

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Stephan Protschka, Berengar Elsner von Gronow, Peter Felser, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/20103 –**

Mangelernährung im Krankenhaus und Pflegeheim

Vorbemerkung der Fragesteller

Kapitel 2 des 14. DGE-Ernährungsberichts wurde 2019 vorveröffentlicht und handelt von der Ernährungssituation in Krankenhäusern und Pflegeheimen, die mittels der Auswertung der nutritionDay-Daten für Deutschland bis 2018 veranschaulicht wird (DGE, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., <https://www.dge.de/wissenschaft/ernaehrungsberichte/14-dge-ernaehrungsbericht/>). Ein Ergebnis ist beispielsweise, dass 2018 bei 23 Prozent der deutschen Pflegeheimbewohner Untergewicht festgestellt wurde, 14 Prozent einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust von mehr als 5 kg im letzten Jahr hatten und 11 Prozent vom Pflegepersonal als mangelernährt eingeschätzt wurden (vgl. D. Volkert et al., Ernährungssituation in Krankenhäusern und Pflegeheimen – Auswertung der nutritionDay-Daten für Deutschland, Vorveröffentlichung Kapitel 2 des 14. DGE-Ernährungsberichts, 2019). Mit der einmaligen Aktion „nutritionDay für den DGE-Ernährungsbericht“ zielt das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) in Kooperation mit der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) darauf ab, flächendeckende Daten zur Prävalenz von Mangelernährung in Krankenhäusern, Pflegeheimen und auf Intensivstationen sowie bestehende Versorgungsstrukturen in Deutschland zu erfassen (vgl. <https://www.nutritionday.org/de/country-specials/index.html>).

Dieses Kapitel des DGE-Ernährungsberichts verdeutlicht nach Ansicht der Fragesteller, dass in Deutschland ein starkes Defizit in der Ernährungsversorgung in Krankenhäusern und Pflegeheimen herrscht (vgl. <https://www.nutritionday.org/de/country-specials/index.html>).

1. Wie hoch war die Förderung der Bundesregierung für das Projekt „Ernährungssituation in Krankenhäusern und Pflegeheimen – Auswertung der nutritionDay-Daten für Deutschland“ im Jahr 2018?

Die Förderung des Projektes erfolgte durch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) im Rahmen der Erstellung des 14. DGE-Ernährungsberichtes. Die DGE wird durch das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) institutionell gefördert.

2. Wie beurteilt die Bundesregierung das Kapitel 2 des 14. DGE-Ernährungsberichts, und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung für ihr eigenes Handeln daraus?

Die Durchführung des nutritionDay zur Erhebung des Ist-Zustandes in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wird durch die Bundesregierung begrüßt. Durch die erhaltenen Informationen können bereits durchgeführte Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit überprüft werden.

Die Bundesregierung hat bereits Maßnahmen ergriffen, um die Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens der Menschen zu fördern. So hat die Bundesregierung bereits im Jahr 2008 mit dem „Nationalen Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten“ (IN FORM) die Grundlagen für eine Qualitätsverbesserung in der Verpflegung außer Haus formuliert. Zur Außer-Haus-Verpflegung gehört auch die Verpflegung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. Ziel ist es, die Qualität der Außer-Haus-Verpflegung zu verbessern, Anbieter zu qualifizieren und damit Menschen die Möglichkeiten zu bieten, von gesundheitsfördernden Alternativen in der Außer-Haus-Verpflegung zu profitieren.

Mit dem dazu bei der DGE initiierten Fachbereich „Station Ernährung – Vollwertige Verpflegung in Krankenhäusern und Rehakliniken“, der als Teil von „IN FORM in der Gemeinschaftsverpflegung“ auf die Verpflegung in Kliniken spezialisiert ist, stehen seit 2009 Fachinformationen zur vollwertigen Verpflegung in Kliniken bundesweit zur Verfügung. Im Jahr 2011 erschienen der „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Krankenhäusern“ sowie der „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Rehabilitationseinrichtungen“, welche im Auftrag des BMEL erarbeitet worden sind. Diese stehen seitdem kostenfrei als wissenschaftlich fundierte und praxisnahe Hilfestellung für die Umsetzung eines gesundheitsfördernden Verpflegungsangebotes zur Verfügung. Seminarangebote sowohl für Küchenfachkräfte, bei dem Grundlagenwissen zur Verpflegung vermittelt und daneben auch die Umsetzung der DGE-Qualitätsstandards im Küchenalltag sowie die Gestaltung oder Optimierung eines gesundheitsfördernden Speiseplans praktisch geübt wird, als auch für Servicekräfte, die bei der Speisewunscherfassung oder der -ausgabe mit den Patientinnen und Patienten im Krankenhaus kommunizieren, stehen seit dem Jahr 2012 ebenfalls im Rahmen von IN FORM bei der DGE zur Verfügung. Kranken- und Pflegekassen können Einrichtungen bei der Umsetzung der aktuellen Ernährungsempfehlungen und der DGE-Qualitätsstandards im Rahmen von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung unterstützen (§§ 20a, 20b SGB V, § 5 SGB XI).

Im Rahmen der im Jahr 2018 ins Leben gerufenen Ernährungsinitiative des BMEL für Seniorinnen und Senioren soll u. a. auch die Verpflegungsqualität in stationären Senioreneinrichtungen durch flächendeckende Umsetzung der DGE-Qualitätsstandards verbessert werden. Auch um das zu erreichen, sollen bundesweit Vernetzungsstellen für Seniorenernährung gemeinsam mit den Ländern eingerichtet werden. Bund und Länder unterstützen die Einrichtung dieser Institutionen mit jährlich 2 Mio. Euro.

3. Plant die Bundesregierung Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungsversorgung in Krankenhäusern und Pflegeheimen, um der Entwicklung von Mangelernährung vorzubeugen, und wenn ja, welche, und wann sollen diese eingeführt werden?

Für die Verpflegung im Krankenhaus sind die Kliniken im Rahmen ihrer Organisationshoheit selbst verantwortlich. Eine gesunde und patientenorientierte Verpflegung erscheint insoweit als Aspekt, bei dem sich die Krankenhäuser im Wettbewerb um die Patientinnen und Patienten in eigenem Interesse engagieren. In diesem Zusammenhang besteht beispielsweise die Möglichkeit freiwilliger Zertifizierungen. So müssen Krankenhäuser, die ihr Qualitätsmanagement freiwillig zertifizieren lassen, regelmäßig auch Maßnahmen zur Sicherung einer sachgerechten Ernährung nachweisen. Im Übrigen wird auf die Ausführungen in der Antwort zu Frage 2 verwiesen.

Zu Fragen der klinischen Ernährung gibt es evidenzbasierte Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Die DGEM erarbeitet derzeit in Kooperation mit der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) Qualitätsstandards für ernährungsmedizinische Strukturen in Kliniken und Pflegeinstitutionen.

Mit dem Start des neuen Qualitätssystems in der vollstationären Pflege geht auch eine erhebliche Stärkung des internen Qualitätsmanagements einher. Die zukünftig (ab 1. Januar 2021) halbjährlich zu erhebenden indikatorenbasierten Qualitätsdaten für alle Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen werden konkrete Hinweise auf Verbesserungspotentiale in der pflegerischen Versorgung liefern. Der Qualitätsindikator „Unbeabsichtigter Gewichtsverlust“ erfasst den Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner einer Pflegeeinrichtung, bei denen in den vergangenen sechs Monaten eine nicht intendierte Gewichtsabnahme von mehr als zehn Prozent des Körpergewichtes verzeichnet wurde. Auf Grundlage dieser Daten sollen ggf. auftretende Probleme der Ernährung in Pflegeheimen identifiziert und in der Folge gelöst werden.

Soweit dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach den §§ 136 ff. SGB V die Aufgabe der Ausgestaltung und Konkretisierung der Qualitätssicherung in Krankenhäusern übertragen ist, hat dieser grundsätzlich die Möglichkeit, Vorgaben zur Verbesserung der Ernährung im Krankenhaus in seiner Qualitätsmanagement-Richtlinie zu treffen. Hiervon hat er bislang keinen Gebrauch gemacht. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Qualitätssicherungsmaßnahmen nur beschließen kann, wenn insbesondere auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse hinreichend wahrscheinlich ist, dass diese die Güte der Leistungserbringung sichern oder fördern. Ob dies der Fall ist, ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss fachlich zu prüfen.

4. Aus welchen Gründen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung nur in wenigen deutschen Krankenhäusern ein „Ernährungsteam“, obwohl schon 2003 in einer Resolution des Europarates die Etablierung von Ernährungsteams in Krankenhäusern gefordert wurde (vgl. <https://www.ernaehrungs-umschau.de/print-artikel/15-10-2019-ernaehrungssituation-in-krankenhaeusern-in-deutschland-ergebnisse-des-nutritionday-projekts-2018/>)?

Für die Verpflegung im Krankenhaus sind die Kliniken im Rahmen ihrer Organisationshoheit selbst verantwortlich. Dies betrifft auch den Einsatz von sogenannten Ernährungsteams. Gründe für oder gegen deren Etablierung obliegen somit einrichtungsinternen Entscheidungen, über die der Bundesregierung keine Erkenntnisse vorliegen.

5. Plant die Bundesregierung Maßnahmen, um die Krankenhäuser mit mehr Fachpersonal im Bereich Ernährung auszustatten, und wenn ja, welche, und wann sollen diese umgesetzt werden?

Es wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen.

6. Sind nach Kenntnis der Bundesregierung weitere Bevölkerungsgruppen neben den stationären Patienten und Bewohnern von Pflegeheimen von Mangelernährung betroffen, und wenn ja, welche?

Die Erhebungen im Rahmen des nutritionDay weisen darauf hin, dass Mangelernährung bei einer nicht präzise beschriebenen Anzahl an stationären Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen gesundheitlich relevant ist. In der Literatur werden unter anderem auch Personen mit Essstörungen und Obdachlose als Risikogruppen für eine Mangelernährung genannt.

7. Sind der Bundesregierung Studien zur Entwicklung und Validierung einfacher Screening-Methoden bekannt, die sich mit der erleichternden Identifizierung eines Patienten mit Ernährungsrisiko und mit der Bewertung von Behandlungsplänen mit Ernährungszielen, Überwachung der Nahrungsaufnahme und des Körpergewichts auseinandersetzen, und wenn ja, welche?

Der Bundesregierung sind hierzu keine Studien bekannt. Die DGEM stellt online verschiedene Screening-Instrumente zur Verfügung (<https://www.dgem.de/screening>). Ob und in welchem Umfang diese Instrumente validiert wurden, ist der Bundesregierung nicht bekannt.

8. Welche Methoden gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung zur Prävention der Unterernährung bei stationären Patienten und Pflegeheimbewohnern?

Sind die Grundlagen zur Umsetzung dieser Präventionsmaßnahmen in Pflegeheimen und Krankenhäusern aus Sicht der Bundesregierung gegeben, und wenn nein, warum nicht?

Ernährung und Flüssigkeitsversorgung gehören zu den Kernaufgaben pflegerischen Handelns und sind ein zentraler Bestandteil der Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Als fachliche Grundlage dienen die Grundsatzstellungnahme des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkas-

sen (MDS) „Essen und Trinken im Alter – Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“ sowie der Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“, den das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) herausgegeben hat. Der Expertenstandard gibt zur Identifikation von Mangelernährung u. a. Folgendes vor: „Die Pflegefachkraft erfasst bei allen Patienten/Bewohnern zu Beginn des pflegerischen Auftrags im Rahmen der Pflegeanamnese, bei akuten Veränderungen und in individuell festzulegenden Abständen Anzeichen für eine drohende oder bestehende Mangelernährung (Screening).“ Im Rahmen der Qualitätssicherung nach § 114 SGB XI wird überprüft, ob Pflegebedürftige bedarfs- und bedürfnisgerecht ernährt werden und ob eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme sichergestellt ist. Im Übrigen wird auf die Ausführungen in der Antwort zu Frage 2 verwiesen.

9. Wie viele Patienten mit ernährungsbedingtem Risiko werden nach Kenntnis der Bundesregierung behandelt, um das Defizit zu beheben, und welche Maßnahmen stehen zur Verfügung?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

10. Sollten aus Sicht der Bundesregierung ernährungsmedizinische Inhalte stärker in die Ausbildung von Gesundheitsberufen integriert werden, und wenn ja, wie, und wann möchte die Bundesregierung dies umsetzen?

Ernährungsmedizinische Inhalte sind in den Berufsgesetzen und -verordnungen, die die Ausbildung der Gesundheitsberufe regeln, verankert.

So sieht die Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) Ernährungsphysiologie und Grundlagen der Ernährungslehre als Prüfungsstoff für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung vor. Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM), der derzeit noch fakultativ für die Fakultäten ist, enthält zudem zahlreiche Lernziele zum Thema Ernährung. Im „Masterplan Medizinstudium 2020“ wurde vereinbart, dass der NKLM weiterentwickelt und der weiterentwickelte NKLM verbindlicher Bestandteil der ÄApprO wird. Damit sollen auch die Lernziele des NKLM zum Thema Ernährung verbindliche Bestandteile des Medizinstudiums werden.

Auch die Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes, die auf der Grundlage der in der Pflegeberufe- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung beschriebenen Kompetenzen erarbeitet wurden, sehen für die Ausbildung von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern ernährungsmedizinische Inhalte ausdrücklich im Rahmen verschiedener Kontexte vor, beispielsweise Stoffwechsel- und Ernährungserkrankungen, Ernährungs- und Flüssigkeitsbedarfe, gesunde Ernährung, beeinträchtigtes Ernährungsverhalten und Mangelernährung.

11. Möchte die Bundesregierung die von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) entwickelten Qualitätsstandards für die Verpflegung in Krankenhäusern als gesetzlich verpflichtend vorschlagen?

Es wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen.

12. Ist der Bundesregierung die im Jahr 2007 publizierte CEPTON-Studie und deren Ergebnis, dass die durch Mangelernährung bedingten unmittelbaren zusätzlichen Kosten für das Gesundheitssystem in der Bundesrepublik Deutschland ungefähr 9 Mrd. Euro pro Jahr betragen, bekannt, und wenn ja, welche Schlussfolgerungen hat die Bundesregierung aus den Erkenntnissen dieser Studie für ihr eigenes Handeln gezogen (vgl. https://www.carenoble.de/presse-und-publikationen/pressespiegel/article/9-mrd-eur-folgekosten-durch-mangelernaehrung-belegt-cepton-studie/?tx_ttnews%5BbackPid%5D=61&cHash=498bc405074d84e4bb451c836eb3fa03)?

Es ist nicht Aufgabe der Bundesregierung, einzelne wissenschaftliche Studien zu bewerten. Unabhängig davon wäre zu hinterfragen, in welchem Umfang die Ergebnisse einer bereits 2007 veröffentlichten Studie heute noch Gültigkeit haben.

