



DGE

Beratungsstandards

Der Wissenschaft verpflichtet –
Ihre Partnerin für Essen und Trinken

Inhalt

Kapitel 1: Nährstoffbezogene Empfehlungen

- 1.1 Einsatz der Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr in der Ernährungsberatung
- 1.2 Energie
- 1.3 Protein
- 1.4 Fett
- 1.5 Kohlenhydrate
- 1.6 Ballaststoffe
- 1.7 Relation der energieliefernden Nährstoffe
- 1.8 Alkohol
- 1.9 Evidenzbasierte Leitlinien der DGE zur Prävention ernährungsmitbedingter Krankheiten
- 1.10 Vitamine und Mineralstoffe
 - 1.10.1 Vitamin D, Knochengesundheit und präventive Aspekte
 - 1.10.2 Vitamin K und Therapie mit oralen Antikoagulanzen vom Cumarintyp
 - 1.10.3 Vitamin B₁₂
 - 1.10.4 Folat
 - 1.10.5 Jod und Jodsalz in der Ernährung

Kapitel 2: Lebensmittelbezogene Ernährungsempfehlungen

- 2.1 Lebensmittelbezogene Ernährungsempfehlungen
- 2.2 Alternative Ernährungsformen
 - 2.2.1 Vollwert-Ernährung
 - 2.2.2 Vegetarische und vegane Ernährung
 - 2.2.3 Die mediterrane Ernährung
 - 2.2.4 DASH-Diät
 - 2.2.5 Intervallfasten
 - 2.2.6 Basenfasten
 - 2.2.7 Rohkost nach Wandmaker
 - 2.2.8 Paleo-Ernährung
 - 2.2.9 Anthroposophische Ernährungslehre
 - 2.2.10 Ernährung nach Traditioneller Chinesischer Medizin
 - 2.2.11 Original Haysche Trennkost
 - 2.2.12 Makrobiotik
 - 2.2.13 Die Planetary Health Diet
 - 2.2.14 FODMAP-arme Ernährung

Kapitel 3: Ernährung bestimmter Bevölkerungsgruppen

- 3.1 Ernährung in der Schwangerschaft**
- 3.2 Ernährung in der Stillzeit**
- 3.3 Ernährung im Säuglingsalter**
- 3.4 Ernährung im Kindes- und Jugendalter**
- 3.5 Ernährung im Alter**
- 3.6 Ernährung bei Schicht- und Nachtarbeit**
- 3.7 Ernährungsberatung von Menschen mit geistiger Behinderung**
- 3.8 Ernährung im Sport**
 - 3.8.1 Energiebedarf im Sport
 - 3.8.2 Trinkempfehlungen im Sport
 - 3.8.3 Proteine im Sport
 - 3.8.4 Kohlenhydrate im Sport
 - 3.8.5 Fette im Sport
 - 3.8.6 Mineralstoffe und Vitamine im Sport
 - 3.8.7 Sicherheitsaspekte bei Nahrungsergänzungsmitteln im Sport

Kapitel 4: Diätetik

- 4.1 Lebensmittelunverträglichkeiten**
 - 4.1.1 Lebensmittelunverträglichkeiten
 - 4.1.2 Lebensmittelallergien
 - 4.1.3 Pseudoallergische Lebensmittelunverträglichkeiten
 - 4.1.4 Histaminunverträglichkeit
 - 4.1.5 Atopische Dermatitis
 - 4.1.6 Lactoseintoleranz
 - 4.1.7 Fructosemalabsorption
 - 4.1.8 Zöliakie

4.2 Stoffwechselerkrankungen

- 4.2.1 Übergewicht und Adipositas im Erwachsenenalter
- 4.2.2 Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter
- 4.2.3 Diabetes mellitus
- 4.2.4 Dyslipoproteinämien
- 4.2.5 Hyperurikämie und Gicht
- 4.2.6 Nicht alkoholische Fettlebererkrankung

4.3 Gastrointestinale Erkrankungen

- 4.3.1 Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- 4.3.2 Reizdarmsyndrom
- 4.3.3 Obstipation

4.4 Weitere diätetisch beeinflussbare Erkrankungen

- 4.4.1 Hypertonie
- 4.4.2 Osteoporose
- 4.4.3 Mangelernährung
- 4.4.4 Laborparameter bei Mangelernährung
- 4.4.5 Ernährungstherapie bei Krebs

4.5 Essstörungen

- 4.5.1 Essstörungen
- 4.5.2 Fütterstörungen im Säuglings- und Kleinkindesalter

4.6 Ernährung und Mikrobiota

4.7 Arzneimittel-Lebensmittel-Interaktionen

Kapitel 5: Ernährungsberatung

5.1 Beratungsmethodik

- 5.1.1 Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung
- 5.1.2 Ausgewählte Methoden für den Prozess der Verhaltensänderung
- 5.1.3 Einzelberatung
- 5.1.4 Gruppenberatung
- 5.1.5 Onlineernährungsberatung

5.2 Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung

- 5.2.1 Formale Regelungen für Ernährungsberatung und Ernährungstherapie
- 5.2.2 Prozessgeleitetes Handeln in der Ernährungsberatung mit dem *German-Nutrition Care Process*

1.1 Einsatz der Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr in der Ernährungsberatung

Konzept

Die Referenzwerte für die Zufuhr von Nährstoffen und Energie bilden die Basis für die praktische Umsetzung einer vollwertigen Ernährung.



Bei den Referenzwerten – ausgenommen die Richtwerte für die Energiezufuhr – handelt es sich um Mengen, von denen angenommen wird, dass sie nahezu alle Personen der jeweiligen angegebenen Bevölkerungsgruppe vor ernährungsmitbedingten Gesundheitsschäden schützen und bei ihnen für eine volle Leistungsfähigkeit sorgen.

Besonderheiten spezieller Lebenssituationen werden mit einbezogen. So wird bei schwangeren und stillenden Frauen der Mehrbedarf durch entsprechende Zuschläge berücksichtigt. Die Referenzwerte für das Säuglingsalter gelten ausschließlich für reifgeborene Säuglinge, während sich die Formulierung allgemeingültiger Referenzwerte für Personen höheren Alters aufgrund der Heterogenität der Gruppe mit einer Streubreite von rüstigen gesunden bis multimorbiden gebrechlichen Senior*innen schwierig gestaltet. Hinsichtlich individueller Schwankungen des Gesundheitszustandes und des unterschiedlichen Ausmaßes körperlicher Beeinträchtigungen ist es erstrebenswert, den Ernährungszustand von Senior*innen im Rahmen einer ernährungstherapeutischen Fachberatung zu erfassen und möglichst individuelle Empfehlungen auszusprechen.

Besonderheiten spezieller Lebenssituationen werden in die Referenzwerte einbezogen



Der Bedarf ist die Menge eines Nährstoffs bzw. die Menge an Energie, die der Körper braucht, um seinen Stoffwechsel und seine Funktionen aufrechtzuerhalten.

Energie- und Nährstoffbedarf sind von Mensch zu Mensch und von Tag zu Tag verschieden. Sie hängen von vielen Einflüssen z. B. Alter, Gesundheitszustand oder Klima ab. Der individuelle Bedarf eines Menschen ist in der Regel nicht bekannt. Experimentell lässt sich der Bedarf nur bei definierten und kleinen Bevölkerungsgruppen bestimmen. Der durchschnittliche Bedarf einer Bevölkerungsgruppe ist der Ausgangspunkt für die Ableitung von Referenzwerten für die Nährstoffzufuhr.



Der durchschnittliche Bedarf ist die tägliche Nährstoffzufuhr, von der angenommen wird, dass sie den Bedarf von 50 % einer definierten Bevölkerungsgruppe deckt.

In den Referenzwerten wird zwischen empfohlener Zufuhr, Schätzwert und Richtwert differenziert. Für die Ableitung der empfohlenen Zufuhr wird zum durchschnittlichen Bedarf ein Zuschlag von 20 bis 30 % (entspricht 2 Standardabweichungen bzw. einer Streuung von 10–15 %) addiert. Mit der empfohlenen Zufuhr ist die Bedarfsdeckung von annähernd 98 % einer definierten Alters- und Personengruppe bei der gesunden Bevölkerung gewährleistet. Die empfohlene Zufuhr gilt für Protein, Linolsäure sowie die Mehrzahl der Vitamine und Mineralstoffe.

In den Referenzwerten wird zwischen empfohlener Zufuhr, Schätzwert und Richtwert differenziert

2.1 Lebensmittelbezogene Ernährungsempfehlungen

Es ist ein satzungsgemäßer Auftrag der DGE, sich mit allen auf dem Gebiet der Ernährung auftretenden Fragen zu befassen, einschlägige Ergebnisse zu sammeln, auszuwerten und daraus unabhängig, transparent und auf Basis wissenschaftlicher Bewertung Empfehlungen abzuleiten. Dazu gehören auch die Formulierung und die Veröffentlichung der lebensmittelbezogenen Ernährungsempfehlungen (*Food Based Dietary Guidelines* [FBDG]) für Deutschland.

In der DGE-Arbeitsgruppe Lebensmittelbezogene Ernährungsempfehlungen wird die wissenschaftliche Ableitung der FBDG überarbeitet. Im Jahr 2024 wurden erstmals mithilfe eines mathematischen Optimierungsmodells berechnete FBDG veröffentlicht. Dadurch konnten gleichzeitig Ernährungs-, Gesundheits- und Umweltaspekte in die Entwicklung eines gesundheitsfördernden und umweltschonenden Verzehrmusters eingehen.

Eine angemessene Energiezufuhr und die ausreichende Versorgung mit Nährstoffen bilden den Rahmen einer gesundheitsfördernden Ernährung. Der Schwerpunkt in der überarbeiteten Ableitung lag auf der Reduzierung des Verzehrs von Lebensmittelgruppen, die mit der Entstehung von ernährungsmitbedingten Krankheiten verbunden sind. Gleichzeitig wurde die Minimierung von schädlichen Umwelt- und Klimaeffekten in der Ableitung der FBDG berücksichtigt. Die FBDG der DGE zeigen eine Idealsituation, die Orientierung auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden und umweltschonenderen Ernährung in Deutschland bietet.

Die überwiegend pflanzliche Ernährungsweise nach den FBDG der DGE belastet das Klima und die Umwelt deutlich weniger als die zurzeit durchschnittlichen Ernährungsgewohnheiten in Deutschland mit einem hohen Anteil tierischer Lebensmittel. Bei der Produktion pflanzlicher Lebensmittel sind der Verbrauch von Ressourcen und der Ausstoß schädlicher Treibhausgase niedriger als bei der Produktion tierischer Lebensmittel.

Methodik

Ein Optimierungsmodell besteht grundsätzlich aus Entscheidungsvariablen, Nebenbedingungen und einer Zielfunktion.

Die Entscheidungsvariablen für die FBDG der DGE sind die Verzehrsmengen für die einzelnen Lebensmittelgruppen, d. h. der beobachtete Verzehr. Der Algorithmus berechnet die Mengen für die vorgegebenen Lebensmittelgruppen, die unter Einhaltung von Nebenbedingungen zur optimalen Lösung der Zielfunktion führen. Daraus ergibt sich für jede Lebensmittelgruppe ein Wert für den optimierten Verzehr.

Die Nebenbedingungen sind akzeptable Verzehrsmengen, die Erfüllung der Nährstoffziele und agronomische Abhängigkeiten. Eine agronomische Abhängigkeit besteht z. B. darin, dass für die Milchproduktion Kühe gehalten werden und dadurch Rindfleisch produziert wird.

Die Zielfunktion minimiert die Abweichung vom beobachteten Verzehr in Deutschland und reduziert die Krankheits- und Umweltlast. Damit wird innerhalb des Lösungsraums der Nebenbedingungen die Lösung gewählt, die dem beobachteten Verzehr am nächsten und gleichzeitig gesundheitsfördernd und umweltschonend ist. Die vorgegebenen Ziele sollen mit möglichst wenigen Änderungen des „Ist-Zustands“ erreicht werden.

DGE-Arbeitsgruppe
Lebensmittelbezogene
Ernährungsempfehlungen
überarbeitet deren
wissenschaftliche Ableitung

Mathematische Optimierung berücksichtigt gleichzeitig Ernährungs-, Gesundheits- und Umweltaspekte in den FBDG der DGE

Nachhaltigere Ernährung

Im Unterschied zur EAT-Lancet-Kommission hat der Wissenschaftliche Beirat für Agrarpolitik, Ernährung und gesundheitlichen Verbraucherschutz (WBAE) beim Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft vier Dimensionen einer nachhaltigeren Ernährung definiert (s. Abb. 1). „Nachhaltiger“ deshalb, weil Bewertungen und Einschätzungen stets nur den aktuellen Stand der Wissenschaft widerspiegeln, also keine absolute Zielerreichung darstellen.

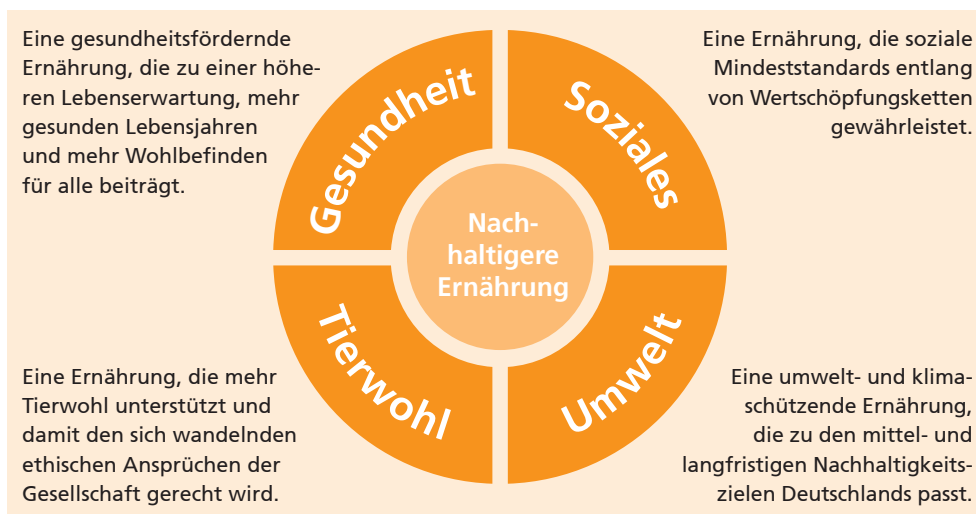


Abb. 1: Die vier zentralen Ziele einer nachhaltigeren Ernährung (WBAE, 2020)

Auch für den WBAE ist die Dimension Gesundheit ein zentrales Ziel, das Lebensqualität und Wohlergehen beeinflusst und über die gesundheitsbezogenen Bedürfnisse insoweit hinausgeht, als Bedürfnisse nach sozialer Teilhabe und Selbstbestimmung miteingeschlossen werden. Der Fokus dieses Konzeptes liegt auf der Befriedigung der Grundbedürfnisse heutiger und zukünftiger Generationen und begründet die vier Zieldimensionen Gesundheit und Umwelt (einschließlich Klima) sowie die Dimensionen Soziales und das Tierwohl als Bestimmungsfaktoren einer nachhaltigeren Ernährung. Insbesondere das Tierwohl – charakterisiert durch die körperliche und psychische Gesundheit und das Wohlergehen von Tieren – und der „soziale Fußabdruck“ der Lebensmittelproduktion, der seinen Niederschlag zum Beispiel in einer angemessenen Vergütung der Arbeitenden in der Landwirtschaft und in weiterverarbeitenden Betrieben findet, unterscheidet diese Sichtweise von der der EAT-Lancet-Kommission. Deutlich wird, dass es insgesamt einer integrativen Sichtweise und Handlungsstrategie bedarf, um eine nachhaltigere Ernährung realisieren zu können.



| | | |
|----------|---------------------------------------|---|
| A | Anaphylaxie | Maximalvariante einer akuten allergischen Sofortreaktion (meist IgE-mediiert) mit Beteiligung von ≥ 2 Organsystemen (Klimek et al., 2018) |
| | Angioödem | plötzliche, ausgeprägte und manchmal schmerzhafte Schwellung des Unterhautgewebes |
| D | diagnostische Eliminationsdiät | wird durchgeführt, wenn der Auslöser noch nicht identifiziert ist. Das oder die verdächtige/n Lebensmittel werden über einen begrenzten Zeitraum unter Kontrolle der Ernährungsfachkraft und/oder des/der Ärzt*in vermieden. Eine Besserung der Beschwerden unter diesem Auslassversuch deutet auf einen Zusammenhang zwischen dem Verzehr des Lebensmittels und den Symptomen hin. |
| | doppelblind | Weder Ärzt*in noch Patient*in, sondern nur die Ernährungsfachkraft, die die Provokationsmahlzeit zubereitet, wissen, ob und welcher Auslöser oder ob das Placebo provoziert wird. |
| E | Elementardiät | flüssige, nonallergene Formula auf Aminosäurenbasis |
| F | Flush | plötzliche Hautrötung im Gesicht, die sich heiß anfühlt, ohne dass Fieber vorliegt |
| I | IgE | Immunglobulin E |
| L | Leitallergene | geben wichtige Hinweise darauf, inwieweit andere Allergene aus der gleichen Gruppe zu einer allergischen Reaktion führen können. |
| M | Matrixeffekt | Veränderung der Allergenerkennung durch Interaktionen mit der Lebensmittelmatrix |
| O | offene Provokation | Alle Beteiligten wissen, mit welchem Lebensmittel oder Stoff (z. B. Histamin oder Zusatzstoff) provoziert wird. |
| | orales Allergiesyndrom | Kontakturtikaria mit Juckreiz, Brennen, pelzigem Gefühl in Mundhöhle, Gaumen und/oder Rachen |
| | orales Allergiesyndrom (OAS) | Juckreiz, Brennen, pelziges oder Schwellungsgefühl in Mundhöhle, Gaumen und/oder Rachen; pathophysiologisch: Symptome einer Kontakturtikaria; klinisch: wichtiger Allergiehinweis |
| P | Pricktest | Hauttest zum Sensibilisierungsnachweis bei Verdacht auf allergische Sofortreaktionen. Dabei wird eine standardisierte Allergenlösung (sog. Extrakte) oder natives Testmaterial (s. Prick-zu-Prick-Test) mit einer kleinen Lanzette unter die Haut gebracht. An der Hautreaktion (positive Reaktion = Quaddel auf der Haut) kann abgelesen werden, ob und bei welchen Substanzen eine Sensibilisierung vorliegt. |

diarrhöischen und Schmerztyp beitragen (s. Kap. „Ballaststoffe“ und „Ernährung und Mikrobiota“). In der pharmakologischen Therapie des RDS bei Erwachsenen werden Flohsamenschalen üblicherweise 2- bis 6-mal täglich mit je 1 Messlöffel auf 150 ml Wasser dosiert. Wichtig ist es, mit niedrigen Dosen zu beginnen und diese stufenweise und behutsam je nach Verträglichkeit zu steigern. Um die Quellung der Ballaststoffe zu ermöglichen ist eine ausreichende Trinkmenge notwendig. Neben isolierten Präparaten wie gemahlene Flohsamenschalen können auch beta-glucanreiche Lebensmittel wie Hafer und Gerste sowie, sofern verträglich, pflanzliche Lebensmittel empfohlen werden, die reich an Inulin oder Oligosacchariden sind, z. B. Lauch, Kürbis, Schwarzwurzeln, Rote Bete, Chicorée und Kohlgemüse. Die Steigerung der Ballaststoffmenge sollte schrittweise erfolgen.

FODMAP-arme Ernährung

Das Akronym FODMAP steht für *Fermentable Oligo-, Di-, Monosaccharides and Polyols*, also fermentierbare Oligo-, Di-, Monosaccharide und Polyole. Je nach RDS-Leitsymptom wird mit einer dreiphasigen FODMAP-Diät herausgefunden, ob die vorhandenen Symptome mit einer FODMAP-armen Ernährung zurückgehen. Bei 50 bis 75 % der RDS-Patient*innen ist dies der Fall. Bei sorgfältiger Planung und Anleitung durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft kann eine FODMAP-arme Ernährung den Nährstoffbedarf decken und als Dauerernährung geeignet sein (s. Kap. „FODMAP-arme Ernährung“).

Mit einer FODMAP-armen Ernährung gehen bei 50–75 % der RDS-Patient*innen die Beschwerden zurück

Beratungsstrategie

So vielschichtig das RDS in seiner Entstehung ist, so individuell zeigt sich die Symptomatik. Daher empfiehlt sich eine strukturierte Vorgehensweise in der Begleitung der Betroffenen. Die Basis stellt dabei neben der ärztlichen Diagnostik die ausführliche Anamnese und das ES-Protokoll dar. Wichtig ist der vorherige Ausschluss anderer Ursachen.

Die Ernährungstherapie sollte in strukturierten Schritten erfolgen

Zunächst können allgemeine Maßnahmen ergriffen werden:

- verschiedene Lebensstilfaktoren optimieren (z. B. Schlaf, Stressreduktion)
- auf Mahlzeitenfrequenz und regelmäßige Essstruktur achten
- Ernährungsverhalten korrigieren (angepasste, gemüsebetonte Vollkost), Mangelsituationen vermeiden (ggf. softwaregestützte Ernährungsanalyse als Monitoring)
- auf Menge und Qualität der Getränke achten (Säfte, Softdrinks sollten wegen ihres Zuckergehaltes reduziert werden)
- Esssituationen verbessern (z. B. ruhige, angenehme Essatmosphäre, nicht zwischendurch snacken, nicht in Eile essen)
- schonende Garverfahren wie dampfgaren oder dünsten bevorzugen, auf kleinere Portionen achten

Ziel der Beratung: Optimierung der Versorgung und Linderung der Symptome

Tab. 1: Mögliche Ursachen für erniedrigte oder erhöhte Serumkonzentration von Natrium (Na)

| Na im Serum (135–145 mmol/l) ^a | Hyponatriämie | Hypernatriämie |
|---|--|---|
| klinisch relevant (< 130 mmol/l, > 150 mmol/l) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Euvoläm: SIADH-, Schwartz-Bartter-Syndrom, Hypothyreose, sekundäre Nebenniereninsuffizienz, Medikamente (z. B. trizyklische Antidepressiva, Cyclophosphamid, Opiode) ■ Hypovoläm: Diuretika, Stoma, Ablauf-PEG, Diarrhö, Erbrechen, Pankreatitis, Nebennierenrindeninsuffizienz, renal-tubuläre Azidose ■ Hypervoläm: relativer Wasserüberschuss durch verminderte renale Ausscheidung, verstärkte Wasserretention, chronische Niereninsuffizienz, Aszites, Ödeme, Herzinsuffizienz, Leberzirrhose, nephrotisches Syndrom, Polydipsie ■ Cave: Hypertone Hyponatriämie bei Hyperglykämie und Pseudo-hyponatriämie bei Hyperlipidämie oder Hyperproteinämie | <ul style="list-style-type: none"> ■ Euvoläm oder hypervoläm: erhöhte Na-Zufuhr (iatrogen oder seltener oral), primärer Hyperaldosteronismus ■ Hypovoläm: Dehydratation, Erbrechen, Diarrhö, Schwitzen, Diabetes insipidus, seltener: osmotische Diurese (z. B. bei Hyperglykämie), Diuretika |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ■ Laborwerte, die für die DD hilfreich sein können: Kreatinin \uparrow, Harnstoff \uparrow, Harnsäure \uparrow, Serumosmolalität \downarrow, Na im Urin, Urinosmolalität, Glucose \uparrow |

^a Referenzbereich, DD: Differentialdiagnostik, \uparrow erhöhter Wert, \downarrow erniedrigter Wert

Kalium

Kalium (K) als osmotisch wichtigstes Kation des Intrazellularraums (IZR) ist maßgeblich an der Ausbildung von Aktionspotenzialen und der Regulation des pH-Wertes beteiligt. Seine Funktion in der Signalweiterleitung ist von Bedeutung für die Herzfunktion, für Muskelkontraktionen und die Regulation des Blutdrucks. Der Großteil des K befindet sich intrazellulär (98 %), wobei die K-Verteilung über die Na⁺-K⁺-ATPase aufrechterhalten wird. Die Ausscheidung erfolgt überwiegend über die Nieren und wird an die aufgenommene Menge (ca. 50–150 mmol/Tag) angepasst. Liegt eine Niereninsuffizienz vor, kann K auch vermehrt über den Dickdarm ausgeschieden werden.

Onlineberatungen, die der Prävention dienen, können, wie auch die Präsenzberatungen, individuell durch Patient*innen mit der Krankenkasse abgerechnet werden, sofern diese Leistung im Angebot der jeweiligen Krankenkasse enthalten ist.

Im Bereich Prävention können Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT)-basierte Selbstlernprogramme wie Onlinekurse, -seminare und -coachings zum Teil über die Krankenkassen abgerechnet werden.

Onlineberatungen, die der Prävention dienen, können individuell mit der Krankenkasse abgerechnet werden



www.zentrale-pruefstelle-praevention.de

Datensicherheit und Datenschutz

Unabhängig vom Tool, der Plattform und dem Format ist für die Sicherheit der Daten insbesondere online sicherzustellen, dass keine unbefugten Personen Zugriff auf die Dokumentation und die gesprochenen Worte oder das Bildmaterial bekommen. Für die Technik bedeutet das, dass sowohl die übertragenen Daten einschließlich aller Audio- und Videodateien verschlüsselt übermittelt werden müssen als auch ein Zugang zu den jeweiligen Onlinerräumen der Beratung nur den Beteiligten ermöglicht wird.

Übertragene Daten einschließlich aller Audio- und Videodateien müssen verschlüsselt übermittelt werden

Außerdem muss die Anwendung durch das BSI oder angehörige Institute zertifiziert worden sein. Der Anbietende muss den Nachweis führen, dass der Videodienst die Anforderungen an die Gewährleistung der Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten erfüllt und die Übertragung der Inhalte verschlüsselt erfolgt, ohne dass personenbezogene Daten gespeichert werden.



Weitere Informationen dazu gibt es bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband.

Alle Angebote, ob schrift- oder videobasierte Kommunikation mit webbasierter Anwendung, die für die Onlineberatung zum Einsatz kommen, müssen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten von Klient*innen die rechtlichen Rahmenbedingungen beachten, die sich aus den Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ergeben.

Die DSGVO gilt für jede Form von Onlineberatung

Videodienstanbietende und Onlineberater*innen haben für die Verarbeitung personenbezogener Daten von Klient*innen außerdem die rechtlichen Rahmenbedingungen zu beachten, die sich aus den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) und – soweit anwendbar – des Zehnten Sozialgesetzbuches (SGB X) ergeben.

Für alle Beratungsformate muss die Datenschutzerklärung für erfasste und verarbeitete Daten eingeholt werden. Die fachliche Beschreibung für den Grund und die Dauer der Speicherung der Daten muss vorliegen und für die Ratsuchenden transparent nachvollziehbar sein.



Beratende sollten zu ihren Leistungen jederzeit Auskunft über Datensicherheit und Datenschutz geben können.