

Kleine Anfrage

der Fraktion der CDU/CSU

Prävention von Mangelernährung in der stationären Versorgung und die Versorgung der Patientinnen und Patienten

Viele Menschen, die in Deutschland stationär versorgt werden, sind von Mangelernährung betroffen. Mangelernährung umfasst die klinisch relevanten Mangelzustände, die entweder durch eine verminderte Nahrungsaufnahme, eine mangelhafte Aufnahme von Nährstoffen, eine unzureichende Verdauung, eine erhöhte Produktion von Schadstoffen im Körper oder eine Entzündung entsteht (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin „Terminologie in der Klinischen Ernährung“, https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/073_D_Ges_fuer_Ernaehrungsmedizin/073-Terminologie_S3_Klinische_Ern%C3%A4hrung_2013-08.pdf).

Die unbehandelte Mangelernährung hat gravierende gesundheitliche Konsequenzen für betroffene Patientinnen und Patienten. Sie kann von einem Verlust an Muskelmasse über verlangsamte Wundheilung bis hin zu einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko führen. Eine Mangelernährung ist daher ein unabhängiger Prädiktor für eine schlechtere Prognose des bzw. der Betroffenen. Die besonders von Mangelernährung bedrohten Risikogruppen sind geriatrische, gastroenterologische, onkologische, chirurgische sowie pädiatrische Patientinnen und Patienten mit angeborenen chronischen Stoffwechselerkrankungen (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin, 2019; Pirlich et al., 2006). Die Verweildauer im Krankenhaus verlängert sich bei mangelernährten Patientinnen und Patienten durchschnittlich um zwei bis vier Tage (Schuetz et. al., 2020; Pirlich et al., 2006). Daraus resultiert ein erhöhter Behandlungs- und Pflegebedarf, der letztlich zu hohen gesamtgesellschaftlichen Mehrkosten für das Gesundheitssystem führt.

Die krankheitsbedingte Mangelernährung ist durch geeignete Ernährungsmaßnahmen gut behandelbar. Voraussetzung für eine adäquate Therapie ist die Diagnose der Mangelernährung, die in der Regel durch ein validiertes Screening des individuellen Ernährungszustandes erfolgt.

Das standardmäßige Ernährungsscreening bei stationärer Aufnahme wird von der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) schon seit mehreren Jahren in Leitlinien empfohlen. Unter anderem in „Klinische Ernährung in der Geriatrie“ (https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Leitlinien/S3-Leitlinien/073-0191_S3_Klinische_Ern%C3%A4hrung_Geriatrie_2015-12.pdf) und „Klinische Ernährung in der Intensivmedizin“ (https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Leitlinien/LL_Klinische_Ernaehrung-compressed.pdf). Zudem stellt die DGEM auf ihrer Website diverse Screening-Methoden zur Verfügung, die in der Regel schnell und einfach umsetzbar sind und eine frühzeitige Diagnose und damit eine erfolgreichere Therapie krankheitsbedingter

Mangelernährung ermöglichen. Auch von Expertinnen und Experten der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) werden sowohl Erfassung als auch Verlaufskontrolle des Ernährungsstatus von Patientinnen und Patienten mit einem Risiko für Mangelernährung auf den Intensiv- und Intermediate-Care-Stationen empfohlen (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00063-022-00918-4>). Dennoch werden Ernährungsscreenings bisher nur in wenigen deutschen Krankenhäusern angewandt.

Ausgestaltung und Konkretisierung der stationären Versorgung sind u. a. Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Nötige Maßnahmen werden in der Regel auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse beschlossen. Erst kürzlich hat der G-BA die Erprobung von Qualitätsverträgen für den Leistungsbereich „Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung“ beschlossen. Dies ist ein erster Schritt, die ernährungstherapeutische Versorgung in Deutschland zu stärken (https://www.g-ba.de/service/fachnews/205/?fbclid=IwAR2yeAUMg8v_WzgLjiITicHdXO29CL1CKpRZ3RsKdY1zICUg7pWBF551lrU). Das Ernährungsscreening hingegen findet als Präventionsmaßnahme trotz fachlichen Konsenses im stationären Alltag häufig nicht ausreichend statt.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie viele stationär versorgte Menschen sind nach Kenntnis der Bundesregierung in der Bundesrepublik Deutschland krankheitsbedingt mangelernährt, bzw. wie vielen Patientinnen und Patienten droht dieser Zustand wegen ihrer Grunderkrankung?
2. Wie hat sich die Zahl der krankheitsbedingt mangelernährten Menschen seit März 2020, dem Beginn der Corona-Pandemie, entwickelt?
3. Hat die Bundesregierung eine Bewertung der krankheitsbedingten Mangelernährung und deren Folgen in der stationären Versorgung für die Betroffenen?

Wenn ja, wie lautet diese?

Wenn nein, warum noch nicht?

4. Hat die Bundesregierung Kenntnis über die Höhe der Kosten der stationären Therapie eines mangelhaften Ernährungszustandes für das Gesundheitssystem?

Wie lange dauert diese Therapie in der Regel an?

5. Verfügt die Bundesregierung über Informationen, wie hoch die Kosten für das Gesundheitssystem ausfallen, wenn ein mangelhafter Ernährungszustand in der stationären Versorgung nicht erkannt wird und in der Folge zu Mehrkosten in Form längerer Behandlungsbedürftigkeit führt?
6. Findet krankheitsbedingte Mangelernährung nach Ansicht der Bundesregierung ausreichend Eingang in die Präventionspolitik der Bundesregierung?
 - a) In welchem Umfang plant die Bundesregierung, Mangelernährung als präventionsbedürftiges Thema in das im Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP angekündigte Präventionsgesetz aufzunehmen?
 - b) In welcher Form wird die krankheitsbedingte Mangelernährung Einzug in ein Gesetz finden?

7. Wird in der im Koalitionsvertrag angekündigten Krankenhausreform – vor dem Hintergrund, dass Seniorinnen und Senioren die größte von Mangelernährung betroffene Risikogruppe sind und im Koalitionsvertrag der demographische Wandel als Kriterium für eine „moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ (Kapitel Gesundheit und Pflege, S. 69) genannt wird – die Erfassung des Ernährungszustands im Krankenhaus als Verbesserung der Versorgung berücksichtigt?
8. Welche konkreten Maßnahmen plant die Bundesregierung vor dem Hintergrund, dass im Koalitionsvertrag die Verbesserung der sektorübergreifenden Versorgung an mehreren Stellen betont wird (Kapitel Gesundheit und Pflege, S. 63 bis 69), um Drehtüreffekte aufgrund der verspäteten oder ausgefallenen Diagnose eines mangelhaften Ernährungszustandes zwischen den Versorgungssektoren zu vermeiden?
9. In welcher Höhe hat die Bundesregierung in den vergangenen zehn Jahren finanzielle Mittel im Bereich Versorgungsforschung für den Bereich krankheitsbedingte Mangelernährung zur Verfügung gestellt?
10. In welcher Höhe plant die Bundesregierung, die Versorgungsforschung im Bereich krankheitsbedingte Mangelernährung mit finanziellen Mitteln zu fördern?
11. Ist der Bundesregierung bekannt, welche Gründe zu den Klinikrückführungen führten, die im DGE-Jahresbericht 2021, der erstmals im Jahr 2021 einen Rückgang der nach den fünf DGE-Qualitätsstandards für die Gestaltung einer vollwertigen Ernährung in den Lebenswelten Kita, Schule, Betriebe, Kliniken und stationäre Senioreneinrichtungen verzeichnet (<https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/wueu/DGE-Jahresbericht-2021.pdf>, S. 79), aufgeführt sind und bei denen die meisten Rückführungen aus den Lebenswelten Kliniken und Betriebe kamen?

Berlin, den 21. Oktober 2022

Friedrich Merz, Alexander Dobrindt und Fraktion

