INSIGHT Health zu Hilfsmitteln bei Ernährungstherapie

Enterale Ernährung: Bedeutung, Bedarf, Versorgung

Eine künstliche Ernährung im ambulanten Bereich soll durchgeführt werden, wenn entweder Mangelernährung nachgewiesen ist bzw. droht oder die orale Nahrungsaufnahme relevant eingeschränkt ist, und wenn es dadurch innerhalb der zu erwartenden Lebenszeit des Betroffenen zu einer relevanten Verschlechterung des Ernährungszustands, der Prognose oder der Lebensqualität kommt, und wenn solche Verschlechterungen nicht durch andere Maßnahmen behoben werden können. So lautet die Empfehlung der S3-Leitlinie für die Ernährungsinterventionen im ambulanten Bereich der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Wie die Verordnungsrealität im ambulanten Bereich der enteralen Ernährung aussieht beleuchtet dieser Beitrag in Ausschnitten.

>> Der Ernährungsstatus ist Grundlage und Ausdruck der Gesundheit, spielt aber auch beim Auftreten und der Progression von Erkrankungen sowie in der Rekonvaleszenz eine große Rolle. Gemäß DGEM liegt der Ruheenergieumsatz bei einem gesunden Menschen zwischen 30 und 70 Jahren bei etwa 22,5 kcal/kg KG/Tag, bei einem Kranken bei bis zu 7 Prozent darüber. So steigt das Risiko von Mangelernährung und einer assoziierten Anorexie insbesondere bei Tumor- und Autoimmunerkrankungen sowie anderen chronischen schweren Erkrankungen. Aber auch Medikamente wie Zytostatika, Opiate, Digoxin oder Antibiotika können zur Entstehung einer Mangelernährung beitragen, wenn sie Übelkeit verursachen, die Geschmackswahrnehmung verändern oder auch Mundtrockenheit hervorrufen. Unabhängig von Krankheiten und Medikamenteneffekten steigt das Risiko von Mangelernährung in einer älter werdenden Gesellschaft, begründet unter anderem in einer abnehmenden geistigen und körperlichen Vitalität, in einseitiger Ernährung und nachlassenden Sinneswahrnehmungen. So haben 40 bis 70 Prozent aller Patienten in Alten- und Pflegeheimen ein signifikantes Risiko, eine Mangelernährung zu entwickeln (vgl. Löser, 2012). Eine Befragung von Allgemeinmedizinern, Onkologen und Neurologen aus dem Jahr 2016 ergab, dass jeder zweite der befragten Ärzte eine Mangelernährung im Alter sehr oft oder immer als Ursache für Krankheiten bewertet. Als unstrittig wird bei nahezu allen Ärzten die Bedeutung einer ausreichenden und bedarfsgerechten Ernährung für die Genesung gesehen. Demnach informieren auch 3 von 4 Ärzten ihre Patienten weitreichend über das Thema, obwohl sich die Mehrheit über Mangelernährung selbst nicht vollumfänglich informiert fühlt. (vgl. Bundesverband Initiative 50Plus).

Enterale Ernährung im Überblick

Rein medizinisch wird zwischen einer quantitativen Mangelernährung – dem Organismus wird nicht genug Nahrung zugeführt, um den Energiebedarf zu decken – und einer qualitativen Mangelernährung, bei der dem Körper nicht ausreichend Proteine, Vitamine, Mineralstoffe oder Spurenelemente zugeführt werden, unterschieden. Eine mögliche Ernährungsintervention ist die künstliche Ernährung, die der Verbesserung des Krankheitsverlaufs und der Prognose durch Deckung des Nährstoffbedarfs sowie der Verbesserung bzw. dem Erhalt des Ernährungszustands bei Patienten mit unzureichender oraler Nahrungszufuhr dient (vgl. Pirlich et al., 2006).

Die DGEM-Terminologie in der Klinischen Ernährung unterscheidet bei der künstlichen Ernährung zwischen enteraler und parenteraler Ernährung. Bei Letzterer erfolgt die Gabe von Wasser und Nährstoffen wie Aminosäuren, Glukose, Lipide, Elektrolyte, Vitamine und Spurenelemente intravenös, also unter Umgehung des Magen-Darm-Traktes. Bei der enteralen Ernährung erfolgt die Gabe von Nahrung distal der Mundhöhle über eine Sonde oder über ein Stoma unter Verwendung des Darmtrakts. Die enterale Ernährung wird unterschieden in hochmolekulare Standarddiäten für Betroffene mit uneingeschränkten Stoffwechsel- und Verdauungskapazitäten und in Spezialdiäten, bei der die Nährstoffzusammensetzung krankheitsspezifisch abgestimmt ist. Bei Patienten mit eingeschränkter Verdauungs- und Resorptionsleistung sind niedermolekulare Oligopeptiddiäten (kurzkettige Eiweiße), die mit geringer Verdauungsleistung resorbiert werden können, indiziert.

15,5% mehr enterale Ernährung

Nach § 31 Absatz 5 SGB V haben Versicherte Anspruch auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung. Unter welchen Voraussetzungen welche bilanzierten Diäten vom Vertragsarzt verordnet werden können, regelt die Arzneimittel-Richtlinie des G-BA. Hier werden neben den Produktgruppen, die medizinische Notwendigkeit sowie Maßnahmen definiert, die vor einer Verordnung von enteraler Ernährung zu ergreifen sind. Ein im November 2014 eingeleitetes Stellungnahmeverfahren zur Änderung dieser Richtlinie sowie der Anlage XIII mit einer Zusammenstellung der verordnungsfähigen Produkte einschließlich ihrer Anwendungsbestimmungen ist aktuell noch nicht abgeschlossen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen empfehlen den Vertragsärzten angesichts der Rahmenbe-

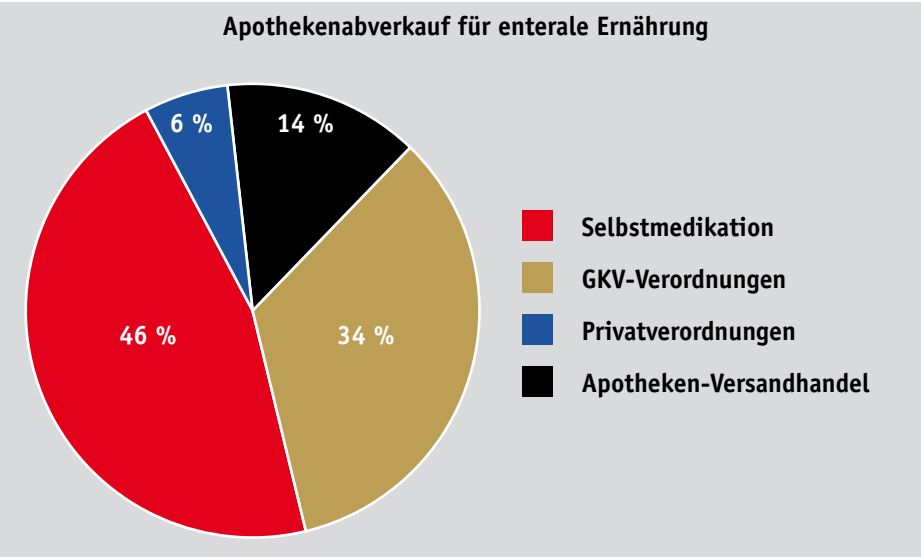


Abb. 1: Apothekenabverkauf für enterale Ernährung nach abgegebenen Einheiten und Vertriebskanälen in 2016; Quelle: NAV-CI Channel (INSIGHT Health Geschäftsbereich C.I. Care Information).

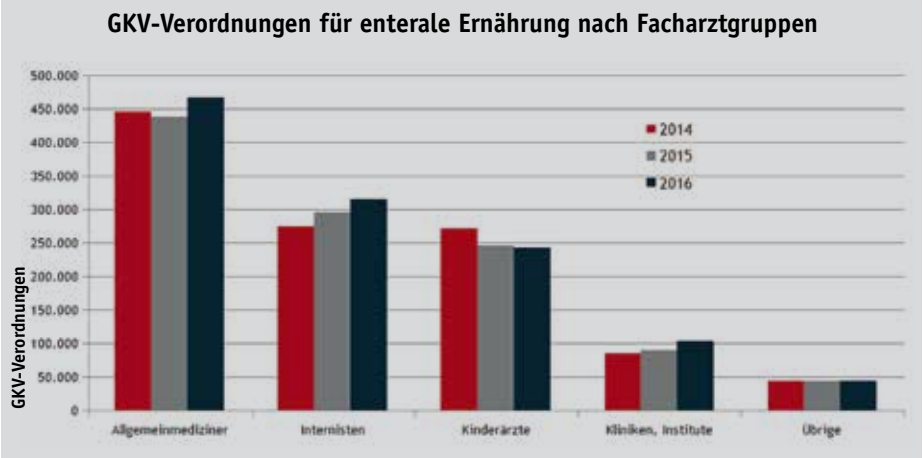


Abb. 2: Abgerechnete GKV-Verordnungen für enterale Ernährung nach Facharztgruppen in den Jahren 2014, 2015 und 2016; Quelle: NVI-CI (INSIGHT Health Geschäftsbereich C.I. Care Information).

dingungen auf dem Rezept nur Sondennahrung normokalorisch bzw. hochkalorisch und die für den Zeitraum der Verordnung benötigte Menge zu vermerken, bei krankheitsadaptierten Spezialnahrungen hingegen den Handelsnamen aufzudrucken. Zusätzlich wird auf das Gebot der Wirtschaftlichkeit sowie auf den steigenden Bedarf an enteraler Ernährung hingewiesen. Im Jahr 2016 wurde zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) für die ambulante Versorgung von Versicherten über niedergelassene Apotheken enterale Ernährung in Höhe von 68 Mio. EUR abgerechnet (Umsätze nach Herstellerabgabepreisen). Dies entspricht einem Plus von 15,5 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Dabei ist die hochmolekulare Ernährung mit 66,3 Mio. EUR bei der enteralen Ernährung der mit Abstand bedeutendste Bereich, differenziert in die pulverförmigen hochmolekularen Diäten mit 16,7 Mio. EUR Umsatz sowie die Trinknahrung mit 42,4 Mio. EUR und Sondennahrung mit 7,2 Mio. EUR Umsatz. Den Gesamtmarkt der hier betrachteten enteralen Ernährung im ambulanten Bereich vervollständigen die Oligopeptiddiäten mit 1,7 Mio. EUR und einem Zuwachs von 12 Prozent im Vergleich zu 2015 (Quelle: NVI-CI INSIGHT Health Geschäftsbereich C.I. Care Information)

Ambulante Versorgung: Apotheke und Verordner

Im Jahr 2016 wurden in den bundesdeutschen Apotheken inklusive des Apothekenversandhandels 3,6 Mio. Verkaufseinheiten von Produkten zur enteralen Ernährung abgegeben. Wie Abbildung 1 zeigt, hat für den Vertriebskanal Apotheke der Abverkauf über Selbstmedikation mit 46 Prozent die größte Bedeutung. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um die Trinknahrung. Auch bei den zu 34 Prozent per GKV-Rezept in der Apotheke abgegebenen Produkten zur enteralen Ernährung, hat die Trinknahrung den mit Abstand größten Anteil. Der Apothekenversandhandel über die Offizin gewinnt an Bedeutung, was sich mit einem Zuwachs von 24 Prozent im Vergleich zum Vorjahr belegen lässt. Insgesamt wächst der Apothekenmarkt inklusive des Apothekenversandhandels um 2,5 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Dagegen verzeichnen die Mengen, die an Selbstzahler in der Apotheke abgegeben werden, einen Rückgang von 3,1 Prozent (Quelle: NAV-CI Channel; INSIGHT Health).

Die Allgemeinmediziner sind erwartungsgemäß die Facharztgruppe, welche am häufigsten enterale Ernährung im ambulanten Setting verordnet. Gefolgt von den Internisten, deren GKV-Verordnungen für enterale Ernährung im Zeitverlauf der letzten drei Jahre an Bedeutung gewinnen. Mit Ausnahme der Kinderärzte lassen sich bei allen relevanten Facharztgruppen sowie für die Klinikambulanzen steigende Verordnungsmengen erkennen, die auf einen erhöhten Bedarf hindeuten (vgl. Abb. 2).

Versorgungsmanagement/-forschung

Viele Hersteller von künstlicher Ernährung bieten zusätzlich zu ihren Produkten für die Standard- und Spezialdiät ein Versorgungsmanagement für enteral ernährte Patienten an. Dies erstreckt sich von der Übernahme des Rezeptmanagements bis zur Lieferung und Überwachung der Therapie. Bei Patienten aus dem stationären Setting kann die Übernahme der ambulanten Versorgung von Beginn an abgestimmt und ein Therapiekonzept in Zusammenarbeit mit der Klinik und den niedergelassenen Ärzten entwickelt werden. Nach § 39 Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung sowie

Zitationshinweis

Pieloth, K., Maack, G.: „Enterale Ernährung: Bedeutung, Bedarf, Versorgung", in: „Monitor Versorgungsforschung" (01/18), S. 14-15; doi: 10.24945/MVF.01.18.1866-0533.2056

nach § 11 Abs. 4 SGB V einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die HomeCare Versorgung durch Patientenmanager und speziell geschulte Pflegedienste sowie die Bereitstellung von Überleitsystemen für Patienten mit Sonden stellt daher ein zusätzliches Dienstleistungsmodell für die Anbieter dar. Eigene Leitfäden zur Patientenversorgung mit Informationen zur Zusammensetzung der Produkte und Zufuhrempfehlungen sowie Apps, die bei der Planung und Dokumentation der Applikation unterstützen, runden das Serviceangebot ab. Auf Seiten der Wissenschaft steht die DGEM für die multidisziplinäre Vereinigung aller Berufsgruppen, die sich mit Ernährungsmedizin befassen. Die Gesellschaft hat sich unter anderem zum Ziel gesetzt die ernährungsmedizinische Versorgung in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen sowie im ambulanten Bereich zu verbessern. Gesponserte Industriepreise, Stipendien und die DGEM-Forschungsförderungen sind Maßnahmen für den Nachwuchs und wissenschaftlichen Austausch. Mit der Beteiligung an dem seit 2004 stattfindenden nutritionDay der European Society for Clinical Nutrition and Metabolism und weiterer Initiatoren verbindet sich Forschung mit Praxis. Die Idee der Partner: das Bewusstsein für Mangelernährung im stationären Setting zu steigern sowie die Implementierung einer angepassten Nährstoffversorgung zu fördern. Mittlerweile können sich weltweit Krankenhäuser und Pflegeheime registrieren und nach der Erhebung von Daten in der eigenen Einrichtung einen strukturierten Ergebnisbericht inklusive nationaler Benchmark-Informationen zum Status der Ernährungsversorgung erhalten. Die Ausweitung der Teilnahme für ambulante Pflegedienste sowie weiterer Versorgungseinrichtungen ist in Planung. Damit wird einem Informations- und Aufmerksamkeitsdefizit Rechnung getragen, das letztlich die Versorgung von mangelernährten Patienten im stationären Setting verbessern kann. Wie sich die ambulante Versorgung bei einem steigenden Bedarf an zusätzlicher Ernährung in einer älter werdenden Gesellschaft entwickelt, bleibt abzuwarten. <<

Autorinnen:
Kathrin Pieloth, Gabriele Maack*

* INSIGHT Health (vf@insight-health.de); Literatur bei den Verfassern