

- Ernährungsberater/DGE, Ernährungsmedizinischer Berater/DGE (Rahmenvereinbarung 2014)
- Ernährungsberater VDOE (Rahmenvereinbarung 2014)
- Qualifizierter Diät- und Ernährungsberater VFED (Rahmenvereinbarung 2014)
- QUETHEB-Registrierung (Rahmenvereinbarung 2014)

Ernährungstherapie

„Ernährungstherapie ist eine Ernährungsintervention mit klarer therapeutischer Ausrichtung“ (Valentini et al. 2013) und daher an erkrankte Personen gerichtet (Rahmenvereinbarung 2014).

Inhalt und Ziele

Laut Terminologie der DGEM Leitlinie *DGEM-Terminologie in der Klinischen Ernährung* handelt es sich bei Ernährungstherapie um eine Intervention mit klarer therapeutischer Ausrichtung und sie stellt somit eine „individualisierte, definierte und gezielte Ernährungsmaßnahme mithilfe herkömmlicher oder künstlicher Ernährung“ dar (Valentini et al. 2013). Ihr Einsatz erfolgt bei stationären und ambulanten Patienten (Valentini et al. 2013) zur Behandlung ernährungsmitbedingter Erkrankungen sowie krankheitsbedingter Ernährungsprobleme (Rahmenvereinbarung 2014). In enger Kooperation mit den behandelnden Ärzten werden – auf der Basis wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse – ein individueller Ernährungsplan sowie verhaltenstherapeutische Maßnahmen für den Patienten erarbeitet. Außerdem werden dem Patienten die pathophysiologischen Zusammenhänge erläutert, da ein besseres Verständnis die Umsetzung der ernährungstherapeutischen Maßnahmen fördert. Wichtig ist hierbei, dass die Therapieziele die individuelle Lebenssituation des Patienten sowie dessen Kompetenzen und Bedürfnisse berücksichtigen. Die *Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland* hat die Ziele der Ernährungstherapie folgendermaßen zusammengefasst (Rahmenvereinbarung 2014):

- Heilung oder Linderung der Erkrankung
- Erhalt bzw. Verbesserung der Lebensqualität
- Nachhaltige Verbesserung der individuellen Ernährungsweise und des Essverhaltens, orientiert an der medizinischen Notwendigkeit und den individuellen Bedürfnissen und Wünschen des Patienten
- Vermittlung der Grundsätze einer gesundheitsfördernden, vollwertigen Ernährung, um den Gesundheitszustand zu verbessern (Sekundärprävention) und Rückfällen/Folgeerkrankungen vorzubeugen (Tertiärprävention)

Indikationen

Nachfolgend sind Beispiele häufiger ernährungsmitbedingter Erkrankungen aufgeführt, bei denen eine Ernährungstherapie sinnvoll ist (Fachgesellschaft für Ernährungstherapie und Prävention (FET) e. V., www.fet-ev.eu/infothek/ernaehrungsmedizin)

- Adipositas/metabolisches Syndrom
- Diabetes mellitus Typ I und II
- Hyperurikämie/Gicht
- koronare Herzkrankheit/Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Hypertonie
- Krebserkrankungen
- chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
- akute/chronische Pankreatitis
- chronische Lebererkrankungen
- Gallensteine
- chronische Nierenerkrankungen
- Osteoporose/rheumatische Erkrankungen
- Nahrungsmittelintoleranzen (Lactose, Fructose)
- Nahrungsmittelallergien
- Zöliakie

Voraussetzungen für die Bezuschussung durch die gesetzlichen Krankenkassen

Die Inanspruchnahme einer Ernährungstherapie (nach § 43 SGB V) bedarf einer ärztlichen Verordnung und kann bei gesetzlich Versicherten durch die Krankenkassen bezuschusst werden. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist ein anerkanntes Zertifikat zum Nachweis der Qualifikation der einzelnen Fachkräfte. Infrage kommende Berufsgruppen und Qualifikationen s. o. *Ernährungsberatung* und s. u. *Organisatorischer Ablauf, Qualifizierte Ernährungsfachkräfte*.

Ernährungsevidenz

Wissenschaftliche Belege für den Einfluss der Ernährungstherapie auf Prävention und Behandlung von Krebserkrankungen:

Primärprävention

Mittlerweile legen Studien nahe, dass bei Frauen mit Mammakarzinom eine Kost mit begrenztem Fettverzehr, hohem Anteil an Obst und Gemüse sowie reichlich Ballaststoffen möglicherweise die Prognose verbessert (Hauner et al. 2011).

Eine neuere Metaanalyse identifizierte 40 Studien, die den Zusammenhang zwischen Ernährungsmuster und dem Risiko für kolorektale Karzinome untersuchten. Der Vergleich der höchsten mit der niedrigsten Kategorie eines „healthy dietary pattern“ zeigte ein verringertes Erkrankungsrisiko für die höchste Kategorie (Odds Ratio 0,75 [95%-KI 0,68–0,83], $p < 0,00001$). Die höchste Kategorie einer „westlichen Kost“ hatte im Vergleich zur entsprechenden niedrigsten Kategorie ein erhöhtes Erkrankungsrisiko (OR 1,40 [95%-KI 1,26–1,56], $p < 0,00001$) (Feng et al. 2017).

Interventionsstudien

Bisher gibt es nur wenige Interventionsstudien zum Einfluss einer Ernährungsumstellung auf die Inzidenz von Krebserkrankungen.

In der Women's Health Initiative (WHI), einer randomisierten, prospektiven Interventionsstudie, wurde der Effekt einer fettarmen Ernährung auf das Auftreten verschiedener Krebserkrankungen bei 48 835 postmenopausalen Frauen untersucht. Die Interventionsgruppe hatte als Zielgröße eine Fettreduzierung auf 20% der Gesamtenergie (20 En%) sowie eine Erhöhung des Verzehrs von Obst, Gemüse (5 Portionen) und Vollkornprodukten (6 Portionen). Die Kontrollgruppe erhielt nur allgemeine Ernährungsempfehlungen. Nach Ende der Intervention zeigte sich eine nominale Reduktion der Ovarialkarzinominzidenz, woraus gefolgert wurde, dass eine fettarme Ernährung das Auftreten von Ovarialkarzinomen bei postmenopausalen Frauen verringern könnte (Prentice et al. 2007).

In einer neueren Auswertung der WHI aus dem Jahr 2014 wurden 37 858 Frauen im Alter von 50–79 Jah-

ren (83% der Probandinnen der WHI) in eine anschließende Nachbeobachtung (nach Ende des Interventions-Follow-ups) eingeschlossen. Eine Gesamtanalyse (Interventionszeitraum und gesamte zusätzliche Nachbeobachtungszeit) ergab, dass die Fettreduzierung während der WHI Dietary Modification Trial keinen Langzeiteinfluss auf die Krebsinzidenz sowie krebspezifische oder Gesamtmortalität (Mammakarzinom, Kolonkarzinom und andere Krebsarten) hatte (Thomson et al. 2014).

Die Swedish Obese Subject Study (SOS) gibt indirekte Hinweise, dass eine Reduzierung des Körpergewichts die Krebsinzidenz senken könnte. In der SOS, einer prospektiven, kontrollierten Interventionsstudie, wurden über 2000 adipöse Männer und Frauen bariatrisch operiert. Die Interventionsgruppe verlor dadurch durchschnittlich 20 kg, während die Kontrollgruppe geringfügig zunahm. Die Krebsneuerkrankungen lagen bei Frauen in der Interventionsgruppe deutlich niedriger als in der Kontrollgruppe (Hazard Ratio 0,67 [95%-KI 0,53–0,85], $p = 0,0009$). Bei den Männern, die allerdings nur eine sehr kleine, unterrepräsentierte Gruppe bildeten, ließ sich keine Senkung der Krebsinzidenz nachweisen (Sjöström et al. 2008).

Der World Cancer Research Fund (WCRF) bewertet in regelmäßigen Abständen den Einfluss von Ernährung und anderen Lebensstilfaktoren auf die Entstehung und die Prognose von Krebserkrankungen. Grundlage hierfür ist die jeweils aktuelle wissenschaftliche Datenlage. In einer kürzlich publizierten Stellungnahme bekundete der WCRF, dass etwa ein Drittel aller Krebserkrankungen durch ausgewogene Ernährung, regelmäßige körperliche Bewegung und ein normales Körpergewicht (BMI 18,5–24,9 kg/m²) vermieden werden könnten (www.wcrf.org/int/research-we-fund/our-cancer-prevention-recommendations).

Anhand einer Auswertung aller vorliegenden Daten gibt der WCRF aktuelle Ernährungsempfehlungen für die Prävention von Krebs sowie bei bereits bestehenden Krebserkrankungen (s. Kapitel *Ernährung und Lebensstil bei Krebs*). Ähnliche Empfehlungen wurden als *European Code against Cancer 4th Edition: Diet and cancer* herausgegeben (Norat et al. 2015). Diese Prinzipien sollten als Richtschnur für die praktische Ernährungsberatung gelten. Ein direkter Effekt einer präventiven Ernährungsberatung ist bisher durch Studien jedoch nicht belegt.

Ernährungstherapie bei Krebserkrankungen

Bisher gibt es lediglich eine begrenzte Anzahl aussagekräftiger Interventionsstudien an einer größeren Probandenzahl, die den Einfluss der Ernährung bzw. einer Ernährungsumstellung auf die Prognose von Krebserkrankungen untersucht haben. Die meisten Studien existieren hierbei zum Mammakarzinom, einige auch für kolorektale Karzinome.

Mammakarzinom

Beim Mammakarzinom liegen die Ergebnisse von zwei prospektiven Lebensstilinterventionsstudien vor, die den Effekt einer fettreduzierten Ernährung auf Rezidivhäufigkeit und Mortalität untersucht haben.

Die Women's Intervention Nutrition Study (WINS) ist eine randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie, in die 2437 Frauen mit frühem Mammakarzinom eingeschlossen wurden (Alter 48–79 Jahre, durchschnittliches Follow-up 5 Jahre). In der Interventionsgruppe wurde als Zielgröße ein Fettverzehr von < 15 En% festgelegt; die Kontrollgruppe erhielt allgemeine Empfehlungen für einen gesunden Lebensstil. Primärer Endpunkt war das rezidivfreie Überleben. Die Rezidivrate war im Vergleich zur Kontrollgruppe um 24 % reduziert. Dieser Unterschied war grenzwertig signifikant: HR 0,76 ($p=0,034$ im adjustierten Cox-Modell, $p=0,077$ im Log-Rank-Test) (Chlebowski et al. 2006).

Women's Healthy Eating and Living (WHEL) ist ebenfalls eine randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie, in die 3088 Frauen mit frühem Mammakarzinom eingeschlossen wurden (Alter 18–70 Jahre, Follow-up 7,3 Jahre). Zielgrößen in der Interventionsgruppe waren neben einer fettreduzierten Ernährung (15–20 En%) zusätzlich eine Erhöhung des Obst- und Gemüseverzehrs auf 5 bzw. 3 Portionen pro Tag. Als Ergebnis fand sich kein Einfluss auf die primären Endpunkte Rezidivrate und Gesamt mortalität (Pierce et al. 2007).

Eine mögliche Erklärung für diese differierenden Ergebnisse findet sich in der unterschiedlichen Gewichtsentwicklung: im Gegensatz zur WHEL zeigte die WINS einen moderaten Gewichtsverlust bei den Probandinnen der Interventionsgruppe. Deshalb untersucht die randomisierte, kontrollierte prospektive Lebensstilintervention der deutschen Multicenter-Studie SUCCESS C bei Patientinnen

mit frühem Mammakarzinom derzeit den Einfluss einer moderaten Gewichts senkung auf die Prognose der Erkrankung.

Weitere Tumorarten

Die (NIH)-AARP Diet and Health Study untersuchte, wie sich ein gesunder Lebensstil auf die Mortalität des Kolon- und Rektumkarzinoms auswirkt. Berücksichtigte Parameter waren dabei gesunde Ernährung, BMI, körperliche Bewegung, Alkoholkonsum und Rauchen. Insgesamt wurden 4213 Probanden mit Kolonkarzinom und 1514 Probanden mit Rektumkarzinom in diese Beobachtungsstudie eingeschlossen. Nach einem 5-jährigen Follow-up zeigte sich eine geringere Mortalität bei den Probanden mit dem höchsten Lifestyle-Score im Vergleich zu den Probanden mit dem niedrigsten bzw. ungünstigsten Lifestyle-Score (Relative Risk 0,66 [95%-KI 0,50–0,87]) (Pelsler et al. 2014).

Empfehlungen für eine Ernährungstherapie bei Krebserkrankungen

Eine Ernährungstherapie bei Krebserkrankungen wird auch von Fachgesellschaften empfohlen, z. B. von der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in ihrer Leitlinie *Klinische Ernährung in der Onkologie* (Arends et al. 2015). Die Ernährungstherapie sollte somit ein wesentlicher Bestandteil bei jeder Therapie von Krebserkrankungen sein, um insbesondere auch einer Mangelernährung vorzubeugen.

Organisatorischer Ablauf der Beantragung einer Ernährungstherapie

„Zur Steigerung der oralen Nahrungsaufnahme sollten möglichst immer qualifizierte Ernährungsberatungen angeboten werden, inkl. einer Anreicherung der Speisen und/oder dem Angebot oraler Trinknahrungen“ (Arends et al. 2015).

Verordnung/Notwendigkeitsbescheinigung

Vor der Durchführung einer ambulanten Ernährungstherapie sollte eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung eingeholt und ein Kostenvorantrag bei der Krankenkasse eingereicht werden.

Bei der Wahl der Ernährungsfachkraft ist unbedingt auf eine entsprechende Expertise zu achten, wie sie bei Ärzten, Diätassistenten, Ernährungswissenschaftlern, Ökotrophologen mit Zusatzqualifikation besteht (s. u.).

Eine ambulante Ernährungstherapie ist eine Privat- bzw. iGel-Leistung. Gesetzliche Krankenkassen zahlen jedoch bei bestimmten Voraussetzungen (s. u.) einen Zuschuss zur individuellen Ernährungstherapie nach § 43 SGB V.

Vor Therapiebeginn sollte mit der Krankenkasse abgeklärt werden, wie hoch der Zuschuss sein wird. Dies gilt auch für Privatversicherte. Das Honorar für die Ernährungstherapie legt die Ernährungsfachkraft selbst fest, der behandelnde Arzt rechnet nach GOÄ ab. Nachfolgend sind die Schritte zur Beantragung einer Ernährungstherapie beschrieben:

1. Ausstellung einer Notwendigkeitsbescheinigung für Ernährungstherapie durch den behandelnden Arzt (Beispiel s. Abbildung 1)
2. Kontaktaufnahme mit einer qualifizierten und zertifizierten Ernährungsfachkraft (s. u.) und Einholung eines Kostenvorschlags
3. Beantragung einer Bezuschussung der Ernährungstherapie bei der Krankenkasse mit ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung und Kostenvorschlag
4. Terminvereinbarung mit der Ernährungsfachkraft (Ärzte, Diätassistenten, Ernährungswissenschaftler, Ökotrophologen)

Für die Bezuschussung der Ernährungstherapie durch die gesetzlichen Krankenkassen müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, welche nachfolgend aufgelistet sind (Rahmenvereinbarung 2014):

- Vorlage einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung mit Diagnose und Indikation(en) für eine Ernährungstherapie
- Qualifikationsnachweis der Ernährungsfachkraft

Qualifizierte Ernährungsfachkräfte

Qualifizierte Ernährungsfachkräfte haben eine definierte und anerkannte Ausbildung und können eine kontinuierliche, geregelte Weiterbildung mittels eines Zertifikates nachweisen.

Damit Verbraucher, Patienten und Krankenkassen qualifizierte Berufsgruppen von nicht qualifizierten unterscheiden können, sind in der *Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland* die einzelnen Berufsbilder definiert sowie unterschiedliche Kompetenzen und Qualifikationen der Anbieter(innen) aufgezeigt (Rahmenvereinbarung 2014).

In der praktischen Ausübung sind dies vorwiegend:

- Ärzte (Fortbildungsnachweis gemäß Curriculum *Ernährungsmedizin* der Bundesärztekammer)
- Diätassistenten (Urkunde)
- Ernährungswissenschaftler (Diplom, Bachelor/Master of Science)
- Ökotrophologen (Diplom, Bachelor/Master of Science)

Zusätzlich haben die Krankenkassen mit den *Gemeinsamen Empfehlungen* zu Patientenschulungen nach § 43 SGB V eine Durchführungsempfehlung erlassen, um das Verfahren der Kostenübernahme für Ernährungstherapie zu vereinheitlichen. Darin haben sie festgelegt, welche Qualifikation ein(e) Ernährungsberater(in) haben muss, um Patientenschulungen nach § 43 SGB V durchführen zu können und von den Krankenkassen anerkannt zu werden (s. o. *Ernährungsberatung*) (VDD 2016).

Folgende Internetseiten geben einen guten Überblick über qualifizierte, von den Krankenkassen anerkannte Ernährungsfachkräfte:

- www.ernaehrung-krebs-tzm.de
- www.bdem.de (Ernährungsmediziner)
- www.vdd.de (Diätassistenten)
- www.vdoe.de (Dipl.-Ökotrophologen)
- www.dge.de → Service → Ernährungsberatung für Verbraucher (nicht für Ärzte)
- www.quetheb.de (Dipl.-Ökotrophologen, Diätassistenten, Ernährungsmediziner)

Verordnungsfähigkeit¹ von enteraler Ernährung und Trinknahrung

„Eine enterale oder parenterale Zufuhr von Nährlösungen sollte erfolgen, wenn eine ausreichende orale Nahrungsaufnahme – beispielsweise aufgrund erheblicher Beeinträchtigungen des Gastrointestinaltrakts – nicht erreicht werden kann“ (Arends et al. 2015).

Enterale Ernährung und Trinknahrung (Definition s. Kapitel *Ernährungstherapie bei ungewollter Gewichtsabnahme, Orale Nahrungssupplementation*) kann bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden normalen Ernährung – unabhängig von der Grunderkrankung – verordnet werden, wenn sonstige Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen.

Die Verordnung (VO) von enteraler Ernährung und Trinknahrung wird in das ärztliche VO-Budget hineingerechnet und wie ein Arzneimittel rezeptiert.

- ! ■ Trink- und Sondennahrung sind nicht **verordnungspflichtig**.
 Patienten sollten aber von einer Ernährungsfachkraft genau über ein geeignetes Produkt beraten werden!
 ■ Eine Verordnung von enteraler Ernährung und Trinknahrung (damit z. B. die Kosten von einer Krankenkasse erstattet werden) kann nur durch einen Arzt/Ärztin erfolgen.

Laut Arzneimittel-Richtlinie AM-RL § 21 (1) und (2) darf enterale Ernährung und Trinknahrung bei medizinisch notwendigen Fällen verordnet werden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2018):

1. „Enterale Ernährung und Trinknahrung ist bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden normalen Ernährung verordnungsfähig, wenn eine Modifizierung der normalen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht

ausreichen. Enterale Ernährung und sonstige Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation schließen einander nicht aus, sondern sind erforderlichenfalls miteinander zu kombinieren.

2. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt hat bei der Verordnung von enteraler Ernährung und Trinknahrung zu prüfen, ob insbesondere Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation geeignet sind, eine ausreichende normale Ernährung auch ohne Einsatz von enteraler Ernährung und Trinknahrung zu gewährleisten, und diese gegebenenfalls zu veranlassen.“ (detaillierte Auflistung s. *Anhang* am Ende dieses Kapitels).

Verordnungsfähige Produkte

Verordnungsfähig sind gemäß *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung* (AM-RL §§ 22 und 23):

- diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diäten)
- vollbilanzierte Lebensmittel, die zur ausschließlichen Ernährung geeignet sind
- Lebensmittel, die einen Energiegehalt von mind. 1 kcal/ml aufweisen

Unterschieden werden dabei:

1. Standardprodukte zur Durchführung einer enteralen Ernährung:
 - Trinknahrung
 - Sondennahrung
2. Spezialprodukte zum Einsatz bei spezifischen Erkrankungen:
 - Produkte mit Anpassung für Niereninsuffiziente sowie altersadaptierte Produkte für Säuglinge und Kleinkinder
 - Trinknahrungen mit hochhydrolysierten Eiweißen oder Aminosäuremischungen für Säuglinge und Kleinkinder mit Kuhmilchweißallergie oder Patienten mit multiplen Nahrungsmittelallergien
 - niedermolekulare oder speziell mit mittelkettigen Triglyzeriden (MCT-Fett) angereicherte Produkte bei Patienten mit dokumentierten Fettverwertungsstörungen oder Malassimilationssyndromen (z. B. Kurzdarmsyndrom, AIDS-assoziierte Diarrhöen, Mukoviszidose)

¹ „Verordnungsfähig“ bedeutet erstattungsfähig durch die gesetzlichen Krankenkassen.

- defektspezifische Aminosäuremischungen (auch fett- und kohlenhydrathaltige Produkte) für Patienten mit Phenylketonurie oder weiteren angeborenen Enzymdefekten, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden
- spezielle Produkte für die Behandlung von Patienten mit seltenen angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- oder Fettstoffwechsel (je nach Krankheitsbild auch kohlenhydrat- oder fettfreie Einzelsupplemente) sowie für weitere definierte diätpflichtige Erkrankungen
- ketogene Diäten für Patienten mit Epilepsie, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt

Nicht verordnungsfähige Spezialprodukte

Die Verordnung von krankheitsadaptierten Spezialprodukten ist gemäß *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung* (AM-RL §§ 24 und 23) ausgeschlossen, soweit es sich um Produkte handelt, die speziell für die Indikationen

- chronische Herz-Kreislauf- oder Ateminsuffizienz,
- Dekubitusprophylaxe/-behandlung,
- Diabetes mellitus,
- Geriatrie,
- Stützung des Immunsystems,
- Tumorpatienten

angeboten werden.

Außerdem (AM-RL §§ 25 und 26):

- Trinknahrung, die über die gesetzlichen Anforderungen hinaus mit Mineralstoffen, Spurenelementen oder Vitaminen angereichert ist
- hypokalorische Lösungen (Energiedichte unter 1,0 kcal/ml)
- sonstige Hydrolisatnahrungen (nicht hydrolysiert zum Einsatz bei Kuhmilcheiweißallergie) und Semielementarnahrungen (auch HA-hypoallergene Spezialnahrung)
- Produkte, die mit Mehrkosten verbunden sind, z. B. speziell mit Ballaststoffen oder mit mittelkettigen Triglyzeriden (MCT-Fett) angereicherte Produkte. (Für Letztere gilt die Einschränkung nicht, wenn eine dokumentierte Fettverwertungsstörung vorliegt!)

Die Verordnung von enteraler Ernährung und Trinknahrung wird dem VO-Budget des Arztes/der Ärztin angelastet. Eine ordnungsgemäße Dokumentation (Beispiel s. Abbildung 2) der Diagnose und der alternativ eingeleiteten Maßnahmen ist unbedingt empfehlenswert, um bei evtl. Regressforderungen gut vorbereitet zu sein. Zudem besteht die Möglichkeit, bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) eine Praxisbesonderheit anzumelden (Verordnungsfähigkeit medizinischer Trinknahrung, www.nutricia.de/common/pdf/Verordnungsfahigkeit-Trinknahrung-Rezept.pdf).

Rezeptierung

Die VO von enteraler Ernährung und Trinknahrung wird in der *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung* (Arzneimittel-Richtlinie) geregelt. Die Anforderungen entsprechen somit der Rezeptierung von Arzneimitteln (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung, AM-RL § 18):

- Enterale Ernährung und Trinknahrung sind keine Hilfsmittel, deshalb darf dieser Punkt auf dem Rezept nicht angekreuzt werden.
- Es darf keine Indikationsstellung auf dem Rezept vermerkt werden.

Ein Beispiel für die Rezeptierung ist in Abbildung 3 gezeigt.

Ernährungsmonitoring

Das Ernährungsmonitoring beschreibt die systematische Erfassung (Protokollierung), Messung, Beobachtung und Überprüfung der Wirksamkeit von Ernährungsmaßnahmen während oder nach einer Krebstherapie. Eine besondere Funktion des Monitorings besteht darin, steuernd einzugreifen, falls die angewendeten Maßnahmen nicht den gewünschten Erfolg erzielen.

Inhalt und Ziele

Die Ziele der Ernährungstherapie bei Krebspatienten umfassen sowohl die Verbesserung als auch die Stabilisierung des Ernährungszustandes, der körperlichen Leistungsfähigkeit, des Stoffwechsels, der