



Hintergrund Enterale Ernährung

Künstliche Ernährung

Künstliche Ernährung ist der Oberbegriff für Enterale und parenterale Ernährung. Bei der Enteralen Ernährung werden die Nährstoffe entweder als Trink- oder Sondennahrung über den Magen-Darm-Trakt durch den Mund oder mit Hilfe einer Sonde zugeführt. Parenterale Ernährung führt dem Körper die Nährstoffe in einer Infusionslösung direkt über einen Venenkatheter zu.

Gesunde Menschen können aus dem großen Angebot von Nahrungsmitteln wählen und sich ihrem persönlichen Geschmack entsprechend ernähren. Sie haben auch die Möglichkeit zur Teilnahme an den vielfältigen Formen des Soziallebens, die mit Essen und Trinken einhergehen. Dieses Recht haben auch kranke, alte und pflegebedürftige Menschen. Bei bestimmten Erkrankungen, die eine künstliche Ernährung erforderlich machen, ist dies aber nicht oder nur eingeschränkt möglich. Das bedeutet für den Patienten zusätzlich zu seiner Erkrankung eine weitere schwerwiegende Einschränkung der Lebensqualität. Damit das Grundbedürfnis der Ernährung so lange wie möglich auf natürliche Weise befriedigt werden kann, ist jedoch ein Umfeld erforderlich, in dem Zeit und Mühe in die notwendige Zuwendung und Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme investiert wird.

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Arzneimittel-Richtlinien fest, in welchen medizinisch notwendigen Fällen die Gesetzliche Krankenversicherung Enterale Ernährung für Kranke bezahlt, die zu Hause oder in einem Pflegeheim betreut werden. Zur Enteralen Ernährung gehören Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung. Aminosäuremischungen und Eiweißhydrolysate sind diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke, die nicht für die Verwendung als einzige Nahrungsquelle geeignet sind. Als Trinknahrung bezeichnet man „Elementardiäten zur Therapie bei bestimmten Erkrankungen, die als einzige Nahrungsquelle geeignet sind. Als „Elementardiäten“ im Sinne von § 31 SGB V bezeichnet man Trinknahrung mit Gemischen von Nahrungsgrundbausteinen (Proteine, Aminosäuren, Kohlenhydrate, Fette, Mineralstoffe, Spurenelemente und Vitamine) die zur Ernährung bei bestimmten Erkrankungen als einzige Nahrungsquelle geeignet sind. Ebenfalls als einzige Nahrungsquelle wird die Sondennahrung eingesetzt, die – wie der Name sagt – über eine Sonde verabreicht wird, die über die Nase oder die Bauchdecke („PEG-Sonde“) in den Magen-Darm-Trakt führt.

Auf Enterale Ernährung können beispielsweise Patienten angewiesen sein, die nach einem Schlaganfall unter hochgradigen Schluckstörungen leiden – hier ist Sondennahrung angezeigt – oder Menschen mit Stoffwechselerkrankungen, wie etwa Säug-

linge mit einer Kuhmilch-Eiweißallergie, die eine entsprechende Trinknahrung benötigen.

Die medizinisch technische Entwicklung in Relation zu den sich verändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen

Wenn eine Krankenbehandlung mit Sondennahrung erforderlich ist, wird die Nahrung über eine Nasen- oder Magen-Darm-Sonde verabreicht. Komplikationen bei der durch die Nase gelegte Magensonde oder beim Venenkatheter haben in der Vergangenheit dazu geführt, dass künstliche Ernährung grundsätzlich eher zurückhaltend eingesetzt wurde. Die Anfang der achtziger Jahre eingeführte Technik der perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG), eine durch die Bauchdecke in den Magen oder Darm eingeführte Sonde, ermöglichte den breiten und langfristigen Einsatz von künstlicher Ernährung.

Obwohl die sogenannte PEG auch unerwünschte Nebenwirkungen haben kann, findet diese Methode zurzeit häufig Anwendung. Komplikationen können sich allerdings bei Patienten ergeben, die aufgrund ihres Geisteszustands durch Fixierung und medikamentöse Ruhigstellung davor geschützt werden müssen, sich die Sonde herauszureißen.

Untersuchungen zur Versorgungsrealität älterer Patienten deuten darauf hin, dass einmal gelegte PEG-Sonden in der Regel nicht wieder entfernt werden¹. Sie können auch nicht mehr herausgenommen werden, wenn nicht parallel zur Ernährung über die Sonde ein Schlucktraining durchgeführt wird. Denn wenn sich die Kaumuskulatur zurückgebildet hat, weil sie eine Weile nicht beansprucht wurde, kann sich ein Patient nicht mehr auf natürlichem Wege ernähren.

Parallel zum Fortschritt in der Medizintechnologie bei der Entwicklung von Sonden kamen industriell gefertigte bilanzierte Diäten auf den Markt. Die NASA hatte Anfang der 60er Jahre eine besondere Nahrung für Astronauten entwickeln lassen. Auf dieser Grundlage wurden immer mehr Produkte in wachsender Vielfalt und Menge auf den Markt gebracht. Die früher in den Diätküchen selbst hergestellte Sondennahrung wurde aufgegeben. Es entstand ein großer Markt im Bereich der Trink- und Sondennahrung mit medizinischer, aber auch erheblicher wirtschaftlicher Bedeutung.

Die Frage der künstlichen Ernährung ist besonders relevant vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung in Deutschland. Die Menschen werden zunehmend älter und die Zahl von pflegebedürftigen, sehr alten Patienten steigt unaufhaltsam an. Eine Folge dieser Entwicklung sind der Ausbau des stationären und ambulanten Pflegesektors und der Aufbau von Hospizen. Entsprechend wurden von den Herstellern der bilanzierten Diäten Versorgungsketten, sogenannte Home-Care-Teams, eingerichtet.

Auch die Zahl der Demenzkranken wird in den kommenden Jahren stark ansteigen. Im Jahr 2020 werden Schätzungen zufolge bereits 1,4 Millionen Menschen in Deutschland betroffen sein. Bei den über 90-Jährigen sei jeder Dritte altersverwirrt,

¹ Gesundheitsamt Bremen, Enterale Ernährung über PEG-Sonden in der Stationären Altenpflege, 2004 S.15

heißt es im vierten Bericht der Bundesregierung zur Lage der älteren Generation². Schon heute werden über 70 Prozent der jährlich in Deutschland angelegten ca. 140 000 PEG-Sonden bei Heimbewohnern gelegt, davon 50 Prozent bei psychisch Kranken, vor allem demenzkranken Patienten, die zu Hause oder in Heimen betreut werden³.

Verordnungsfähigkeit der Enteralen Ernährung

Die bisher gültige Regelung in den Arzneimittel-Richtlinien (AMR) sieht vor, dass Enteraler Ernährung für zu Hause oder in Pflegeeinrichtungen betreute Patienten ausnahmsweise nur bei einigen Erkrankungen von der Krankenkasse bezahlt wird:

- Aminosäuremischungen und Eiweißhydrolysate bei angeborenen Enzymmangelkrankheiten
- Elementardiäten bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom, stark Untergewichtigen mit Mukoviszidose, Patienten mit chronisch terminaler Niereninsuffizienz unter eiweißarmer Ernährung, Patienten mit konsumierenden Erkrankungen
- sowie medizinisch indizierte Sondennahrung [vgl. Nr. 20.1. Buchst. i) AMR].

Nach der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage in § 31 Abs.1 Satz 2 SGB V vom Dezember 1998 benennt der Gemeinsame Bundesausschuss die medizinisch notwendigen Fälle.

Die bisher fehlende Konkretisierung konnte zum gegenwärtigen Zeitpunkt zu sehr unterschiedlichen Ordnungsweisen führen. Dies war in Hinblick auf den Patientenschutz einerseits und ausufernde Kosten für die GKV andererseits problematisch.

Was aber sind „medizinisch notwendige Fälle“? In den Beratungen des Expertenkreises im Gemeinsamen Bundesausschuss wurden Wirksamkeit und Nutzen der Enteralen Ernährung umfassend gesichtet und bewertet. Als Ergebnis wurde festgestellt, bei welchen Erkrankungen Enteraler Ernährung notwendig und sinnvoll ist, das heißt wirkt und dem Patienten nutzt, ihn also auch vor Missbrauch schützt. Entsprechend werden in der Richtlinie für die Verordnungsfähigkeit zunächst allgemeine Kriterien genannt, wie z.B. mechanische Schluckstörungen, die eine Enteraler Ernährung erforderlich machen. In einem weiteren Schritt werden Erkrankungen aufgelistet, bei deren Behandlung Enteraler Ernährung angezeigt ist (s.o.), und schließlich wird mit Hilfe einer Öffnungsklausel die Verordnungsfähigkeit für vergleichbare seltene Erkrankungen geschaffen, die nicht aufgelistet wurden.

Die von verschiedenen Seiten geforderte „Generalindikation Mangelernährung“ ist dieser Systematik folgend keine Voraussetzung für die Verordnung von Enteraler Ernährung, denn in der Wissenschaft gibt es keinen Standard, was Mangelernährung ist. Das Körpergewicht oder der BMI (Body-Mass-Index) eines Patienten geben keine eindeutigen Hinweise auf eine Mangelernährung. So können sowohl unter-, normal-, aber auch übergewichtige Menschen mangelernährt sein, da es sehr unterschiedliche Formen von Mangelernährung gibt.

² BMFSFJ, Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation, 2002

³ Müller-Bohlen/Paape, Betreuungsrechtliche Praxis 5 (2000) S. 183-187

Mit der Änderung der Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses wird nun eindeutig festgelegt, in welchen medizinisch notwendigen Fällen künstliche Ernährung als Ausnahme von niedergelassenen Ärzten auf Kassenrezept – also ambulant – verordnet werden kann. Behandlungen im Krankenhaus sind davon nicht betroffen. In der Richtlinie geht es nur um künstliche Nahrungsmittel, die wie natürliche Nahrung über den Magen und Darm vom Körper aufgenommen werden (Enterale Ernährung). Dazu gehören Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten, die über den Mund zugeführt werden, aber auch Nahrung, die über eine Sonde in den Magen-Darm-Trakt gelangt. Die genaue Zusammensetzung dieser sogenannten diätetischen Lebensmittel wird in der Richtlinie aufgeführt. Natürliche Lebensmittel und auch normale Kinder- und Säuglingsnahrung gehören nicht dazu. Das gleiche gilt für Nährstoffkonzentrate beispielsweise in Form von Kapseln, die dazu bestimmt sind, die Ernährung zu ergänzen.

Die Richtlinien definieren die Ausnahmen und regeln damit die Ansprüche der Versicherten auf Enterale Ernährung klar, verbindlich und einheitlich. Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag legen sie das medizinisch Notwendige fest, stellen damit auch den Patientenschutz sicher und leisten ihren Beitrag zur sinnvollen Ressourcenverwendung in der GKV.