



SVK

Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer
Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie
Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malattia

Richtlinien der GESKES über Home Care, künstliche Ernährung zu Hause

September 2001
Revidiert Dezember 2007
Ergänzt Januar 2009
Revidiert Januar 2013

Für die Arbeitsgruppe Home Care:
Prof. Dr. med. Peter E. Ballmer
Prof. Dr. med. Rémy Meier (2001-2009)
Dipl. pharm. Christina Möltgen
Dipl. Ernährungsberaterin HF Maya Rühlin,

Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz (GESKES)

Arbeitsgruppe "künstliche Ernährung zu Hause"

Richtlinie der GESKES über Home Care, künstliche Ernährung zu Hause

1. Medizinische Grundlagen der künstlichen Ernährung zu Hause

Bei vielen chronischen Erkrankungen (sowie auch Unfall bedingt) sind Ernährungsstörungen infolge der Unfähigkeit genügend Nahrung aufzunehmen, oder durch vermehrten Verbrauch an Nährstoffen häufig. Eine Mangelernährung / Unterernährung erhöht das Risiko für Infektionen, das Auftreten von Dekubitus, vermindert die physische Mobilität und die Lebensqualität; sie ist ein unabhängiger Risikofaktor für Komplikationen bei vielen Erkrankungen. Die Alterung der Bevölkerung, die Lebensverlängerung durch Fortschritte bei der Behandlung von Tumoren, intestinaler Malabsorption und neurologischen Krankheiten sind für die zunehmende Anzahl der Patienten mit schweren Ernährungsproblemen verantwortlich. Sowohl die enterale wie auch die parenterale Ernährung können den Nährstoffbedarf dieser Patienten decken. Auch Zusatztrinknahrungen (perorale sondenfreie Ernährung) zeigen eine signifikante Verbesserung, selbst der Mortalität, in ausgewählten Patientengruppen. Die Entstehung von spezialisierten ambulanten Ernährungssprechstunden sowie die Entwicklung neuer Techniken und spezieller Produkte erlauben es, die Patienten sowohl enteral als auch parenteral zu Hause zu ernähren (künstliche Ernährung zu Hause). Die Anwendung einer solchen Ernährung setzt eine korrekte Indikation unter Berücksichtigung der ethischen Gegebenheiten, die optimale interdisziplinäre Versorgung der Patienten mit den notwendigen Nahrungsprodukten und entsprechenden Zufuhrsystemen (Sonden, Ernährungspumpen/Infusomaten, Überleitsysteme u.a.m.) sowie die Kostenübernahme voraus.

1.1. Indikationen zur künstlichen Ernährung zu Hause

In einem Stufenschema werden die perorale sondenfreie Ernährung, die enterale Sondenernährung und die parenterale Ernährung als teilweise überlappende Massnahmen eingesetzt. Die enterale Ernährung wird immer bevorzugt, wenn der Magen-Darm-Trakt funktionstüchtig ist. Wenn dies nicht der Fall ist, muss der Patient parenteral ernährt werden.

Indikation für **parenterale Ernährung zu Hause**: Wenn die künstliche Ernährung über einen venösen Katheter erforderlich ist. Eine ausschliesslich enterale/perorale sondenfreie Ernährung ist nicht möglich oder kontraindiziert.

Indikation für die **enterale Ernährung zu Hause**: Wenn die künstliche Ernährung über eine Sonde erforderlich ist. Eine ausschliesslich perorale sondenfreie Ernährung ist ausgeschlossen.

Indikation für die **perorale sondenfreie Ernährung resp. Zusatztrinknahrung zu Hause (Definition siehe 2.2.2)**: Bei Erkrankungen verbunden mit Mangelernährung/Unterernährung oder Risiko für Mangelernährung/Unterernährung, wenn die künstliche Ernährung sondenfrei erfolgen kann.

Die parenterale und enterale Ernährung sowie die Zusatztrinknahrung sind in der Grundversicherung des Krankenversicherungsgesetzes verankert.

Tabelle 1 fasst die medizinischen Indikationen zu jeder Form der künstlichen Ernährung zu Hause aufgrund von Erkrankungen zusammen.

Tabelle 1: Medizinische Indikationen

Anatomisch bedingt
Chronischer Darmverschluss (chronischer Ileus) „High out-put“ Fisteln Inoperable Stenosen von Speiseröhre und Magen Gastrointestinale und enterokutane Fisteln Kurzdarmsyndrom Missbildungen
Neurologisch bedingt
Cerebralparese Cerebrovaskulärer Insult Degenerative ZNS-Erkrankungen Störungen des Kau- und Schluckapparates
Organ bedingt
Leber, Herz, Lunge, Niere Pankreas Bösartige Tumoren
Bedingt durch chronische chronische Infekte
Chronische Polyarthritits Endokarditis HIV / AIDS Tbc
Spezielle Indikationen
Schwere Malabsorptions- und Diarrhöe-Erkrankungen Intestinale Motilitätsstörungen Cystische Fibrose Strahlenenteritis Anorexia mentalis Chronische entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) Angeborene Stoffwechselstörungen

1.2. Ermittlung des Ernährungszustandes

Der Patient ist aufgrund seiner Erkrankung unfähig, genügend Nahrung aufzunehmen oder der Verbrauch an Nährstoffen kann durch die normale Nahrungsaufnahme nicht gedeckt werden. Zur Bestimmung des Ernährungszustandes haben sich die folgenden Parameter als schnelle und effiziente Methode bewährt (vgl. Tabelle 2).

1.2.1 Mangelernährung / Unterernährung

Grösse (cm):
Mangelernährung/Unterernährung falls:
Aktuelles Gewicht (kg):
Normales Gewicht vor Erkrankung:
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb des letzten Monates* % > 5 %
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb der letzten 6 Monate* % > 10%
- Aktueller Body Mass Index*: kg/m ² < 18.5

Tabelle 2: Bestimmung der Mangelernährung/Unterernährung

*Ist die Limite mindestens eines Parameters über- bzw. unterschritten, liegt eine Mangelernährung/Unterernährung vor.

1.2.2 Risiko für Mangelernährung / Unterernährung und Zweifelsfälle

In Zweifelsfällen bezüglich der Indikation für eine künstliche Ernährung muss der NRS (Nutrition Risk Score nach Kondrup¹) angewendet werden. Liegt ein hohes Risiko für Mangel-/Unterernährung vor (entspricht einem NRS von ≥ 3) ist dies ebenfalls eine Indikation für künstliche Ernährung.



Kondrup-Score.doc

1.2.3 Erhalten des Ernährungszustandes bei Langzeiternährung

Liegt eine anhaltende zeitlich nicht absehbare Krankheitssituation (z.B. Kurzdarmsyndrom) vor, ist die Indikation als gegeben zu betrachten. Das Ziel ist es, eine bedarfsdeckende Ernährung zu ermöglichen, um einen adäquaten Ernährungszustand erreichen resp. erhalten zu können.

¹ Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003;22:415-21

1.3. Indikation für eine präoperative immunsupplementierende Zusatzernährung

1.3.1 Indikation für eine präoperative immunsupplementierende Zusatzernährung über 5 - 7 Tage bei Patienten mit und ohne Mangelernährung und einer malignen Erkrankung des / der

- Oesophagus
- Magens
- Pankreas
- Zunge / Pharynx / Larynx
- Leber

Die Supplementierung ist nur indiziert, wenn sich der Patient einer Resektionsoperation unterziehen muss.

Die Indikationen bestehen für folgende Operationen

- Resektion eines Ösophaguskarzinoms
- Resektion eines Magenkarzinoms mit einer totalen Gastrektomie oder einer 2/3-Magenresektion
- Pankreasresektion nach Whipple- oder Teilpankreasresektion
- Zungen-, Pharynx- und Larynxkarzinom inkl. einer Neck Dissection
- Hemihepatektomie der Leber

1.3.2 Indikation für eine präoperative immunsupplementierende Ernährung über 5-7 Tage bei Patienten mit und ohne Mangelernährung vor einer Leber-/Herz- oder Lungentransplantation.

1.3.3 Indikation für eine präoperative immunsupplementierende Ernährung über 5-7 Tage bei Patienten mit Mangelernährung und malignen Erkrankungen des Dickdarms vor einer geplanten Teil- oder totalen Kolektomie oder Rektumresektion. .

1.3.4 Indizierter Verabreichungszeitraum:

Orale immunsupplementierende Ernährung für 5 bis max. 7 Tage vor einer Operation zuhause.

2. Kostengutsprache

2.1 Krankenversicherungsgesetz

Mit dem In-Kraft-Treten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) am 1. Januar 1996 sowie der damit verbundenen Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hat sich die Bedeutung der anderen Kostengaranten (Invalidenversicherung, Unfallversicherung, Selbstzahler) reduziert.

Die Krankenversicherer als Träger der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben den SVK (Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer) mit der Durchführung der administrativen Belange der künstlichen Ernährung zu Hause (Beurteilung Kostengutsprachegegesuche, Erteilung Kostengutsprache gegenüber Homecare Service, Tarifverträge mit Homecare Service etc.) beauftragt. Das Kostengutsprachegegesuch ist ab einer beabsichtigten Therapiedauer von mindestens 4 Wochen einzureichen.

Der SVK vertritt im Bereich der künstlichen Ernährung rund 85% aller in der Schweiz versicherten Personen.

2.2 Voraussetzungen für das Gutheissen der Kostengutsprache

2.2.1 Kostengutsprache bei enteraler/parenteraler Ernährung (inkl. enteraler oder parenteraler Flüssigkeitszufuhr) sowie für die Zusatztrinknahrung (sondenfreie enterale Ernährung)

- 1 Die medizinische Indikation ist gemäss 1.1 gegeben und muss von einem Arzt gestellt werden.
2. Enterale/ parenterale Ernährung und die Zusatztrinknahrung (Bedingungen siehe Definition 2.2.2) sind in der Grundversicherung des Krankenversicherungsgesetzes festgehalten, d.h. die Kostenübernahme ist gewährleistet. Dies gilt auch bei teilweiser oder vollständiger enteraler oder parenteraler Flüssigkeitszufuhr, wenn die orale Zufuhr nicht gewährleistet werden kann. Eine Kostengutsprache gilt ein Jahr; danach muss bei Bedarf ein Verlängerungsgesuch eingegeben werden.

2.2.2 Definition Zusatztrinknahrung (sondenfreie enterale Ernährung)¹

Eine Zusatztrinknahrung ist ein teil- sowie vollbilanziertes industriell hergestelltes Trinknahrungssupplement für medizinische Zwecke im Rahmen der Ernährungstherapie zur Vermeidung oder Behandlung einer Mangelernährung.

In der Regel liegen diese Supplemente trinkfertig in flüssiger Form vor. Einzelne liegen in Pulverform, welche als Getränk angerührt werden oder eingedickt als Crème vor. Als Mindestanforderung setzt sich die Zusatztrinknahrung aus quantitativ und qualitativ definierten und deklarierten Gemischen an Makronährstoffen (Eiweiss, Kohlenhydrate und Fett²) und Mikronährstoffen (Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente) zusammen. Es gibt Krankheitsadaptierte Trinknahrung, die von Standardprodukten abweichende Makronährstoffmengen hat (z.B. relative Anreicherung mit Fett oder verminderte Kohlenhydratmenge oder Zusatz von spezifischen immunmodulierenden Substanzen wie z.B. Omega-3-Fettsäuren und Glutamin).

Alle Supplemente werden in Einnahmeeinheiten, keimarm sowie luftdicht konfektioniert und abgepackt.

Die teil- sowie vollbilanzierte Zusatztrinknahrung eignet sich zur ergänzenden, die vollbilanzierte Trinknahrung auch zur alleinigen Ernährung. Die vollbilanzierten Produkte erlauben, falls notwendig, eine bedarfsdeckende Ernährung, wenn mit üblichen Nahrungsmitteln keine Bedarfsabdeckung erreicht werden kann unter Vermeidung von Unter- oder Überdosierungen.

Alle Produkte kommen bei Erkrankungen verbunden mit bestehendem oder hohem Risiko für Mangelernährung bzw. Unterernährung zum Einsatz (siehe Tabelle 1), wenn die künstliche Ernährung sondenfrei erfolgen kann.

Die anerkannten Produkte der sondensfreien enteralen Ernährung müssen Bestandteil der FSMP Liste und somit vom BAG notifiziert sein.

Nahrungsergänzungsmittel³ sowie isolierte Nahrungszusätze wie beispielsweise Eiweisspulver oder spezifische Aminosäureprodukte (z.B. Glutamin, Arginin), Kohlenhydratpulver,

Eindickungsmittel, Faserprodukte sind ausgeschlossen von dieser Regelung, auch falls sie Bestandteil der FSMP Liste sind.

¹Weitere Synonyme im deutschsprachigen Gebrauch und in der Literatur: Trinknahrung, orale Supplemente i.e. ONS (oral nutrition supplements), Elementardiät, bilanzierte Diät.

²Die fettfreie Zusatztrinknahrung, welche die restlichen Mindestanforderungen erfüllt, wird ebenfalls anerkannt.

³Nahrungsergänzungsmittel (NEM) (Kennzeichnung, zulässige chemische Formen an Vitaminen und Mineralstoffen) wurden von der Europäischen Union definiert. Wesentlicher Rechtsakt ist die Richtlinie 2002/46/EG; Artikel 2

Die vorliegenden Definitionen basieren, wo möglich, auf denjenigen der Britischen NICE; siehe unter <http://www.npc.nhs.uk/quality/ONS/>

2.2.3 Gutheissen der Verlängerung einer Kostengutsprache (muss nach Ablauf von jeweils 1 Jahr neu beantragt werden)

Voraussetzungen sind wie unter 1.3.1 und 2. gegeben. Der Ernährungszustand kann erhalten resp. eine adäquate Zufuhr kann nur mit der enteralen/parenteralen Ernährung oder mit Trinknahrung gewährleistet werden. Ein bewilligte Verlängerung der Kostengutsprache hat jeweils Gültigkeit für 1 Kalenderjahr.

Wichtig: Alle Kostengutsprache gesuche müssen für eine Annahme vollständig ausgefüllt und unterschrieben werden.

2.3 Qualitätssicherung KVG Art. 58

Aufgrund der Krankheit und der reduzierten Leistungsfähigkeit der Patienten sowie aus Gründen des Umfangs (Volumen und Gewicht) setzt die künstliche Ernährung zu Hause eine Lieferung der Nährlösungen sowie des übrigen Materials in die Wohnung des Patienten voraus. Die Produkte für künstliche Ernährung sind in der Schweiz zugelassen d.h. sie sind vom BAG notifiziert. Die Lieferung an den Patienten erfolgt in der Regel über eine Apotheke. Theoretisch kommen alle Apotheken für diese Lieferung in Frage. Die Anforderungen an die Lieferungen gehen jedoch viel weiter als die Möglichkeiten der meisten Apotheken. Art. 58 KVG fordert für die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen Leistungen eine Qualitätssicherung. Im Folgende geht es darum, die Anforderungen an den Home Care Service im Rahmen der künstlichen Ernährung zu Hause festzuhalten, damit deren Leistungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden. Erfolgt eine Bezugspause, die länger als 6 Monate ist, muss zwingend ein neues Kostengutsprache gesuch ausgefüllt werden.

2.4 WZW KVG Art. 32

Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben (KVG Art. 32) ist es Pflicht, die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit einer Therapie periodisch zu überprüfen. Deshalb ist die Kostengutsprache für die künstliche Ernährung maximal 1 Jahr gültig, danach muss ein neues

Gesuch (Verlängerungsgesuch) ausgefüllt werden. Ansonsten wird die Kostengutsprache zurückgezogen.

3. Qualitätsanforderungen an den Homecare Service

3.1. Grundsätzliches

In dieser Aufstellung werden die Mindestanforderungen für einen Homecare Anbieter in künstlicher Ernährung beschrieben. Sie dienen zur Sicherung der Qualität der Heimversorgung und zur Standardisierung der Betreuung der Heimpatienten).

3.2. Der Home Care Patient

Der enteral/parenteral ernährte Homecare Patient ist ein Patient, bei dem krankheits- oder unfallbedingt durch alleinige oder zusätzliche künstliche Ernährung lebenswichtige Funktionen sowie Lebensqualität erhalten werden. Der Patient ist aufgrund seiner Erkrankung bzw. Therapie entlassungsfähig. Er ist jedoch nicht mehr, noch nicht oder nicht vollständig in der Lage sich oral mit Normalkost zu ernähren. Er wird üblicherweise nach einem Spitalaufenthalt nach Hause entlassen, steht aber weiterhin unter ärztlicher Kontrolle und unter regelmässiger Beratung durch eine für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen diplomierten Ernährungsberaterin HF/FH (und gegebenenfalls von Homecare-Anbietern, Spitexverantwortlichen und anderen Fachpersonen). Er benötigt eine Versorgung und eine Betreuung für die enterale / parenterale Ernährung zu Hause.

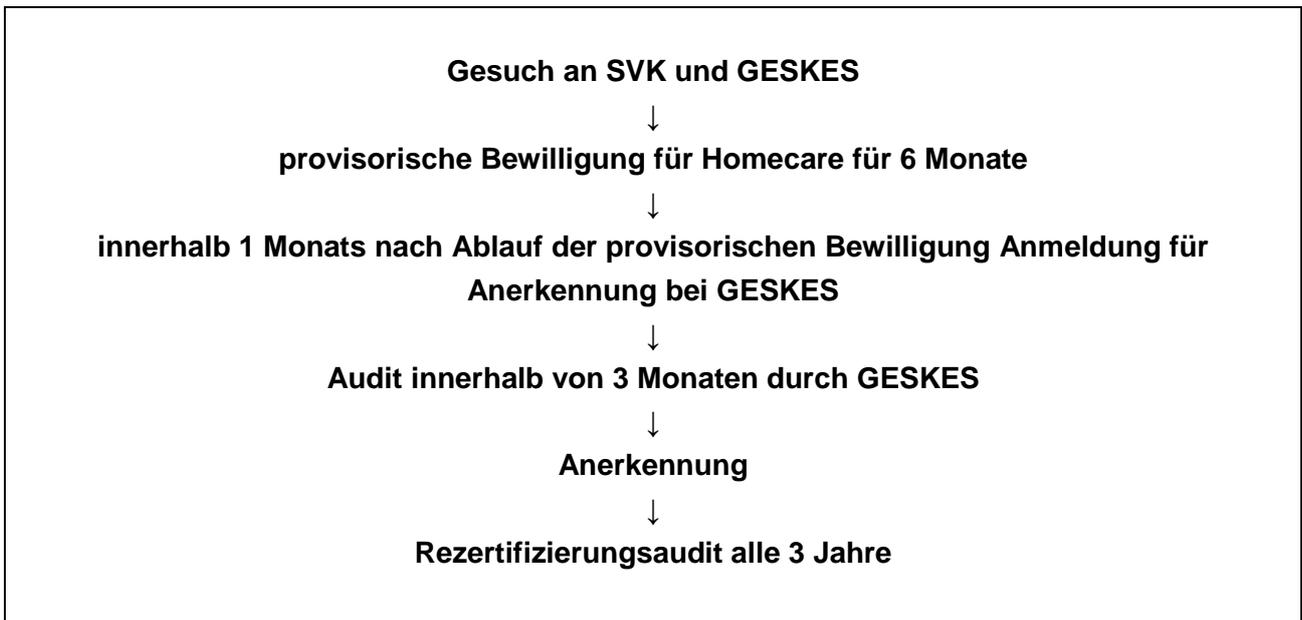
3.2.1. Parenterale Ernährung zu Hause

Die parenterale Ernährung zu Hause ist eine anspruchsvolle Therapie, die eine qualifizierte Schulung und Durchführung im interdisziplinären Rahmen (qualifizierte Pflege und Ernährungsberatung, medizinische und pharmazeutische Betreuung) bedingt.

Für die ready to use Herstellung von All-in-One Mischungen sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Anforderungen (der Guten Herstellungspraxis für Arzneimittel in kleinen Mengen (GMP) zu beachten. Als Grundlagen dienen die Vorschriften des schweizerischen und europäischen Arzneibuches

3.3. Basisvoraussetzungen für den von der GESKES zertifizierten Homecare Service

Das Vorgehen ist schematisch im folgenden Diagramm dargestellt:



- Eine Erst-Anerkennung kostet CHF 1'500.--, eine Re-Inspektion CHF 750.--
- Der Home Care Anbieter muss durchschnittlich mindestens **5** enteral über Sonde ernährte Patienten pro Monat oder mindestens **1** parenteral ernährte Patienten pro Monat betreuen.
- Der Home Care Anbieter muss die geltenden Vorschriften einhalten. Er muss über ein System der Qualitätssicherung (z.B. TQM, ISO 9000/EN 46000, GDP) verfügen.

3.4. Funktionen des Home Care Service

I. Versorgung

- Gewährleistung der Versorgung der enteral und parenteral zu ernährenden Patienten nach ärztlicher Verordnung mit dem gesamten benötigten Behandlungsmaterial
- Regelmässige Belieferung der Patienten zu Hause, mindestens einmal monatlich nach Fahrplan.
- Die Lieferung erfolgt grundsätzlich mit einem Lieferdienst in die Wohnung der Patienten
- Überwachung der Patientenbestellung nach Zeit, Menge und Verordnung
- Kontrolle der Lagerbestände beim Patienten nach Möglichkeit (Art, Menge, Verfalldatum)
- Rücknahme und fachgerechte Entsorgung von Retouren
- Rücknahme oder Austausch von nicht mehr benötigtem Material (Wiederverwendung und Gutschrift unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorschriften)
- Von Montag bis Freitag Erstbelieferung zum Patienten nach Hause mit allen benötigten Nährlösungen, technischen Hilfsmitteln und Geräten in normaler Lieferung innerhalb 24 Stunden nach Bestellungseingang
- Auslieferung am Samstag nur nach Wichtigkeit und Dringlichkeit (unter Kostenfolge)
- Einhaltung der geltenden Richtlinien der Good Distribution Practice (GDP)
- Die Bevorratung und Organisation aller Produkte beim Home Care Service muss so geregelt sein,

dass Notfallbestellungen der benötigten Produkte sofort per Express ausgeführt werden können innert 24 h.

-

CAVE: Der Patient muss in der ganzen Schweiz mit Produkten und Materialien aller in diesem Bereich tätigen Firmen ausgestattet werden können. Der Homecare Provider muss sich diesebezüglich neutral verhalten und die in Zusammenarbeit mit dem nachbetreuenden Team gemachten Empfehlungen für das heimenterale Management berücksichtigen.

II. Technische Dienstleistungen

- Service der Pumpen und weiterer Geräte
- Jederzeit Ersatzgeräte sowie Mietgeräte verfügbar
- Technischer Service: Unterstützung bei Störungen, Reparaturen, Revision nach geltenden Normen
- Regelmässige Wartung des Geräte-Pools nach einschlägigen Normen inklusive Geräterückverfolgung und Dokumentation
- Geräte Ersatzlieferung an den Patienten erfolgt per Express innert 12 h

III. Administration / Abwicklung Kostenträger

- An- und Abmeldung der Patienten bei den zuständigen Versicherern
- Bestätigung an die verordnende Stelle
- Aufnahme des Patienten ins Versorgungsnetz
- Abklärung der Kostenübernahme mit den Versicherern (Krankenversicherung, Unfallversicherung, Invalidenversicherung)
- Abrechnung nur über Zahlstellen-Nummer (Konkordatsnummer)
- Abrechnung der Leistungen unter Einhaltung der vereinbarten Konditionen
- Home Care Service (gemäss Punkt IV) ist integrierender Bestandteil der Leistung und **kann nicht zusätzlich verrechnet werden**

IV. Betreuung

- Mithilfe in der Schulung, Organisation und Nachbetreuung des enteral oder parenteral ernährten Patienten in Zusammenarbeit mit den zuständigen Stellen (Initialphase 1 – 3 Besuche, im Verlauf 1 – 3 Besuche pro Jahr).
- Kontaktaufnahme gewährleistet innerhalb 24 Stunden nach Eingang der Meldung zur Problemerkennung und Einleitung der notwendigen Schritte
- Patienteninformation / Patientendokumentation unter Einhaltung gesetzlicher Richtlinien
- Rückmeldung bei Besuchen beim Patienten zu Hause an den behandelnden Arzt oder die Ernährungsberaterin bei medizinisch- und ernährungsspezifischen Problemen, unter Orientierung des Patienten

V. Schulung

- Fachliche Unterstützung von Fachpersonen in enteraler und parenteraler Heimernährung

3.5. Personal für die Betreuung

Benötigt werden: - Dipl. Pflegefachfrauen HF/FH*
- Dipl. Ernährungsberaterinnen HF/FH*
- Apotheker*

*Alle mit zusätzlicher Weiterbildung in enteraler bzw. parenteraler Ernährung. Die Qualifikation der erwähnten Personen muss die Voraussetzungen der Krankenversicherer (KVV) erfüllen.

Weiterbildung: Die obligatorische Weiterbildung muss durch periodische Kursbesuche sicher gestellt sein und durch Testate dokumentiert werden. Sie soll apparate- und produktspezifische Kenntnisse vermitteln und orientieren über die Neuerungen in der enteralen bzw. parenteralen Ernährung.

Anstellung: Das Fachpersonal muss vom Homecare Service angestellt sein und darf keine separaten Dienstleistungen im Zusammenhang mit der künstlichen Ernährung zu Hause verrechnen

3.6. Mitgliedschaft

Mitgliedschaft in der Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz (GESKES) für alle erwähnten Berufsgruppen und beim Schweizerischen Verband diplomierter Ernährungsberaterinnen (SVDE) zusätzlich für die Ernährungsberaterinnen.

4. In-Kraft-Treten, Übergangsbestimmungen

Die ursprünglichen Richtlinien wurden am 6. Juni 2001 vom Vorstand der GESKES erlassen und traten am 1. September 2001 in Kraft. Sie wurden der FMH zur Publikation in der Schweizerischen Ärztezeitung und dem SAV zur Publikation in der Schweizer Apothekerzeitung zugestellt.

Revision der Richtlinie durch die Arbeitsgruppe, Dezember 2007. Ergänzung der Richtlinien im Jahr 2009

2. Revision der Richtlinien durch die Arbeitsgruppe, Januar 2013

Gesellschaft für klinische Ernährung Schweiz (GESKES)

Prof. Dr. med. Peter E. Ballmer

Dipl. pharm. Christina Möltgen

Präsident GESKES

Leiterin Arbeitsgruppe
„Künstliche Ernährung zu Hause“

Dipl. Ernährungsberaterin HF Maya Rühlin

Fachspezialistin Arbeitsgruppe „Künstliche Ernährung zu Hause“ des SVDE

Von den vorliegenden Richtlinien hat mit Zustimmung Kenntnis genommen:

PharmaSuisse

Schweizerischer Apothekerverband

Dominique Jordan

Präsident PharmaSuisse

PD Dr. Marcel Mesnil

Generalsekretär PharmaSuisse

Gesellschaft Schweizerischer Amts- und Spitalapotheker (GSASA)

PD Dr. Pascal Bonnabry

Präsident Gesellschaft Schweizerischer
Amt- und Spitalapotheker

Dr. phil. nat. Priska Vonbach

Vize-Präsidentin Schweizerische
Amt- und Spitalapotheker

Literaturangaben

- Stratton RJ, Elia M. A review of reviews: a new look at the evidence for oral nutritional supplements in clinical practice. Clin Nutr 2007;Suppl.2:5-23
- Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. CABI Publishing 2003
- Valentini L, Schütz T, Allison S, Howard P, Pichard C, Lochs H (eds). ESPEN guidelines on enteral nutrition. Clin Nutr 2006;25:177-360 (<http://www.espen.org/education/guidelines.htm>)
- Koletzko B, Jauch KW, Krohn K, Verwied-Jorky S. für die Arbeitsgruppe Parenterale Ernährung der DGEM. Leitlinie Parenterale Ernährung. Aktuel Ernaehr Med 2007;32 (Suppl 1) (<http://www.dgem.de>)
- Howard L, Ashey C. Management and complications in patients receiving home parenteral nutrition. Gastroenerology 2003;124:1651-1661
- Loeser C, von Herz U, Kuchler T. Quality of life and nutritional status in patients on home enteral tube feeding. Nutr 2003;19:605-611
- Existence, causes and consequences of disease-related malnutrition in the hospital and the community, and clinical and financial benefits of nutritional intervention, C.J. Green, Clin Nutr 1999;18:3-28
- Das Schweizerische Arzneibuch (Ph.Helv.11). Swissmedic Bern (Hrsg). BBL, Vertrieb Publikationen, 3003 Bern
- Richtlinien der GSASA zur Herstellung parenteraler Nahrungsmischungen zur künstlichen Heimernährung. www.gsasa.ch
- MP Betrieb V §§ 22 Abs. 2 und 23 Abs. 2 des Medizinproduktegesetzes (MPG)