

Antrag

der Abgeordneten Peter Felser, Stephan Protschka, Bernd Schattner, Frank Rinck, Dietmar Friedhoff, Steffen Janich, Enrico Komning, Uwe Schulz, Marc Bernhard, Dr. Malte Kaufmann, Jörn König, Barbara Lenk, Edgar Naujok, Kay-Uwe Ziegler und der Fraktion der AfD

Maßnahmen zur Bekämpfung von Mangelernährung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

In Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen besteht ein erhöhtes Risiko für Mangelernährung und ihre Folgen, wie mehr Komplikationen, schlechtere Heilungsverläufe, höhere Sterblichkeitsraten und somit in der Summe eine deutlich längere Krankenhausverweildauer. Dabei stellt die Mangelernährung nicht nur ein individuelles Problem der Betroffenen dar, sondern sie erzeugt zudem erhebliche Zusatzkosten im Gesundheitssystem, das zum größten Teil durch die Solidargemeinschaft als Beitragszahlende in die gesetzlichen Krankenversicherungen getragen wird. Die Mehrkosten, die eine Mangelernährung für die Kranken- und Pflegeversicherungen jährlich verursacht, belaufen sich auf etwa 9 Mrd. Euro (http://www.monacon.com/publications/Mangelernaehrung_in_Deutschland.pdf). Der größte Anteil – in etwa 5 Mrd. Euro – entstehe demnach in den Kliniken infolge höherer Behandlungskosten und längerer Aufenthalt der Patienten als überhaupt nötig (ebd.).

In den letzten 30 Jahren wurde das Vorliegen einer Mangelernährung bei stationär behandelten Patienten und auch Pflegebedürftigen in zahlreichen Studien systematisch untersucht. Abhängig von der Grunderkrankung, dem Alter der Patienten und der verwendeten Untersuchungsmethode zeigen bereits bei Krankenhausaufnahme zwischen 20 Prozent und 60 Prozent relevante Zeichen einer Mangelernährung (<https://www.dgem.de/pr%C3%A4valenz-und-bedeutung#:~:text=Pr%C3%A4valenz%20und%20Bedeutung%20einer%20Mangelern%C3%A4hrung&text=Die%20Pr%C3%A4valenz%20der%20Mangelern%C3%A4hrung%20bei,Kriterien%20sowie%20den%20untersuchten%20Populationen>). Und trotzdem findet dieses Problem im klinischen Alltag und im politischen Diskurs auf nationaler Ebene noch zu wenig Aufmerksamkeit, weshalb sich der Ernährungszustand von Patienten, die sich zur Behandlung in eine Klinik begeben, nicht selten verschlechtert. Risikogruppen für eine Mangelernährung sind Menschen im fortgeschrittenen Alter, Patienten mit Krebserkrankungen, mit einer Erkrankung des Gastrointestinaltraktes sowie mit anderen schwerwiegenden Grunderkrankungen, bei denen die gleichzeitige Einnahme einer Vielzahl an Medikamenten ärztlich indiziert ist.

Hierzulande wurde die Ernährungssituation von Krankenhauspatienten bereits vor mehr als 15 Jahren in der German Hospital Malnutrition-Studie untersucht (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16698132/>). Hierbei zeigten sich schon am Aufnahmetag bei 27 Prozent, der 1.886 ins Untersuchungskollektiv eingeschlossenen Patienten aus insgesamt 13 teilnehmenden Kliniken erste Zeichen einer Mangelernährung. Besonders Patienten auf geriatrischen (56,2 Prozent), onkologischen (37,6 Prozent) und gastroenterologischen (32,6 Prozent) Stationen waren bei ihrer Aufnahme in die Klinik von einer Mangelernährung betroffen, die in ihrer Folge zu signifikant längeren Krankenhausaufenthalten führte. In einer weiteren Studie, in der insgesamt 2.930 Krankenhauspatienten aus 15 Krankenhäusern untersucht wurden, erfüllten 8,5 Prozent der Teilnehmer das Kriterium einer Mangelernährung. Aktuelle Ergebnisse des „nutritionDay“-Projekts aus dem Jahr 2018, an dem in Deutschland 48 Krankenhausstationen mit 767 Patienten teilnahmen, zeigen, dass immer noch 16 Prozent der teilnehmenden Patienten untergewichtig waren (<https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/ws/dgeeb/14-dge-eb/14-DGE-EB-Vorveroeffentlichung-Kapitel2.pdf>). 42 Prozent der Patienten berichteten von einem unbeabsichtigten Gewichtsverlust in den vergangenen drei Monaten und 12 Prozent wurden vom Pflegepersonal als mangelernährt eingestuft (ebd.). Die Ernährungssituation von Pflegeheimbewohnern in Deutschland wurde im Ernährungsbericht 2008 der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) mithilfe der Ergebnisse aus der ErnSTES-Studie (Ernährung von Seniorinnen und Senioren in stationären Senioreneinrichtungen) dargestellt (<https://www.dge.de/wissenschaft/ernaehrungsberichte/ernaehrungsbericht-2008/kapitel-2-und-3/>). Es zeigte sich, dass 11 Prozent der 773 untersuchten Bewohner von insgesamt zehn Einrichtungen aus verschiedenen Bundesländern untergewichtig waren. Weitere 11 Prozent der Teilnehmenden wiesen laut dem Screeninginstrument MNA (Mini Nutritional Assessment) eine Mangelernährung und weitere 49 Prozent ein Risiko für Mangelernährung auf. Neuere Daten des „nutritionDay“-Projekts aus dem Jahr 2018 belegen, dass bei 23 Prozent der 1551 Heimbewohner ein Untergewicht festgestellt worden war. 14 Prozent hatten einen ungewollten Gewichtsverlust von mehr als 5 Kilogramm im zurückliegenden Jahr und 11 Prozent der Teilnehmer wurden vom Pflegepersonal als mangelernährt eingestuft (<https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/ws/dgeeb/14-dge-eb/14-DGE-EB-Vorveroeffentlichung-Kapitel2.pdf>).

Dabei ist die Entstehung einer Mangelernährung meist durch unterschiedliche Faktoren geprägt. Bei stationär behandlungsbedürftigen Patienten liegt die Hauptursache überwiegend in der akuten oder chronischen Grunderkrankung. Diese beeinflusst durch eine Vielzahl von Mechanismen die Nahrungsaufnahme, den Bedarf an Energie und Nährstoffen sowie die Verdauung und Aufnahme von Nährstoffen. Gleichzeitig kann die Entzündungsreaktion, die eine Erkrankung begleitet, den Ernährungszustand negativ beeinflussen. Medikamente können zu Appetitverlust, Übelkeit und Erbrechen führen und zusätzlich die Aufnahme, den Transport und die Ausscheidung von Nährstoffen ungünstig lenken. Diesen patienten- und auch bewohnerbedingten Faktoren stehen organisatorische und strukturbedingte Einflüsse der Einrichtungen gegenüber, die sich durch ein gutes Qualitätsmanagement leicht beseitigen ließen. Am bedeutendsten ist wohl das routinemäßige Screening auf Mangelernährung bei der Aufnahme der Patienten. Dieses Verfahren wird laut 14. DGE-Ernährungsbericht von 88 Prozent der Stationen durchgeführt, damit deutlich häufiger als in den ersten zehn Jahren des „nutritionDay“.

Jedoch zeigen die Zahlen, dass diese Aufnahme-prozedur immer noch kein Goldstandard in Deutschland ist (<https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/ws/dgeeb/14-dge-eb/14-DGE-EB-Vorveroeffentlichung-Kapitel2.pdf>). Zudem können die fehlende Dokumentation der Nahrungszufuhr bei Risikopatienten, die unterlassene Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, ungeklärte personelle Zuständigkeiten, unzureichende Ausbildung des Personals, schlechte Organisation der Speisenverordnung

sowie ein ernährungsphysiologisch unausgewogenes Speisenangebot oder unzureichende Speisenqualität maßgeblich zu der Entstehung einer Mangelernährung beitragen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. sich beim Gemeinsamen Bundesausschuss dafür einzusetzen, dass dieser anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse fachlich prüft, ob eine qualitätsbezogene Ernährungsänderung die Güte der Leistungserbringung sichert oder sogar fördert und anschließend die Vorgaben zur Verbesserung der Ernährung in Krankenhäusern in seiner Qualitätsmanagement-Richtlinie trifft;
2. mit einer umfassenden Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Bevölkerung für das Thema der Mangelernährung zu sensibilisieren;
3. gemeinsam mit den Ländern darauf hinzuwirken, dass ernährungsbezogene Inhalte stärker in die Ausbildung medizinischen Fachpersonals sowie im Curriculum des Humanmedizinstudiums verankert werden;
4. die flächendeckende Einführung einer systemischen Evaluation des Ernährungszustandes aller Patienten unmittelbar bei Aufnahme auf die Krankenhausstation oder in eine Pflegeeinrichtung anhand etablierter und schnell zu erhebender Parameter voranzubringen;
5. ein flächendeckendes Monitoringinstrument in allen deutschen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zur genauen Datenerhebung von Mangelernährung bei Patienten und Heimbewohnern einzuführen, um so den Krankheitsverlauf besser einschätzen zu können und vor allem, um fortlaufende stationäre wie ambulante Behandlungs- und Therapieempfehlungen auszusprechen;
6. die „DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in Kliniken“ und die „DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in Senioreneinrichtungen“ im Bundesgebiet einführen;
7. sofern der Mangel an Pflegepersonal und Ärzteschaft beseitigt ist, zusammen mit den Kliniken, Reha- und Betreuungseinrichtungen die konsequente Einführung eines Ernährungsmanagements durch die Etablierung eines qualifizierten Ernährungsteams inklusive der dafür notwendigen strukturellen Voraussetzungen zu forcieren.

Berlin, den 17. Oktober 2022

Dr. Alice Weidel, Tino Chrupalla und Fraktion

Begründung

Bereits im Jahr 2003 hat der Europarat in seiner wegweisenden Resolution klar bekundet, dass die hohe Anzahl von mangelernährten Patienten in europäischen Krankenhäusern nicht hinnehmbar sei und hierbei auch auf die gravierenden medizinischen sowie sozialen und gesundheitsökonomischen Folgen und Kosten verwiesen. Vor diesem Hintergrund hat die EU das Aktionsprogramm „Stop Malnutrition“ eingeleitet, das in Deutschland im Gegensatz zu anderen europäischen Mitgliedstaaten wie Niederlande, Frankreich und den skandinavischen Ländern nur zögerlich realisiert wird (<https://medwatch.de/ernaehrung/mangelernaehrung-krankenhausessen-heilungschancen-oftmals-schlechter/>). Dabei ist eine Mangelernährung bei rechtzeitiger Diagnose schnell, effizient und nachhaltig behandelbar und geht sowohl mit einer Verbesserung des klinischen Verlaufes der betroffenen Patienten einher als auch mit einem außerordentlichen Einsparpotenzial im Gesundheits- und Sozialsystem.

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 der Bundesausschuss 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 (BT-Drs. 19/20695). In diesem Zusammenhang ist es weitreichend bekannt und wurde auch im Jahr 2019 durch die schweizerische Effort-Studie bewiesen, dass eine bedarfsgerechte Ernährung die Heilungschancen von Klinikpatienten deutlich anhebt (<https://www.ndr.de/ratgeber/gesundheit/Krankenhaus-Essen-Gute-Qualitaet-foerdert-die-Heilung,klinikessen100.html#:~:text=N%C3%A4hrstoffreiches%20Essen%20im%20Krankenhaus%20kann,Kliniken%20zu%20wenig%20im%20Fokus>).

Entsprechend ließe sich mit vergleichsweise überschaubarem Einsatz an Ressourcen die Verweildauer von Klinikpatienten verkürzen und auch die Ausgaben für kostspielige Behandlungen mangelernährter Menschen senken. Dieser Aspekt dürfte für die Kliniken betriebswirtschaftlich von Vorteil sein, denn 5 Mrd. Euro, der insgesamt 9 Mrd. Euro, die Jahr für Jahr im Gesundheitssystem für die Behandlung von Mangelernährung anfallen, entstehen infolge höherer Behandlungskosten und längeren Krankenhausaufenthalten (http://www.monacoon.com/publications/Mangelernaehrung_in_Deutschland.pdf).

Da sich eine Mangelernährung oft schon in der häuslichen Umgebung manifestiert, besteht zudem nicht nur die Notwendigkeit zur Aufklärung über die Ursachen und Folgen einer Mangelernährung im klinischen Setting. Vielmehr sollte neben den zuständigen Hausärzten und dem mobilen Pflegepersonal auch Familienangehörige und die breite Gesellschaft für die Thematik der Mangelernährung sensibilisiert werden. Dies kann über öffentliche Kampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erfolgen, indem beispielsweise analog zu den Problemstellungen Übergewicht und Essstörungen ein Internetportal etabliert wird, das gezielt wissenschaftlich fundierte Informationen, Alltagstipps und ein telefonisches Hilfsangebot für direkt oder indirekt Betroffene bereitstellt. Eine Sensibilisierung für Mangelernährung und ihre Konsequenzen fehlt nicht nur in vielen Teilen der allgemeinen Bevölkerung, sondern auch zum Teil beim medizinischen und pflegerischen Fachpersonal. Dies liegt unter anderem in der geringen Bedeutung ernährungsbezogener Inhalte in der Ausbildung sowie in humanmedizinischen Studiengängen sowie dem Mangel von Angeboten zur Weiterbildung und Schulung im Krankenhausalltag. Das führt dazu, dass therapiebedürftige Ernährungszustände selten oder gar spät erkannt und geeignete ernährungstherapeutische Maßnahmen nur verzögert eingeleitet werden. Eine umfassende Aufklärung in allen Bevölkerungsschichten durch Kampagnen und Anpassung der Ausbildungsinhalte im medizinischen und pflegerischen Bereich sollte demzufolge mit Nachdruck verfolgt werden.

Nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) solle die Erfassung des Ernährungszustandes Bestandteil jeder medizinischen Untersuchung sein. Es existiert jedoch kein allgemeingültiger grundsätzlicher Standard, der alle Aspekte der Mangelernährung gleichermaßen erfasst. Deshalb werden unterschiedliche Methoden eingesetzt, um Patienten mit einem Risiko für eine Mangelernährung rechtzeitig zu erkennen und eine adäquate Ernährungstherapie durchzuführen. Bereits validierte Methoden können vom Arzt oder vom medizinischen Fachpersonal durchgeführt werden. Sie sind schnell und einfach zu erlernen und anzuwenden, nichtinvasiv ohne Labordiagnostik durchführbar und damit kosteneffektiv. Das Mangelernährungsscreening ist ein einfacher und schneller Prozess, um Personen, die sehr wahrscheinlich mangelernährt sind oder ein Risiko für eine krankheitsspezifische Mangelernährung tragen, zu identifizieren und festzustellen, ob die Durchführung

eines detaillierten Ernährungsassessments angezeigt ist. Um Patienten mit einem Mangelernährungsrisiko möglichst frühzeitig zu erkennen, sollte das Mangelernährungsscreening bei Aufnahme in ein Akutkrankenhaus bei allen Patienten systematisch und routinemäßig über validierte Mangelernährungsscreening-Methoden durchgeführt werden. Als konkrete Empfehlung sowohl der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) als auch der Europäischen Gesellschaft für Klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN) eignet sich hier im klinischen Setting das Nutritional Risk Screening (NRS) als Datenerhebungsinstrument (<https://www.dgem.de/instrumente-zur-erfassung-des-ern%C3%A4hrungszustands>). Für die Bewertung des Ernährungszustands in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen wird durch die DGEM das Mini Nutritional Assessment (MNA) als einfache und reproduzierbare Methode vorgeschlagen (<https://www.dgem.de/screening>). Das Ernährungsassessment beinhaltet die umfassende Diagnose von Ernährungsproblemen auf Grundlage von Krankengeschichte, aktueller Medikation, Ernährungsanamnese, körperlichen Untersuchungen, Körperzusammensetzung und Laborwerten. Nach vorausgehendem Mangelernährungsscreening ist das Ernährungsassessment der zweite, definierende Schritt in der Erkennung einer Mangelernährung oder eines Mangelernährungsrisikos und identifiziert damit Patienten, die potenziell von einer Ernährungstherapie profitieren. Das Ergebnis des Ernährungsassessments bildet die Grundlage für jede Ernährungsintervention und dient zur Entwicklung einer detaillierten Ernährungstherapie sowie begleitende und/oder anschließende Behandlungen. Die routinemäßige Erfassung der Ernährungssituation bei Klinikaufnahme sollte flächendeckend erfolgen, um Mangelernährung und das Risiko dafür zu identifizieren.

Neben der desolaten Lage in Pflegeheimen haben europaweite Erhebungen zur Ernährungssituation in Krankenhäusern gezeigt, dass eine adäquate Versorgung mit Nährstoffen den Ernährungs- und Gesundheitszustand von Patienten positiv beeinflusst und sie in bestimmten Fällen früher aus dem Krankenhaus entlassen werden können. Doch die Qualitätsstandards der DGE für die Verpflegung in Krankenhäusern werden nur von 4 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland tatsächlich eingehalten. Die Pflegeheime liegen mit einem Prozent noch deutlich dahinter (<https://www.swr.de/swr2/wissen/gutes-essen-fuer-krank-und-alte-ernaehrung-in-kliniken-und-pflegeheimen-sw2-wissen-2021-02-01-100.html>). Grundvoraussetzung für eine bedarfsdeckende Ernährung ist jedoch ein hochwertiges, attraktives Essensangebot in Kliniken und Pflegeheimen. Auch diesbezüglich besteht deutlicher Verbesserungsbedarf, um sowohl den Bedürfnissen (bspw. Kau- und Schluckbeschwerden, Intoleranzen) als auch den Präferenzen (z. B. biografisch, kulturell, religiös) der Patienten und Bewohner so gut wie möglich gerecht zu werden. Die DGE-Qualitätsstandards beinhalten Kriterien für eine gesundheitsfördernde und nachhaltige Verpflegung in Gemeinschaftseinrichtungen und bieten praxisnahe Unterstützung bei der dementsprechenden Speisenplanung und -herstellung. Ihre verbindliche Umsetzung wäre erstrebenswert. Die DGE empfiehlt, ernährungsmedizinische Leitlinien und Standards flächendeckend zu implementieren und umzusetzen.

Ein Ernährungsteam ist multiprofessionell zusammengesetzt und besteht aus mindestens einem Arzt, einer Ernährungsfachkraft und einer Pflegekraft und kann bei Bedarf und in Abhängigkeit von der Einrichtung eng mit weiteren Fachkräften kooperieren. Das Ernährungsteam ist ein integraler Bestandteil der ernährungstherapeutischen Versorgungsstrukturen, mit dem Ziel, krankheitsspezifische Mangelernährung nach dem neuesten Stand der Wissenschaft zu vermeiden und zu behandeln. Dabei werden alle Möglichkeiten genutzt, damit der Patient möglichst lange selbstständig essen und trinken kann. Bei auffälligen Aufnahme-Screenings müssen sich eine weitergehende Diagnostik sowie die Ableitung von Therapiezielen und angemessener Ernährungstherapiemaßnahmen anschließen. Hierzu ist fachspezifische Kompetenz in Form von qualifiziertem Personal erforderlich. Zur Sicherung einer guten ernährungsmedizinischen Versorgung werden entsprechende Fachkräfte in jeder Einrichtung in ausreichendem Umfang benötigt. Fachgesellschaften, wie die DGE, die DGEM und auch die ESPEN fordern die flächendeckende Einführung von Ernährungsteams in ihren Leitlinien, welche konsequent in Deutschland angewendet werden müssen.

