

Rechtliche Aspekte der enteralen Ernährung

Von Prof. Dr. Volker Großkopf und Michael Schanz

Einleitung

Grundsätzlich unterscheiden sich die Ernährungsgewohnheiten junger, gesunder Senioren nur unwesentlich von dem Nahrungsbedarf der jüngeren Erwachsenen. Gemeinsames Kennzeichen ist, dass der genussvolle Umgang mit Lebensmitteln zu den festen Bestandteilen des sozialen Lebens gerechnet wird. Untersuchungen der Vergangenheit in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen belegen demgegenüber, dass insbesondere unter den hochbetagten Bewohnern/Patienten in zunehmendem Maße Ernährungsprobleme und Ernährungsdefizite auftreten. Werden Flüssigkeit und Nahrung nicht mehr in ausreichender Menge aufgenommen und bestehen keine Versorgungsalternativen, kann die Durchführung von künstlichen Ernährungsmaßnahmen aus medizinischer und pflegerischer Sicht angezeigt sein. Nach Hintergrundinformationen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) werden in Deutschland pro Jahr alleine ca. 140000 PEG-Sonden gelegt. Soweit die Bewohner/Patienten lebensnotwendig auf die Zufuhr von künstlichen Nahrungsmitteln angewiesen sind, unterstehen sie dem besonderen Schutz des Grundgesetzes: das Leben, die Menschenwürde und die Mindestvoraussetzungen der Grundrechte dürfen nicht angetastet werden.

Enterale Versorgung und Sozialrecht

Ausprägung erfährt dieser sozialstaatliche Auftrag durch das Sozialrecht. Wenngleich im gesetzlichen Krankenversicherungsrecht die grundsätzliche Wertung getroffen worden ist, dass Nicht-Arzneimittel (z. B. Lebensmittel) nicht zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden dürfen (§§ 27 Abs. 1, 31 Abs. 1 S. 1 SGB V), sieht § 31 Abs. 1 S. 2 SGB V für bestimmte Produkte, die als Lebensmittel zu charakterisieren sind, ungeachtet Ihrer Eigenschaften den Einbezug in die Arzneimittelversorgung vor. Diesen Sonderstatus genießen Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung. Nach der Gesetzessystematik des SGB V hat der G-BA festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen die jeweiligen Produktgruppen in die Versorgung einbezogen werden können (§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V). Mit Beschluss vom 15.2.2005 ist der G-BA diesem Auftrag nachgekommen und hat einen

Richtlinienentwurf zur enteralen Ernährung vorgelegt, der aber durch das Bundesgesundheitsministerium (BMGS) beanstandet wurde. Nachdem der G-BA der geforderten Abänderung nicht nachgekommen ist, hat das BMGS mittels Ersatzvornahme am 25.8.2005 die Arzneimittelrichtlinie zur enteralen Ernährung verabschiedet (siehe RDG 05/2005, S. 128 f.).

Regelungsgehalt der „enteralen“-Arzneimittelrichtlinie

Seit dem 1.10.2005 ist - vorbehaltlich des anhängigen Rechtsstreits um die Kompetenzverteilung zwischen dem G-BA und dem BMGS vor dem Sozialgericht Köln (S 19 KA 27/05) – nunmehr geregelt, welche Produkte unter welchen Voraussetzungen verordnet werden können. Weiterhin verordnungsfähig bleiben hiernach u. a. Standardsonden- und Standardtrinknahrung, Produkte für Niereninsuffiziente, Produkte mit MCT-Fetten und erstmals Elementardiäten mit hochhydrolysierten Eiweißen, Produkte für Patienten mit angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- oder Fettstoffwechsel, sowie ketogene Diäten für Patienten mit Epilepsien, soweit eine Modifizierung der normalen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen. Im Kern ist diese (notwendige) Klarheit über die Verordnungsfähigkeit von Trink- und Sondennahrung zu begrüßen. Tatsächlich unterliegt die gesamte enterale Versorgungssituation der betroffenen Patienten jedoch zahlreichen weiteren Regelungen.

Die Versorgungssituation

Die enteralen Versorgungsleistungen werden auf der Grundlage des Arztvorbehalts (§ 15 Abs. 1 SGB V) und der ärztlichen Verordnung erbracht (vgl. § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V). Neben den geänderten Arzneimittel-Richtlinien, sind insbesondere das Hilfsmittelverzeichnis, der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) und die Richtlinien für häusliche Krankenpflege erstattungsrelevant.

Hilfsmittel

Ein Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln besteht, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung sicherzustellen oder eine Behinderung auszugleichen und die Hilfsmittel nicht Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind (§ 33 SGB V). Grundsätzlich hat der verordnende Vertragsarzt die Hilfsmittelrichtlinie des G-BA zu beachten, die Liste der von der Erstattung ausgeschlossenen Hilfsmittel gem. § 34 Abs. 4 SGB V (siehe: VO über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis). Maßgeblich für

die Erstattung von Hilfsmitteln für enterale Versorgungsmaßnahmen ist die Produktgruppe 03 „Applikationshilfen“ des gem. § 128 SGB V regelmäßig fortzuschreibenden Hilfsmittelverzeichnis. Hier finden sich Ernährungspumpen, sowie Verbrauchsmaterialien zur enteralen Therapie. Allerdings ist die Verordnung von Ernährungspumpen ist auf Konstellationen beschränkt, in denen andere Applikationsformen (z. B. bolusförmige Gaben oder Schwerkraftinfusionen) nicht ausreichend sind.

Richtlinien für die häusliche Krankenpflege

Die Richtlinien über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V (vgl. RDG 04/2005, S. 98) regeln die Voraussetzungen für die Verordnung von häuslicher Krankenpflege, deren Dauer und deren Genehmigung durch die Krankenkassen sowie die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit den ambulanten Pflegediensten und Krankenhäusern. Zu den grundpflegerischen Leistungen im Rahmen der Ernährung kommen Hilfen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, sowie die Verabreichung von Sondennahrung über Sonden in Betracht (Nr. 3 der Anlage). Zu den behandlungspflegerischen Leistungen werden die Anleitung von Patienten oder anderer Personen in der Häuslichkeit bei der Behandlungspflege (Nr. 7 der Anlage) und die Versorgung bei PEG gezählt (Nr. 27 der Anlage).

Arbeitsteiliges Zusammenwirken

Die sorgfältige Durchführung aller Maßnahmen zur künstlichen Ernährung erfordert klare Organisationsstrukturen. Regelmäßig wird die Versorgung des Patienten in einer arbeitsteiligen Struktur zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Personal erbracht. Die Qualität und Güte der enteralen Versorgungsmaßnahmen hängt entscheidend von der Koordination und Kommunikation der beteiligten Disziplinen ab.

Dem Arzt obliegt die verantwortliche Leitung und Betreuung des „enteralen Ernährungsteams“, d. h. er hat dem Risiko von Kommunikations- und Koordinationsmängeln vorzubeugen und die erforderlichen Kontrollmechanismen einzurichten und zu gebrauchen. Die Zubereitung der Ernährungslösungen, deren Verabreichung an den Patienten, die Erfassung des Ernährungszustandes und der Verbandwechsel bei der PEG wird demgegenüber meist von Pflegekräften durchgeführt. Die Auswahl der Sondenkost, die Ernährungsberatung des Patienten und die Auswertung des Ernährungsprotokolls erfolgt idealerweise durch einen

Ökotrophologen oder Diätassistenten. In stationären Einrichtungen sollten diese ernährungsmedizinischen Versorgungsabläufe durch Standardisierung auf einem einheitlich, definierten Niveau sichergestellt sein.

Fazit

Die erfolgreiche Durchführung der enteralen Ernährung erfordert ein behutsames Vorgehen, eine regelmäßige Betreuung und Überwachung durch entsprechend geschultes ärztliches und pflegerisches Personal, durch Ökotrophologen und Diätassistenten. Wenngleich das Sozialrecht dieses Zusammenwirken nicht unmittelbar steuert, setzt es dennoch wirkungsvolle Rahmenbedingungen. Die Verabreichung von Trink- und Sondenkost stellt einen wichtigen medizinischen Fortschritt dar, der für viele Patienten von existenzieller Bedeutung ist und nicht angetastet werden darf.

Literatur:

H. Hesecker und V. Odenbach: Ernährung von Senioren und Pflegebedürftigen, Loseblattsammlung, Hamburg 2006

Hinweis:

Im Schwerpunktthema der Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen (Ausgabe 3/2006) werden weitere Aspekte des Themas „enterale Ernährung“ behandelt.