

Information zu den Änderungen im Bereich enterale Ernährung

Zum 01.01.2009 treten folgende Regelungen in Kraft:

1. Neuregelung des Anspruchs in § 31 Abs. 5 SGB V

„(5) Versicherte haben Anspruch auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung, wenn eine diätetische Intervention mit bilanzierten Diäten medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 fest, unter welchen Voraussetzungen welche bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung vom Vertragsarzt verordnet werden können und veröffentlicht im Bundesanzeiger eine Zusammenstellung der verordnungsfähigen Produkte. § 34 Abs. 6 gilt entsprechend. In die Zusammenstellung sollen nur Produkte aufgenommen werden, die die Anforderungen der Richtlinie erfüllen. Für die Zuzahlung gilt § 31 Abs. 3 Satz 1 entsprechend. Für die Abgabe von bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung gelten § 126 und § 127 entsprechend. Bei Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 sind Leistungen nach Satz 1 zu berücksichtigen.“

Der Gesetzgeber stellt sich in seiner Gesetzesbegründung (BT-Drucksache 16/10609) die Umsetzung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) folgendermaßen vor:

„Der Wortlaut des geltenden gesetzlichen Leistungsanspruchs in § 31 Abs. 1 Satz 2 SGB V nennt ausdrücklich nur vier Produktgruppen diätetischer Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke nämlich Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung. Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 28. Februar 2008 (B 1 KR 16/07 R) festgestellt, dass aufgrund dieses Wortlauts für andere als die genannten Produktgruppen keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, weil die Aufzählung der vier Produktgruppen abschließend ist. Damit reicht die gegenwärtige Regelung nicht aus, eine Versorgung von Versicherten mit anderen diätetischen Lebensmitteln für besondere medizinische Zwecke zu begründen, auch wenn dies medizinisch notwendig ist. Die Begriffsbestimmung der diätetischen Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diäten) ist in § 1 Abs. 4a Diätverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. April 2005 (BGBl. I S. 1161), zuletzt geändert durch Artikel 5 der Verordnung vom 30. Januar 2008 (BGBl. I S. 132) getroffen. Sie unterscheiden sich damit deutlich von Lebensmitteln des allgemeinen Verzehrs.

Mit der vorliegenden Änderung wird geregelt, dass bilanzierte Diäten verordnungsfähig sind, wenn eine diätetische Intervention mit bilanzierten Diäten medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist, z. B. bei Versicherten, die an angeborenen, seltenen Stoffwechseldefekten oder anderen diätetischen Erkrankungen leiden, die ohne diätetische Intervention zu schwerer geistiger oder körperlicher Beeinträchtigung führen sowie allgemein bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden, normalen Ernährung, wenn mit anderen Maßnahmen (allein oder kombiniert) eine ausreichende Ernährung im Einzelfall nicht sichergestellt werden kann. Hierunter können beispielsweise Versicherte fallen, die an Defekten im Kohlenhydrat- oder Fettstoffwechsel, angeborenen Enzymdefekten (z. B. Phenylketonurie), Niereninsuffizienz, Kuhmilchproteinallergie, multiplen Nahrungsmittelallergien, Fettverwertungsstörungen, gestörter Aufnahme- und Ausnutzungsfähigkeit von Nährstoffen (z. B. bei Kurzdarmsyndrom, AIDS-assoziierten Diarrhöen, Mukoviszidose) oder an Schluckstörungen (z. B. nach Schlaganfall, bei Tumoren im Kopf/Halsbereich) leiden, sofern jeweils die entsprechenden Verordnungsvoraussetzungen vorliegen. Zu den verordnungsfähigen Produkten können auch spezifisch auf ein Krankheitsbild abgestimmte Spezialprodukte gehören, wenn sie medizinisch erforderlich sind. Grundsätzlich nicht verordnungsfähig sind dagegen etwa glutenfreie Spezialmehle, lactosefreie Milchprodukte, phenylalaninfreie Fertigprodukte und andere entsprechende Lebensmittel.

Es bleibt weiterhin dabei, dass die Versorgung mit Lebensmitteln, Nahrungsergänzungsmitteln, so genannter Krankenkost und anderen diätetischen Lebensmitteln als bilanzierte Diäten grundsätzlich nicht zu den Aufgaben der GKV gehört, auch wenn therapeutische Effekte behauptet

werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, unter welchen Voraussetzungen die Verordnung von Produkten zur enteralen Ernährung medizinisch notwendig, zweckmäßig, wirtschaftlich und damit verordnungsfähig ist. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss obliegt dabei, die zunächst vorrangigen Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation zu konkretisieren, wobei Ernährungsprodukte in den medizinisch notwendigen Fällen auch zusätzlich verordnungsfähig sind, wenn die vorrangigen Maßnahmen allein nicht ausreichen. Enterale Ernährung und sonstige Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation schließen sich dabei nicht aus, sondern sind erforderlichenfalls miteinander zu kombinieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist gefordert, die Verordnungsvoraussetzungen so zu präzisieren, dass für Ärzte und Patienten Rechtsklarheit über die Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen wird und gleichzeitig für die verordnenden Ärzte der notwendige Spielraum für die Therapieentscheidung im Einzelfall verbleibt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, eine Zusammenstellung über die verordnungsfähigen Produkte zu erstellen. Er kann dabei produktbezogen nähere Anwendungsbestimmungen treffen. Bei der erstmaligen Veröffentlichung der Zusammenstellung muss gewährleistet sein, dass mit diesen Produkten eine ausreichende Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Maßgebend für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ist der vom Anbieter gegenüber Krankenkassen höchstens berechnete Preis. Der Bescheid über die Aufnahme eines Produktes in die Liste kann befristet werden, um eine Anpassung an neue Erkenntnisse oder Veränderungen der Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen.

Die Anbieter erhalten die Möglichkeit, einen Antrag auf Aufnahme ihres Produktes in die Richtlinie und die Zusammenstellung zu stellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist dann verpflichtet, dem Antragsteller innerhalb von 90 Tagen einen Bescheid einschließlich einer Begründung zu erteilen. Diese Neuregelung stellt sicher, dass der Leistungsanspruch regelmäßig und zeitnah fortgeschrieben wird und neue Möglichkeiten der Versorgung berücksichtigt werden.

Die vorliegende gesetzliche Regelung behält die bereits geltenden Regelungen für Abrechnung, Zuzahlung und Wirtschaftlichkeitsprüfungen bezüglich der Verordnung von enteraler Ernährung bei. Für Verträge der Krankenkassen mit Apotheken bzw. anderen Leistungserbringern über Produkte zur enteralen Ernährung gelten wie bisher die §§ 126 und 127. Wie bisher sollen Verordnungen zur enteralen Ernährung in die Vereinbarungen nach § 84 sowie in die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V einbezogen werden.“

2. Übergangsregelung in § 316 SGB V

Zur Sicherstellung der Patientenversorgung gilt bis zur Veröffentlichung der neuen Zusammenstellung verordnungsfähiger Produkte weiterhin die derzeit gültige Fassung der [Arzneimittelrichtlinie Kapitel E](#).

Kontakt:

BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Stefanie Brunz
Referat Homecare
Reinhardtstr. 29 b
10117 Berlin

Tel.: 030 246255-16
Fax: 030 246255-99
brunz@bvmed.de

Weitere Informationen:

http://www.bvmed.de/themen/Hilfsmittel/article/Erstattung_enterale_Ernaehrungstherapie.html