen SE, Larsen m, Mancia G, Manolis AJ, Orth-Gomer K, Pedersen T, Rayner M, Ryden L, Sammut M, Schneiderman N, Stalenhoef AF, Tokgozoglu L, Wiklund O, Zampelas A. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2007; 14 (Suppl 2): S1-113.

Grundey SM, Cleeman JI, Merz CN, Brewer HB, Jr., Clark LT, Hunninghake DB, Pasternak RC, Smith SC, Jr., Stone NJ. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. J Am Coll Cardiol 2004; 44 (3): 720-32.

Hauner H, Buchholz G, Hamann A, Husemann B, Koletzko B, Liebermeister H, Wabitsch M, Westenhöfer J, Wirth A, Wolfram G. Prävention und Therapie der Adipositas. Version 2007 (in Überarbeitung). München: Deutsche Adipositas Gesellschaft, 2007 <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/050-001.pdf>, Zugriff am 20.12.2012.

Hiddemann W, Bartram CR. Onkologie. 2 Bde. 2. Ausg. Heidelberg: Springer, 2009

Hoppe UC, Bohm M, Dietz R, Hanrath P, Kroemer HK, Osterspey A, Schmaltz AA, Erdmann E. Leitlinien zur Therapie der chronischen Herzinsuffizienz. *Z Kardiol* 2005; 94 (8): 488-509.

Lurbe E, Cifkova R, Cruickshank JK, Dillon MJ, Ferreira I, Invitti C, Kuznetsova T, Laurent S, Mancia G, Morales-Olivas F, Rascher W, Redon J, Schaefer F, Seeman T, Stergiou G, Wuhl E, Zanchetti A. Management of high blood pressure in children and adolescents: recommendations of the European Society of Hypertension. *J Hypertens* 2009; 27 (9): 1719-42.

Matthaei S, Bierwirth R, Fritsche A, Gallwitz B, Häring HU, Joost HG, Kellerer M, Kloos C, Kunt T, Nauck M, Schernthaner G, Siegel E, Thienel F. Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2. *Diabetologie* 2009; 4 (Suppl 2): S138-S143.

Mensink GB, Lampert T, Bergmann E. Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984-2003. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2005; 48 (12): 1348-56.

National Cholesterol Education Program (NCEP). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation* 2002; 106 (25): 3143-421.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Chronic kidney disease. Early identification and management of chronic kidney disease in adults in primary and secondary care. London: NICE, 2008. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG073NICEGuideline.pdf>, <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12069/42116/42116.pdf>, Zugriff am 10.03.2010.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Hypertension: management of hypertension in adults in primary care (partial update of NICE clinical guideline 18). London: NICE, 2006 <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10986/30114/30114.pdf>, Zugriff am 10.03.2010.

New Zealand Guidelines Group (NZGG). Cardiac Rehabilitation. Best Practice Evidence-based Guideline. Stand August 2002. Wellington: NZGG, 2002. http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/cardiac_rehabilitation.pdf, Zugriff am 20.12.2012.

Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, Mackenbach JP, Al MA, Bonneux L. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Ann Intern Med* 2003; 138 (1): 24-32.

Robert Koch-Institut (RKI). Gesundheit in Deutschland. Berlin: RKI, 2006. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtl/d/gesundheitsbericht.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff am 20.12.2012.

Robert Koch-Institut (RKI). Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006. Berlin: RKI. <http://www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html>, Zugriff am 20.12.2012.

Robert Koch-Institut (RKI). Krebs in Deutschland 2005/2006 Häufigkeiten und Trends. Berlin: RKI, 2010. http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/re2vZ21t28lr8Y/PDF/22aJOdYnmXV0l.pdf, Zugriff am 21.12.2012.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of chronic kidney disease. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN, 2008. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign103.pdf>, Zugriff am 10.03.2010.

Stamler J, Daviglus ML, Garside DB, Dyer AR, Greenland P, Neaton JD. Relationship of baseline serum cholesterol levels in 3 large cohorts of younger men to long-term coronary, cardiovascular, and all-cause mortality and to longevity. JAMA 2000; 284 (3): 311-8.

Wabitsch M, Moß A, Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA). Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Version 2009. Datteln: Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA), 2009. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/050-002.pdf>, Zugriff am 10.03.2010.

B-6.3 Studienbewertungen (Datenextraktionsbögen)

Die Datenextraktionsbögen sind in einem separaten Dokument als Anlage 1 zur ZD dokumentiert.

B-6.4 Recherchestrategie

Recherchierte Datenbanken

The Cochrane Library (einschl. NHS-CRD-Datenbanken)
 Medline
 Embase
 Gerolit
 Health Services/Technology Assessment Text (HSTAT)

Recherchierte Institutionen

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
 Guidelines International Network (GIN)
 National Guideline Clearinghouse (NGC)
 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
 Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

Datenbank: The Cochrane Library
 Recherchezeitraum: keine Restriktionen
 Datum der Recherche: 26.09.2005

Tabelle 11: Datenbank The Cochrane Library 26.09.2005

Suchschritt	Suchtext	Anzahl der gefundenen Dokumente
#1	MeSH descriptor <u>Dietary Services</u> explode all trees in <u>MeSH products</u>	45
#2	MeSH descriptor <u>Patient Education</u> explode all trees in <u>MeSH products</u>	2761
#3	MeSH descriptor <u>Counseling</u> explode all trees in <u>MeSH products</u>	1163
#4	MeSH descriptor <u>Education</u> explode all trees in <u>MeSH products</u>	8132
#5	<u>dietary services OR patient education OR counseling OR education OR dietary advice</u> in <u>All Fields</u> in <u>all products</u>	18873
#6	<u>(#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5)</u>	20088
#7	MeSH descriptor <u>Diet Therapy</u> explode all trees in <u>MeSH products</u>	1919
#8	<u>diet therapy OR dieting therapy OR dietary advice OR diet management</u> in <u>All Fields</u> in <u>all products</u>	7154
#9	<u>(#7 OR #8)</u>	7612

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

#10	MeSH descriptor <u>Nurses</u> explode all trees in <u>MeSH products</u>	511
#11	<u>nurse* OR nurse practitioner* OR nurse clinician* OR dietitian* OR dietary assistant* OR nutritionist*</u> in <u>All Fields</u> in <u>all products</u>	7240
#12	<u>(#10 OR #11)</u>	7240
#13	MeSH descriptor <u>Physicians</u> explode all trees in <u>MeSH products</u>	542
#14	MeSH descriptor <u>Physician Assistants</u> explode all trees in <u>MeSH products</u>	31
#15	<u>physician* OR physician assistant* OR general practitioner* OR medical doctor* OR family physician*</u> in <u>All Fields</u> in <u>all products</u>	15670
#16	<u>(#13 OR #14 OR #15)</u>	15681
#17	<u>(#9 AND #12)</u>	407
#18	<u>(#9 AND #16)</u>	541
#19	<u>(#17 OR #18)</u>	743

Die in der Cochrane Library identifizierten 743 Dokumente verteilen sich wie folgt auf die Teildatenbanken:

Cochrane Reviews	[245]
DARE	[39]
CENTRAL	[377]
Methodology Reviews	[1]
CMR	[1]
HTA	[6]
NHS EED	[58]
About	[16]

Datenbank: Medline (PubMed)
 Recherchezeitraum: 1966-2005
 Datum der Recherche: 26.09.2005

Tabelle 12: Datenbank Medline (PubMed) 26.09.2005

Suchschritt	Suchtext	Anzahl der gefundenen Dokumente
#1	Search "dietary services"[MeSH Terms] OR "patient education"[MeSH Terms] OR "counseling"[MeSH Terms] OR "education"[MeSH Terms]	408315
#2	Search dietary services OR patient education OR counseling OR education OR dietary advice	545692
#3	Search #1 OR #2	545692
#4	Search "diet"[MeSH Terms] OR "diet therapy"[MeSH Terms] OR "nutrition"[MeSH Terms] OR "food"[MeSH Terms]	411630

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

#5	Search diet OR nutrition OR food OR diet therapy OR dietetic* OR dieting therapy OR diet management	648470
#6	Search #4 OR #5	648470
#7	Search #3 AND #6	32285
#8	Search "nurses"[MeSH Terms] OR "nurse practitioners"[MeSH Terms] OR "nurse clinicians"[MeSH Terms]	49884
#9	Search nurse* OR nurse practitioner* OR nurse clinician* OR dietitian* OR dietary assistant* OR nutritionist*	178675
#10	Search #8 OR #9	178675
#11	Search #7 AND #10	3314
#12	Search "physicians"[MeSH Terms] OR "physician assistants"[MeSH Terms]	54658
#13	Search physician* OR physician assistant* OR general practitioner* OR medical doctor* OR family physician*	280426
#14	Search #12 OR #13	282177
#15	Search #7 AND #14	2252
#16	Search #11 OR #15	5076
#17	Search #11 OR #15 Field: All Fields , Limits: Clinical Trial, Humans	336
#18	Search #11 OR #15 Field: All Fields , Limits: Meta-Analysis, Humans	7
#19	Search #11 OR #15 Field: All Fields , Limits: Practice Guideline, Humans	32
#20	Search "case control studies"[MeSH Terms] OR "cohort studies"[MeSH Terms]	768506
#21	Search #16 AND #20	384
#22	Search #17 OR #18 OR #19 OR #21	653

Datenbanken: Medline, Medline Alert, Embase, Embase Alert, Gerolit (DIMDI-Superbase)
 Recherchezeitraum: 1966-2005
 Datum der Recherche: 26.09.2005

Tabelle 13: Datenbanken Medline, Medline Alert, Embase, Embase Alert, Gerolit (DIMDI-Superbase)
 26.09.2005

Suchschritt	Suchtext	Anzahl der gefundenen Dokumente
#1	Medline; Medline Alert; Embase; Embase Alert; Gerolit	24740132
#2	("DIETARY SERVICES"; "DIETARY SERVICE") / (CT;UT;IT;SH)	935923
#3	"PATIENT EDUCATION" / (CT;UT;IT;SH)	61573
#4	("DIRECTIVE COUNSELING"; "PATIENT COUNSELING"; "COUNSELING") / (CT;UT;IT;SH)	60240
#5	"EDUCATION" / (CT;UT;IT;SH)	609599
#6	((((FT=dietary service* OR FT=patient education) OR FT=counseling) OR FT=education) OR FT=dietary advice	685945
#7	2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6	1637246
#8	("DIET THERAPY";"DIET") / (CT;UT;IT;SH)	254507
#9	("NUTRITION";"FOOD") / (CT;UT;IT;SH)	1247995

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

#10	(((((FT=diet therapy OR FT=diet) OR FT=nutrition) OR FT=food) OR FT=dietetic*) OR FT=diating therapy) OR FT=diet management	797769
#11	8 OR 9 OR 10	1578519
#12	7 AND 11	129910
#13	("NURSE PRACTITIONERS"; "NURSE CLINICIANS"; "NURSE PRACTITIONER"; "NURSE CLINICIAN"; "NURSE") / (CT;UT;IT;SH)	63401
#14	("NURSES"; "NURSE") / (CT;UT;IT;SH)	62911
#15	(((((FT=nurse* OR FT=nurse practitioner*) OR FT=nurse clinician*) OR FT=dietitian*) OR FT=dietary assistant*) OR FT=nutritionist*	216519
#16	13 OR 14 OR 15	216519
#17	12 AND 16	6378
#18	17 AND DT=("CLINICAL TRIAL"; "RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL"; "CONTROLLED CLINICAL TRIAL"; "GUIDELINE"; "META-ANALYSIS")	238
#19	("CLINICAL TRIALS"; "CLINICAL TRIAL") / (CT;UT;IT;SH)	529731
#20	("META-ANALYSIS"; "META ANALYSIS") / (CT;UT;IT;SH)	29253
#21	"PRACTICE GUIDELINE" / (CT;UT;IT;SH)	95524
#22	("EPIDEMIOLOGIC STUDIES"; "CASE-CONTROL STUDIES"; "COHORT STUDIES"; "EPIDEMIOLOGIC STUDY CHARACTERISTICS") / (CT;UT;IT;SH)	1671964
#23	19 OR 20 OR 21 OR 22	2057763
#24	17 AND 23	1397
#25	18 OR 24	1550
#26	("PHYSICIAN EXECUTIVES"; "PHYSICIAN ASSOCIATE"; "PHYSICIAN ASSISTANT"; "PHYSICIAN EXECUTIVE"; "PHYSICIAN ASSISTANTS"; "PHYSICIAN") / (CT;UT;IT;SH)	89276
#27	("PHYSICIAN"; "PHYSICIANS") / (CT;UT;IT;SH)	84662
#28	((((FT=physician* OR FT=physician assistant*) OR FT=general practitioner*) OR FT=medical doctor*) OR FT=family physician*	425804
#29	26 OR 27 OR 28	428418
#30	12 AND 29	8246
#31	30 AND DT=("CLINICAL TRIAL"; "RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL"; "CONTROLLED CLINICAL TRIAL"; "GUIDELINE"; "META-ANALYSIS")	178
#32	23 AND 30	2727
#33	31 OR 32	2835
#34	25 OR 33	4010
#35	("CASE-CONTROL STUDIES"; "COHORT STUDIES") / (CT;UT;IT;SH)	809103
#36	19 OR 20 OR 21 OR 35	1402320
#37	17 AND 36	787
#38	18 OR 37	956
#39	30 AND 35	307
#40	31 OR 39	432
#41	38 OR 40	1304
#42	check duplicates: unique in s=41	1233
#43	s=42 NOT base=me66	579

Update-Recherche

Datenbank: [The Cochrane Library](#)

Recherchezeitraum: 2005 - 2008

Datum der Recherche: 28.08.2008

Tabelle 14: Datenbank The Cochrane Library 28.08.2008

Suchschritt	Suchtext	Anzahl der gefundenen Dokumente
#1	MeSH descriptor Dietary Services explode all trees	59
#2	MeSH descriptor Patient Education as Topic explode all trees	3603
#3	MeSH descriptor Counseling explode all trees	1764
#4	MeSH descriptor Education explode all trees	11317
#5	dietary services OR patient education OR counseling OR education OR dietary advice	26322
#6	(#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5)	28096
#7	MeSH descriptor Diet Therapy explode all trees	2616
#8	MeSH descriptor Diet explode all trees	7803
#9	MeSH descriptor Food explode all trees	13960
#10	MeSH descriptor Nutrition Therapy explode all trees	4894
#11	diet therapy OR dieting therapy OR dietary advice OR diet management	9056
#12	(#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11)	24326
#13	(#6 AND #12)	3011
#14	(#13), from 2005 to 2008	981
#15	MeSH descriptor Nurses explode all trees	695
#16	nurse* OR nurse practitioner* OR nurse clinician* OR dietitian* OR dietary assistant* OR nutritionist*	9504
#17	(#15 OR #16)	9504
#18	MeSH descriptor Physicians explode all trees	780
#19	MeSH descriptor Physician Assistants explode all trees	39
#20	physician* OR physician assistant* OR general practitioner* OR medical doctor* OR family physician*	21000
#21	(#18 OR #19 OR #20)	21018
#22	(#13 AND #17)	492
#23	(#13 AND #21)	503
#24	(#22 OR #23)	739
#25	(#24), from 2005 to 2008	298
#26	MeSH descriptor Cardiovascular Diseases explode all trees	53465
#27	MeSH descriptor Heart Diseases explode all trees	26587
#28	coronary heart disease*	8351
#29	(#26 OR #27 OR #28)	56062
#30	(#14 AND #29)	174
#31	MeSH descriptor Diabetes Mellitus explode all trees	10310
#32	diabetes	16439
#33	(#31 OR #32)	17139
#34	(#14 AND #33)	284
#35	MeSH descriptor Hyperlipidemias explode all trees	3647
#36	hyperlipidemia* OR hypercholesterolemia*	4571

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

#37	(#35 OR #36)	5009
#38	(#14 AND #37)	66
#39	MeSH descriptor Hypertension explode all trees	11364
#40	hypertension	23260
#41	(#39 OR #40)	23260
#42	(#14 AND #41)	157
#43	MeSH descriptor Obesity explode all trees	4163
#44	obesity OR overweight OR obese	7541
#45	(#43 OR #44)	7559
#46	(#14 AND #45)	278
#47	MeSH descriptor Kidney Diseases explode all trees	6932
#48	kidney disease* OR renal disease* OR renal insufficien*	9746
#49	(#47 OR #48)	13108
#50	(#14 AND #49)	116
#51	MeSH descriptor Neoplasms explode all trees	35154
#52	neoplasm* OR cancer OR carcinom* OR tumour* OR tumor*	61634
#53	(#51 OR #52)	63261
#54	(#14 AND #53)	183
#55	(#30 OR #34 OR #38 OR #42 OR #46 OR #50 OR #54)	638
#56	(#55), from 2005 to 2008	638
#57	(#25 OR #56)	709

Die in der Cochrane Library identifizierten 709 Dokumente verteilen sich wie folgt auf die Teildatenbanken:

Cochrane Reviews	[252]
Other Reviews	[45]
Clinical Trials	[351]
Technology Assessments	[9]
Economic Evaluations	[38]
Cochrane Groups	[14]

Datenbank: Medline (PubMed)

Recherchezeitraum: 01.09.2005 – 10.09.2008

Datum der Recherche: 10.09.2008

Tabelle 15: Datenbank Medline (PubMed) 10.09.2008

Suchschritt	Suchtext	Anzahl der gefundenen Dokumente
#1	Search "dietary services"[MeSH Terms] OR "patient education as topic"[MeSH Terms] OR "counseling"[MeSH Terms] OR "education"[MeSH Terms]	494934
#2	Search dietary services OR patient education OR counseling OR education OR dietary advice	713330
#3	Search #1 OR #2	713330
#4	Search "diet"[MeSH Terms] OR "diet therapy"[MeSH Terms] OR "nutrition assessment"[MeSH Terms] OR "food"[MeSH Terms]	493203

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

#5	Search diet OR nutrition OR food OR diet therapy OR dietetic* OR dieting therapy OR diet management	913772
#6	Search #4 OR #5	913772
#7	Search #3 AND #6	47842
#8	Search "nurses"[MeSH Terms] OR "nurse practitioners"[MeSH Terms] OR "nurse clinicians"[MeSH Terms]	56712
#9	Search nurse* OR nurse practitioner* OR nurse clinician* OR dietitian* OR dietary assistant* OR nutritionist*	210814
#10	Search "physicians"[MeSH Terms] OR "physician assistants"[MeSH Terms]	67077
#11	Search physician* OR physician assistant* OR general practitioner* OR medical doctor* OR family physician*	338190
#12	Search #8 OR #9 OR #10 OR #11	530813
#13	Search #7 AND #12	6986
#14	Search #7 AND #12 Limits: Publication Date from 2005/09/01 to 2008/09/10, Humans, Systematic Reviews	105
#15	Search #7 AND #12 Limits: Publication Date from 2005/09/01 to 2008/09/10, Humans, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial	138
#16	Search "case control studies"[MeSH Terms] OR "cohort studies"[MeSH Terms]	974110
#17	Search #13 AND #16	569
#18	Search #13 AND #16 Limits: Publication Date from 2005/09/01 to 2008/09/10, Humans	132
#19	Search #14 OR #15 OR #18	311
#20	Search "myocardial ischemia"[MeSH Terms] OR heart disease*	383148
#21	Search #7 AND #20	1967
#22	Search #7 AND #20 Limits: Publication Date from 2005/09/01 to 2008/09/10, Humans, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial	54
#23	Search #16 AND #21 Limits: Publication Date from 2005/09/01 to 2008/09/10, Humans	66
#24	Search "diabetes mellitus"[MeSH Terms] OR "diabetes, gestational"[MeSH Terms] OR diabetes	314050
#25	Search #7 AND #24	3794
#26	Search #7 AND #24 Limits: Publication Date from 2005/09/01 to 2008/09/10, Humans, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial	142
#27	Search #16 AND #25 Limits: Publication Date from 2005/09/01 to 2008/09/10, Humans	154
#28	Search "hypercholesterolemia"[MeSH Terms] OR "hyperlipidemias"[MeSH Terms] OR hypercholesterolemia OR hyperlipidemia	58126
#29	Search #7 AND #28	1192
#30	Search #7 AND #28 Limits: Publication Date from 2005/09/01 to 2008/09/10, Humans, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial	37
#31	Search #16 AND #29 Limits: Publication Date from 2005/09/01 to 2008/09/10, Humans	35
#32	Search "hypertension"[MeSH Terms] OR hypertension	289461
#33	Search #7 AND #32	1624

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

#34	Search #7 AND #32 Limits: Publication Date from 2005/09/01 to 2008/09/10, Humans, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial	63
#35	Search #16 AND #33 Limits: Publication Date from 2005/09/01 to 2008/09/10, Humans	65
#36	Search "renal insufficiency"[MeSH Terms] OR "renal dialysis"[MeSH Terms]	130340
#37	Search (kidney OR renal) AND (insufficiency OR dialysis OR failure)	171498
#38	Search #36 OR #37	179930
#39	Search #7 AND #38	469
#40	Search #7 AND #38 Limits: Publication Date from 2005/09/01 to 2008/09/10, Humans, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial	13
#41	Search #16 AND #39 Limits: Publication Date from 2005/09/01 to 2008/09/10, Humans	15
#42	Search "obesity"[MeSH Terms] OR obesity OR overweight	118132
#43	Search #7 AND #42	4799
#44	Search #7 AND #42 Limits: Publication Date from 2005/09/01 to 2008/09/10, Humans, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial	233
#45	Search #16 AND #43 Limits: Publication Date from 2005/09/01 to 2008/09/10, Humans	191
#46	Search "neoplasms"[MeSH Terms] OR neoplasm* OR tumor* OR tumour* OR cancer OR carcinoma	2410486
#47	Search #7 AND #46	2700
#48	Search #7 AND #46 Limits: Publication Date from 2005/09/01 to 2008/09/10, Humans, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial	98
#49	Search #16 AND #47 Limits: Publication Date from 2005/09/01 to 2008/09/10, Humans	149
#50	Search #19 OR #22 OR #23 OR #26 OR #27 OR #30 OR #31 OR #34 OR #35 OR #40 OR #41 OR #44 OR #45 OR #48 OR #49	1026

Datenbanken: Medline, Medline Alert, Embase, Embase Alert, Gerolit (DIMDI-Superbase)

Recherchezeitraum: 2005 – 11.09.2008

Datum der Recherche: 11.09.2008

Tabelle 16: Datenbanken Medline, Medline Alert, Embase, Embase Alert, Gerolit (DIMDI-Superbase) 11.09.2008

Suchschritt	Suchtext	Anzahl der gefundenen Dokumente
1	ME60; EM74; EA08	30909710
2	CT=("DIETARY SERVICES"; "DIETARY SERVICE")	42426
3	CT=("PATIENT EDUCATION AS TOPIC"; "PATIENT EDUCATION")	78288
4	CT="DIRECTIVE COUNSELING" OR CT D "PATIENT COUNSELING" OR ("PATIENT COUNSELING") / (UT;IT;SH) OR	817617

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

	CT D "COUNSELING" OR ("COUNSELING") / (UT;IT;SH) OR CT D ("EDUCATION PROGRAM"; "EDUCATION OF PATIENTS"; "EDUCATION SERVICE"; "EDUCATION") OR ("EDUCATION PROGRAM"; "EDUCATION OF PATIENTS"; "EDUCATION SERVICE"; "EDUCATION") / (UT;IT;SH)	
5	((FT=dietary service* OR FT=patient education) OR FT=counseling) OR FT=education) OR FT=dietary advice	844531
6	2 OR 3 OR 4 OR 5	1046488
7	CT="DIET" OR CT D "DIET THERAPY" OR ("DIET THERAPY") / (UT;IT;SH) OR CT D ("NUTRITION"; "FOOD") OR ("NUTRITION; "FOOD") / (UT;IT;SH)	1808959
8	((FT=DIET OR FT=DIET THERAPY) OR FT=NUTRITION) OR FT=FOOD	996460
9	(FT=dietetic* OR FT=dieting therapy) OR FT=diet management	12453
10	7 OR 8 OR 9	2214737
11	6 AND 10	73641
12	CT="NURSE" OR CT D "NURSES" OR ("NURSES") / (UT;IT;SH) OR CT D ("NURSE CLINICIANS"; "NURSE CLINICIAN") OR ("NURSE CLINICIANS"; "NURSE CLINICIAN") / (UT;IT;SH) OR CT D ("NURSE PRACTITIONERS"; "NURSE PRACTITIONER") OR ("NURSE PRACTITIONERS"; "NURSE PRACTITIONER") / (UT;IT;SH)	75772
13	(FT=nurse* OR FT=nurse practitioner*) OR FT=nurse clinician*	255212
14	(FT=dietitian* OR FT=dietary assistant*) OR FT=nutritionist*	7614
15	12 OR 13 OR 14	261693
16	11 AND 15	5845
17	CT D ("PHYSICIAN EXECUTIVES"; "PHYSICIAN EXECUTIVE"; "PHYSICIAN ASSISTANTS"; "PHYSICIAN ASSOCIATE"; "PHYSICIAN ASSISTANT"; "PHYSICIAN") OR ("PHYSICIAN EXECUTIVES"; "PHYSICIAN EXECUTIVE"; "PHYSICIAN ASSISTANTS"; "PHYSICIAN ASSOCIATE"; "PHYSICIAN ASSISTANT"; "PHYSICIAN") / (UT;IT;SH) OR CT D ("PHYSICIANS' ASSISTANTS"; "PHYSICIANS' ASSISTANT"; "PHYSICIANS ASSISTANTS"; "PHYSICIANS") OR ("PHYSICIANS' ASSISTANTS"; "PHYSICIANS' ASSISTANT"; "PHYSICIANS ASSISTANTS"; "PHYSICIANS") / (UT;IT;SH)	196536
18	((FT=physician* OR FT=physician assistant*) OR FT=general practitioner*) OR FT=medical doctor*) OR FT=family physician*	540385
19	17 OR 18	582543
20	11 AND 19	6865
21	16 OR 20	11543
22	CT=("CLINICAL TRIAL AS TOPIC"; "CLINICAL TRIALS, CONTROLLED AS TOPIC"; "CLINICAL TRIALS"; "CLINICAL TRIAL, CONTROLLED"; "CLINICAL TRIALS AS TOPIC"; "CLINICAL TRIAL") OR (CT D ("PRACTICE GUIDELINES"; "PRACTICE GUIDELINES AS TOPIC"; "PRACTICE GUIDELINE") OR ("PRACTICE GUIDELINES"; "PRACTICE GUIDELINES AS TOPIC"; "PRACTICE GUIDELINE") / (UT;IT;SH) OR CT D ("METAANALYSIS"; "META-ANALYSIS AS TOPIC"; "META-ANALYSIS") OR ("METAANALYSIS"; "META-ANALYSIS AS TOPIC"; "META-ANALYSIS") / (UT;IT;SH)	830118
23	DT="PRACTICE GUIDELINE" OR DT="CLINICAL TRIAL" OR DT="CONTROLLED CLINICAL TRIAL" OR DT="RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL" OR DT="META-ANALYSIS"	571697

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

24	CT=("CASE CONTROL STUDY"; "CASE CONTROL STUDIES") OR CT D ("CASE-CONTROL STUDY"; "CASE-CONTROL STUDIES") OR ("CASE-CONTROL STUDY"; "CASE-CONTROL STUDIES") / (UT;IT;SH) OR CT D ("COHORT STUDY"; "COHORT STUDIES") OR ("COHORT STUDY"; "COHORT STUDIES") / (UT;IT;SH)	1043718
25	Pps=sysrev	148487
26	22 OR 23 OR 24 OR 25	2297790
27	21 AND 26	2423
28	27 AND PY=2005 to 2008 AND pps=Mensch	947
29	CT=("MYOCARDIAL ISCHEMIAS"; "MYOCARDIAL ISCHEMIA") OR FT=heart disease*	346421
30	CT="DIABETES MELLITUS" OR CT D "DIABETES, GESTATIONAL" OR ("DIABETES, GESTATIONAL") / (UT;IT;SH) OR CT D "GESTATIONAL DIABETES" OR "(GESTATIONAL DIABETES)" / (UT;IT;SH) OR FT=diabetes	542612
31	CT=("HYPERCHOLESTEROLEMIAS"; "HYPERCHOLESTEROLEMIA") OR CT D ("HYPERLIPIDEMIAS"; "HYPERLIPIDEMIA") OR ("HYPERLIPIDEMIAS"; "HYPERLIPIDEMIA") / (UT;IT;SH) OR FT=hypercholesterolemia OR FT=hyperlipidemia	116201
32	CT="HYPERTENSION" OR FT=hypertension	567243
33	CT=("RENAL INSUFFICIENCY"; "RENAL INSUFFICIENCIES") OR (CT D "RENAL DIALYSIS" OR ("RENAL DIALYSIS") / (UT;IT;SH)	184116
34	(kidney OR renal) AND (insufficiency OR dialysis OR failure)	312757
35	33 OR 34	348266
36	CT="OBESITY" OR FT=obesity OR FT=overweight	223515
37	ct d neoplasms	3573233
38	neoplasms* OR tumor* OR tumour* OR cancer OR carcinoma	3854100
39	37 OR 38	4320899
40	29 OR 30 OR 31 OR 32 OR 35 OR 36 OR 39	5990005
41	11 AND 40	23098
42	22 OR 23 OR 25	1420455
43	41 AND 42	5046
44	43 AND PY=2005 to 2008 AND pps=Mensch	2139
45	CT D ("RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS"; "RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL"; "RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS AS TOPIC") OR ("RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS"; "RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL"; "RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS AS TOPIC") / (UT;IT;SH) OR DT="RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL"	469048
46	41 AND 45	1798
47	46 AND PY=2005 to 2008 AND pps=Mensch	582
48	28 OR 47	1443
49	check duplicates: unique in s=48	1303
50	s=49 AND base=em74	646

B-6.5 Anhänge zur Qualitätsbewertung der Studien

PEDro Skala

1. Definition von Ein- / Ausschlusskriterien
2. Randomisierung
3. Concealment of Allocation
4. Vergleichbarkeit zwischen den Gruppen
5. Verblindung der Patienten
6. Verblindung der Therapeuten
7. Verblindung der Auswerter
8. Mindestens 85 % der Patienten wurden ausgewertet
9. ITT Analyse
10. Ergebnis der vergleichenden statistischen Auswertung berichtet
11. Punkt und Variabilität (z.B. Standardabweichung) des Ergebnisses berichtet.

Studien zu Adipositas

Quelle:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ash (2006)	+	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+
Kalavainen (2007)	+	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+

Erläuterungen PEDroSkala	
+ Kriterium erfüllt	1. Definition von Ein- / Ausschlusskriterien
- Kriterium nicht erfüllt	2. Randomisierung
= Unvollständige Angaben / Verdacht auf Fehler in der Ausführung	3. Concealment of Allocation
	4. Vergleichbarkeit zwischen den Gruppen
	5. Verblindung der Patienten
	6. Verblindung der Therapeuten
	7. Verblindung der Auswerter
	8. Mindestens 85 % der Patienten wurden ausgewertet
	9. ITT Analyse
	10. Ergebnis der vergleichenden statistischen Auswertung berichtet

	11. Punkt und Variabilität (z.B. Standardabweichung) des Ergebnisses berichtet.
--	---

Studien zu Diabetes mellitus Typ 2

Quelle:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Anderson-Loftin (2005)	+	+	-	+	-	-	-	-	+	+	+
Franz (1995)	+	+	-	+	-	-	-	-	-	+	+
Hartwell (1986)	+	+	-	=	-	-	-	+	-	+	+
Heller (1988)	+	+	-	+	-	-	-	+	-	+	+
Korhonen (1987)	+	+	-	+	-	-	-	+	-	+	+
Mayer-Davis (2004)	+	+	-	+	-	-	-	-	+	+	+
Miller (2002)	+	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+
Pijls (2000)	+	+	-	+	-	-	-	-	+	+	+
Wolf (2004)	+	+	-	+	-	-	+	-	+	+	+

<p>Erläuterungen PEDroSkala</p> <p>+ Kriterium erfüllt</p> <p>- Kriterium nicht erfüllt</p> <p>= Unvollständige Angaben / Verdacht auf Fehler in der Ausführung</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definition von Ein- / Ausschlusskriterien 2. Randomisierung 3. Concealment of Allocation 4. Vergleichbarkeit zwischen den Gruppen 5. Verblindung der Patienten 6. Verblindung der Therapeuten 7. Verblindung der Auswerter 8. Mindestens 85 % der Patienten wurden ausgewertet 9. ITT Analyse 10. Ergebnis der vergleichenden statistischen Auswertung berichtet 11. Punkt und Variabilität (z.B. Standardabweichung) des Ergebnisses berichtet.
--	---

Studien zu Hypercholesterinämie/Hyperlipidimie

Quelle:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ammermann (2003a)	+	+	-		-	-	-	-	+	+	+
Becker (1998)	+	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+
Curzio (1989)	+	+	-	-	-	-	-	+	+	+	+
Delahanty (2001)	+	+	-	+	-	-	+	+	+	+	+
Heller (1989)	+	+	-	+	-	-	-	-	+	+	+
Henkin (2000)	+	+	-	+	-	-	-	-	+	+	+
Hjermann et al. 1981*	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+
Johnston (1995)	+	+	-	+	-	-	-	-	+	+	+
Moy (2001)	+	+	-	+	-	-	-	-	+	+	+
Neil (1995)	+	+	-	+	-	-	+	+	+	+	+
Rhodes (1996)	+	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+
Shannon (1994)	+	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+
Wood (1991)	+	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+

<p>Erläuterungen PEDroSkala</p> <p>+ Kriterium erfüllt</p> <p>- Kriterium nicht erfüllt</p> <p>= Unvollständige Angaben / Verdacht auf Fehler in der Ausführung</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definition von Ein- / Ausschlusskriterien 2. Randomisierung 3. Concealment of Allocation 4. Vergleichbarkeit zwischen den Gruppen 5. Verblindung der Patienten 6. Verblindung der Therapeuten 7. Verblindung der Auswerter 8. Mindestens 85 % der Patienten wurden ausgewertet 9. ITT Analyse 10. Ergebnis der vergleichenden statistischen Auswertung berichtet 11. Punkt und Variabilität (z.B. Standardabweichung) des Ergebnisses berichtet.
--	---

Studien zu Hypertonie

Quelle:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Beckmann (1995)	+	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+
Croft (1986)	+	+	-	+	-	-	-	-	+	+	+
Jones (1999)	+	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+
Koopman (1990)	+	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+
Korhonen (2003)	+	+	-	+	-	-	+	-	+	+	+
Langford (1985)	+	+	-	-	-	-	-	+	+	+	+
Ramsay (1978)	+	+	-	-	-	-	+	-	+	+	+
Stamler (1987)	+	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+

<p>Erläuterungen PEDroSkala</p> <p>+ Kriterium erfüllt</p> <p>- Kriterium nicht erfüllt</p> <p>= Unvollständige Angaben / Verdacht auf Fehler in der Ausführung</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definition von Ein- / Ausschlusskriterien 2. Randomisierung 3. Concealment of Allocation 4. Vergleichbarkeit zwischen den Gruppen 5. Verblindung der Patienten 6. Verblindung der Therapeuten 7. Verblindung der Auswerter 8. Mindestens 85 % der Patienten wurden ausgewertet 9. ITT Analyse 10. Ergebnis der vergleichenden statistischen Auswertung berichtet 11. Punkt und Variabilität (z.B. Standardabweichung) des Ergebnisses berichtet.
--	---

Studien zu Niereninsuffizienzen

Quelle:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ashhurst (2003)	+	+	-	=	-	-	-	+	+	+	+
Campbell (2008)	+	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+
Ford (2004)	+	+	-	-	-	-	-	+	+	+	+

<p>Erläuterungen PEDroSkala</p> <p>+ Kriterium erfüllt</p> <p>- Kriterium nicht erfüllt</p> <p>= Unvollständige Angaben / Verdacht auf Fehler in der Ausführung</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definition von Ein- / Ausschlusskriterien 2. Randomisierung 3. Concealment of Allocation 4. Vergleichbarkeit zwischen den Gruppen 5. Verblindung der Patienten 6. Verblindung der Therapeuten 7. Verblindung der Auswerter 8. Mindestens 85 % der Patienten wurden ausgewertet 9. ITT Analyse 10. Ergebnis der vergleichenden statistischen Auswertung berichtet 11. Punkt und Variabilität (z.B. Standardabweichung) des Ergebnisses berichtet.
--	---

Studien zu onkologischen Erkrankungen

Quelle:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Djuric (2002)	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+
Hebert (2001)	+	+	-	+	-	-	-	-	-	+	+
Isenring (2004/2007)	+	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+
Loprinzi (1996)	+	+	-	+	-	-	-	+	+	+	-
Ovesen (1993)	+	+	-	+	-	-	-	-	-	+	+
Pakiz (2005)	+	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+
Pierce (2004/2007)	+	+	-	+	-	-	-	+	-	+	+
Ravasco (2005a)	+	+	+	=	-	-	-	+	+	+	+
Ravasco (2005b)	+	+	+	=	-	-	-	+	+	+	+
Rock (2001)	+	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+
Scheier (2005)	+	+	-	+	-	-	-	+	-	+	+
Shaw (2007)	+	+	-	+	-	-	-	+	-	+	+

<p>Erläuterungen PEDroSkala</p> <p>+ Kriterium erfüllt</p> <p>- Kriterium nicht erfüllt</p> <p>= Unvollständige Angaben / Verdacht auf Fehler in der Ausführung</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definition von Ein- / Ausschlusskriterien 2. Randomisierung 3. Concealment of Allocation 4. Vergleichbarkeit zwischen den Gruppen 5. Verblindung der Patienten 6. Verblindung der Therapeuten 7. Verblindung der Auswerter 8. Mindestens 85 % der Patienten wurden ausgewertet 9. ITT Analyse 10. Ergebnis der vergleichenden statistischen Auswertung berichtet
--	--

B SEKTORENÜBERGREIFENDE BEWERTUNG VON NUTZEN UND MEDIZINISCHER NOTWENDIGKEIT

	11. Punkt und Variabilität (z.B. Standardabweichung) des Ergebnisses berichtet.
--	---

Studien zu weiteren Erkrankungen

Quelle:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Arcand (2005)	+	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+
Evans (2005)	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+
Svendsen (2007)	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+
Wong (2004)	+	+	-	+	-	-	-	-	+	+	+

<p>Erläuterungen PEDroSkala</p> <p>+ Kriterium erfüllt</p> <p>- Kriterium nicht erfüllt</p> <p>= Unvollständige Angaben / Verdacht auf Fehler in der Ausführung</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definition von Ein- / Ausschlusskriterien 2. Randomisierung 3. Concealment of Allocation 4. Vergleichbarkeit zwischen den Gruppen 5. Verblindung der Patienten 6. Verblindung der Therapeuten 7. Verblindung der Auswerter 8. Mindestens 85 % der Patienten wurden ausgewertet 9. ITT Analyse 10. Ergebnis der vergleichenden statistischen Auswertung berichtet 11. Punkt und Variabilität (z.B. Standardabweichung) des Ergebnisses berichtet.
--	---

C Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung als Heilmittel

Entsprechend der zweigliedrigen Bewertung einer Methode ist gemäß 2. Kapitel § 7 lit. b) VerfO eine sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext durchzuführen (zur sektorenübergreifenden Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit gemäß 2. Kapitel § 7 lit. a) VerfO wird auf Kapitel B: Sektorenübergreifende Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit verwiesen).

Das Ergebnis der vorangegangenen Nutzenbewertung und der Expertenanhörung bezieht sich auf bestimmte (in den Stellungnahmen übereinstimmend genannte) seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen und auf die Mukoviszidose (zystische Fibrose), bei denen eine Diättherapie als alternativlose medizinische Maßnahme gilt, da ansonsten Tod oder schwere Behinderung drohen (vgl. Kapitel B 4.8). Die Konkretisierung in Bezug auf die Seltenheit bei den hier in Rede stehenden angeborenen Stoffwechselerkrankungen begründet sich in der notwendigen Abgrenzung zu anderen angeborenen Stoffwechselerkrankungen (z. B. Typ 1 Diabetes).

C-1 Zu den Indikationen seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose

Der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit für eine Ernährungsberatung gelten bei den seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und der Mukoviszidose, bei denen eine Diättherapie bzw. Ernährungsberatung als alternativlose medizinische Maßnahme gilt, da ansonsten Tod oder schwere Behinderung drohen, als belegt. Die Ernährungsberatung bei diesen Indikationen erfolgt gegenwärtig im Rahmen einer multiprofessionellen Behandlung in spezialisierten Zentren, an Hochschulambulanzen, Sozialpädiatrische Zentren bzw. in speziellen Schwerpunktpraxen im Rahmen der ambulanten Betreuung der Patienten. In der vertragsärztlichen Versorgung ist die Ernährungsberatung als Heilmittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung derzeit nicht etabliert.

C-1.1 Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit der Ernährungsberatung in der vertragsärztlichen Versorgung als Heilmittel

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten im Säuglings- und Kindesalter mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose wird gegenwärtig durch speziell qualifizierte Therapeutinnen und Therapeuten in spezialisierten Einrichtungen (sog. Stoffwechsel-Zentren bzw. Mukoviszidose-Spezialambulanzen) und in Schwerpunktpraxen in der vertragsärztlichen Versorgung sowie im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführt. Die Maßnahmen der Ernährungsmedizin und die zugehörige Ernährungsberatung (nachstehend als Ernährungstherapie bezeichnet) sind medizinisch erforderlicher Bestandteil einer multimodalen/multiprofessionellen Therapie.

Zu berücksichtigen ist, dass aufgrund des medizinischen Fortschritts nicht mehr nur Kinder therapiert werden, sondern ein Drittel der Patientinnen und Patienten mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen sich im Erwachsenenalter befindet (Schweiz Med Forum 2011;11 (36):607-612). Für Patientinnen und Patienten im Jugend- und Erwachsenenalter kann es aufgrund der Erfordernisse in Schul- und Arbeitsleben in Abhängigkeit des jeweiligen Krankheitszustandes mitunter sinnvoller und aufwandsärmer sein, entsprechend spezialisierte, und soweit möglich in Wohnortnähe niedergelassene, Therapeutinnen und Therapeuten für eine qualifizierte Ernährungstherapie in Anspruch zu nehmen. Die sich häufig durch die Behandlung in ggf. weiter entfernten spezialisierten Einrichtungen oder Schwerpunktpraxen ergebenden langen Fahrtwege können dadurch reduziert werden.

Mit der Aufnahme der Ernährungstherapie als eigenständiges verordnungsfähiges Heilmittel werden die Voraussetzungen geschaffen, neben der bestehenden spezialisierten Versorgung in spezialisierten Einrichtungen und Schwerpunktpraxen Ernährungstherapie auch in Wohnortnähe in Anspruch nehmen zu können.

C-1.2 Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Ernährungsberatung in der vertragsärztlichen Versorgung als Heilmittel

Zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit gemäß 2. Kapitel § 10 der VerfO des G-BA müssen die Kosten einer ambulanten Ernährungstherapie bei den Indikationen, bei denen der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit für eine Ernährungsberatung gegeben ist, mit den jeweiligen Auswirkungen verglichen werden. Für die konkrete Operationalisierung solcher Vergleiche sind verschiedene Verfahren der gesundheitsökonomischen Evaluation entwickelt worden. Der erfassten Literatur und den Stellungnahmen sind keine Untersuchungen zu Aspekten der Wirtschaftlichkeit zu entnehmen. Da dem G-BA die erforderlichen Daten für eine solche

Prüfung der Wirtschaftlichkeit nicht zur Verfügung stehen, konnte keine diesen Methoden entsprechende Bewertung der Wirtschaftlichkeit vorgenommen werden.

C-2 Zu den weiteren Indikationen mit Ausnahme der Indikationen seltene angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose

C-2.1 Bewertung der Notwendigkeit der Ernährungsberatung in der vertragsärztlichen Versorgung als Heilmittel

Bei den Indikationen Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Hypercholesterinämie/Hyperlipidämie, Hypertonie, Niereninsuffizienzen, Onkologische Erkrankungen, Osteoporose, Schlafapnoe, Psychose und chronische Herzinsuffizienz sowie bei den in den Stellungnahmen genannten weiteren Indikationen, z. B. entzündliche Magen- und Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa, M. Crohn), Kurzdarmsyndrom, Magengeschwür, Hyperurikämie, Gicht, Psoriasis vulgaris, Psoriasis arthritis sieht der G-BA keine Anhaltspunkte, wonach die sektorspezifische Betrachtung zu einem anderen Ergebnis führen würden als bei der sektorenübergreifenden Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit. Eine Notwendigkeit für eine alleinige Ernährungsberatung als verordnungsfähiges Heilmittel ist somit nicht gegeben.

C-2.2 Sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung als Heilmittel

Zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit gemäß § 10 VerfO des G-BA müssen die Kosten einer ambulanten Ernährungstherapie mit den jeweiligen Auswirkungen verglichen werden. Für die konkrete Operationalisierung solcher Vergleiche sind verschiedene Verfahren der gesundheitsökonomischen Evaluation entwickelt worden. Da ein Nutzen der alleinigen ambulanten Ernährungstherapie bei den Indikationen Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Hypercholesterinämie/Hyperlipidämie, Hypertonie, Niereninsuffizienzen, Onkologische Erkrankungen, Osteoporose, Schlafapnoe, Psychose und chronische Herzinsuffizienz sowie bei den weiteren im Stellungsverfahren genannten Indikationen, z. B. entzündliche Magen- und Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa, M. Crohn), Kurzdarmsyndrom, Magengeschwür, Hyperurikämie, Gicht, Psoriasis vulgaris, Psoriasis arthritis nicht nachweisbar ist, ist eine (sektorspezifische) Bewertung der Wirtschaftlichkeit im Sinne einer Einbeziehung von Kostengrößen nicht angemessen. Ein nicht nachweisbarer Nutzen kann nicht durch ggf. geringere Kosten aufgewogen werden, deren Einbeziehung ist daher in diesem Kontext nicht relevant.

D Stellungnahmeverfahren vor abschließender Beschlussfassung des G-BA

Die Stellungnahmeverfahren vom August 2014 und November 2016 sind in der Anlage 1 zur Zusammenfassenden Dokumentation dokumentiert. Die Volltexte der Stellungnahmeverfahren sind in den Anlagen 2 (SN-Verfahren 2014) und 3 (SN-Verfahren 2016) dokumentiert.

E Bürokratiekostenermittlung

E-1 Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie: ambulante Ernährungsberatungen mit Ausnahme der Indikationen angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

E-2 Änderung der Heilmittel-Richtlinie: ambulante Ernährungsberatung bei den Indikationen angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der G-BA die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel VerfO die in den Beschlussskizzen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Aus dem vorliegenden Beschluss über die Aufnahme der Ernährungstherapie als verordnungsfähiges Heilmittel bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose resultieren die folgenden neuen Informationspflichten für Leistungserbringer:

a) Verordnung von Ernährungstherapie

Gemäß § 13 Abs. 1 HeilM-RL erfolgt die Verordnung von Heilmittel ausschließlich auf den vereinbarten Vordrucken, welche zu diesem Zweck vollständig auszufüllen sind. Ein auf die Verordnung von Ernährungstherapie zugeschnittenes eigenes Verordnungsformular liegt zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vor. Allerdings wurde im Rahmen des von der Bundesregierung durchgeführten Projekts „Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege: Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind“ ein Erfüllungsaufwand für Arztpraxen für das Ausstellen einer Verordnung auf ein Heilmittel im Regelfall von 11,5 Minuten je Verordnung ermittelt. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes entfallen hiervon 4,5 Minuten auf Bürokratiekosten, wobei folgende Standardaktivitäten zugrunde gelegt werden:

<i>Standardaktivität</i>	<i>Zeitwert</i>	<i>Qualifikationsniveau</i>
Beschaffung von Daten	1	hoch
Formulare ausfüllen	2,5	hoch
Kopieren, Archivieren, Verteilen	1	niedrig

Die Bürokratiekosten für das Ausstellen einer Verordnung belaufen sich mithin auf 3,28 Euro. Hinsichtlich der jährlichen Anzahl an Verordnungen von Ernährungstherapie kann an dieser Stelle nur eine vorläufige Schätzung erfolgen. Wird von einem Bestand von rund 23.000 für eine Verordnung von Ernährungstherapie infrage kommenden Versicherten ausgegangen und angenommen, dass ein Patient im Durchschnitt zwei Verordnungen jährlich erhält, entspräche dies einer Zahl von jährlich 46.000 Verordnungen. Damit ergeben sich geschätzte jährliche Bürokratiekosten in Höhe von rund 151.000 Euro.

b) Übermittlung relevanter Parameter von den Vertragsärzten und Vertragsärztinnen an die Therapeutinnen und Therapeuten

Gemäß § 44 Abs. 3 sind von den Vertragsärzten/Vertragsärztinnen relevante Stoffwechsel- und Ernährungsparameter zu erheben und von den Therapeuten/Therapeutinnen zu beachten. Hierbei wird davon ausgegangen, dass die Erhebung der genannten Parameter Teil der üblichen ärztlichen Dokumentation in den entsprechenden Fällen ist und somit aus der Dokumentation dieser Angaben kein zusätzlicher bürokratischer Aufwand für die verordnenden Vertragsärzte resultiert. Zusätzlicher Bürokratiekosten entstehen jedoch für die Übermittlung der Daten an den jeweiligen Therapeuten/die jeweilige Therapeutin. Gemäß Zeitwerttabelle des Statistischen Bundesamtes können für die Datenübermittlung bei hoher Komplexität zehn Minuten je Fall angenommen werden. Unter der Annahme eines erforderlichen durchschnittlichen Qualifikationsniveaus (34,10 Euro/h) und einer Zahl von jährlich 46.000 Verordnungen ergeben sich jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 261.430 Euro.

c) Nachweis der Qualifikation der Therapeutinnen und Therapeuten

Der Beschluss sieht vor, dass die die Ernährungstherapie bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen erbringenden Therapeutinnen und Therapeuten neben den im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Qualifikationen eine Therapieerfahrung bei 75 Patienten innerhalb eines Jahres in der Behandlung von seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen nachweisen. Dabei müssen spezielle Kenntnisse im Rahmen der Berufsausübung und/oder ergänzend durch weitere Qualifikation nachgewiesen werden.

Daneben sieht der Beschluss für die die Ernährungstherapie bei Mukoviszidose erbringenden Therapeutinnen und Therapeuten ebenfalls vor, dass diese neben den im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Qualifikationen eine Therapieerfahrung bei 50 Patienten innerhalb eines Jahres in der Behandlung von Mukoviszidose nachweisen. Dabei müssen spezielle Kenntnisse im Rahmen der Berufsausübung und/oder ergänzend durch weitere Qualifikation nachgewiesen werden.

Hinsichtlich der Nachweise wird davon ausgegangen, dass diese einmalig im Rahmen der Erteilung einer Zulassung nach § 124 SGB V vorzulegen sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Antrag auf Zulassung die nach § 124 Abs. 2 SGB V erforderlichen Nachweise (Berufsurkunde, Raumskizzen etc.) ohnehin einzureichen sind.

Zusätzliche Bürokratiekosten für die Therapeuten resultieren aus dem Beschluss insofern, als darüber hinaus die einschlägige Therapieerfahrung sowie ein ggf. einzureichendes Weiterbildungszertifikat nachgewiesen werden müssen.

Es wird geschätzt, dass zunächst rund 100 Therapeutinnen und Therapeuten den Nachweis der geforderten Qualifikationen und Therapieerfahrung erbringen werden. Welcher zeitliche Aufwand für den Nachweis der speziellen Kenntnisse erforderlich sein wird, kann an dieser Stelle nur geschätzt werden. Wird von einem halben Arbeitstag ausgegangen (zusammengesetzt aus den Zeitwerten der folgenden Standardaktivitäten: Beschaffung von Daten 120 Min. sowie Aufbereitung der Daten 120 Min.) und mittleres Qualifikationsniveau (31,50 Euro/h) unterstellt, belaufen sich die einmalig anfallenden Bürokratiekosten auf insgesamt 12.600 Euro.

Der Nachweis der erforderlichen Therapieerfahrung erfolgt für die Behandlung seltener angeborener Stoffwechselerkrankungen durch den Nachweis von 75 behandelten Patienten und im Falle der Behandlung von Mukoviszidose durch den Nachweis von 50 behandelten Patienten. Geht man davon aus, dass für die retrospektive Erfassung der behandelten Patienten ein zeitlicher Aufwand von drei Minuten erforderlich ist, ergibt sich für den Nachweis 75 Patientenbehandelt zu haben (bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen) ein zeitlicher Aufwand von 225 Minuten sowie für den Nachweis 50 Patienten behandelt zu haben (bei Mukoviszidose) ein zeitlicher Aufwand von 150 Minuten.

Dies damit einhergehenden Bürokratiekosten belaufen sich für Ernährungstherapeuten im Bereich der seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen auf geschätzt rund 11.810 Euro (geschätzt zunächst 100 Therapeuten x 225 Min. x 31,50 Euro/h) sowie für die Behandlung von Mukoviszidose auf geschätzt rund 7.875 Euro (geschätzt zunächst 100 Therapeuten x 150 Min. x 31,50 Euro/h).]