

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Julia Klöckner, Ursula Heinen, Annette Widmann-Mauz, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU  
– Drucksache 15/5073 –**

### **Umfassende und wirksame Bekämpfung der Fehlernährung in Deutschland**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Das Hauptnährungsproblem der Bevölkerung in Deutschland und anderen hochzivilisierten Staaten stellt die Überernährung dar. Mangelernährung als endemischer Faktor ist zwar grundsätzlich eher ein Problem in Entwicklungsländern. Es gibt jedoch auch bei uns Bevölkerungsteile, die von Mangelernährung betroffen sind. Dieser Risikofaktor wird häufig zu wenig beachtet und zieht sowohl für die betroffenen Personen als auch für das Gesundheitssystem und damit für die gesamte Gesellschaft wesentliche Konsequenzen nach sich. Auch die Ernährungspolitik der Bundesregierung zielt bislang ausschließlich auf das Phänomen der Überernährung und der Adipositas ab.

Mangel- und Unterernährung werden in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen. Jedoch gibt es unter Erwachsenen zwischen 18 und 25 Jahren sowie unter Menschen im Alter über 75 Jahre eine Vielzahl von Untergewichtigen und Mangelernährten. Der Risikofaktor Unter- bzw. Mangelernährung wird häufig zu wenig beachtet und zieht sowohl für die betroffenen Personen als auch für das Gesundheitssystem und damit für die gesamte Gesellschaft wesentliche Konsequenzen nach sich.

Dauerhafte Mangel- und Unterernährung fördern in vielfacher Weise Erkrankungen des Organismus, sie verlängern die Erkrankungsdauer und erschweren die Behandlungen bzw. führen zu vermehrten Komplikationen im Verlauf. Damit steigern sie sowohl die direkten Kosten im Gesundheitswesen als auch die aus vorzeitigen Sterbefällen, verkürzter Lebensdauer und Produktivitätsausfällen resultierenden indirekten Kosten.

#### Vorbemerkung der Bundesregierung

Übergewicht und Fettleibigkeit stehen wegen ihrer höheren Prävalenz derzeit im Vordergrund der öffentlichen Diskussion. Die Ernährungspolitik insgesamt betrifft jedoch ein sehr viel breiteres Spektrum an Fragen, die sich im Zusammenhang mit der Ernährung und ihrer Bedeutung für die Gesundheit stellen. Mangel- und Unterernährung sind dabei Erscheinungen, die in Deutschland vor allem im

Zusammenhang mit bestehenden Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen, stark einseitigen Ernährungsformen oder Essstörungen auftreten. Wegen der besonderen Problemlagen muss Mangel- und Unterernährung deshalb gezielt über Informationen und Hilfsangebote für gefährdete Personengruppen entgegengewirkt werden. In diesem Sinne ist eine Vielzahl von Maßnahmen und Aktivitäten der Bundesregierung gerade auf die Vermeidung von Mangel- und Unterernährung sowie auf die Verhinderung möglicher Folgeerkrankungen und -schäden für Menschen mit entsprechender Gefährdungslage gerichtet.

Wegen der Komplexität der Erscheinungen sind Mangel- und Unterernährung nicht immer exakt von einander abzugrenzen. Auch in der Fachliteratur werden beide Phänomene oft im Zusammenhang beschrieben. Da in einzelnen Zusammenhängen eine getrennte Betrachtung jedoch erforderlich ist, wird bei der Beantwortung in Anlehnung an den von der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. vorgeschlagenen Sprachgebrauch von folgendem Verständnis ausgegangen:

Unter dem Oberbegriff Fehlernährung werden alle klinisch relevanten Ernährungsdefizite zusammengefasst.

Von Unterernährung wird gesprochen, wenn die generell ungenügende – auch kalorische – Versorgung mit Nahrungsmitteln gemeint ist.

Mangelernährung meint dagegen eine nicht bedarfsdeckende Nährstoffzufuhr.

Untergewicht ist ebenfalls nicht mit Unter- bzw. Mangelernährung gleich zu setzen. Auch können Übergewichtige durchaus unter Nährstoffmangel leiden.

1. Wie hoch ist die Zahl der Menschen in Deutschland, die unter Mangelernährung leiden?
2. Welchen Platz nimmt Deutschland in Bezug auf die Zahl der unter Mangelernährung leidenden Menschen im internationalen Vergleich unter den Ländern der westlichen Welt ein?
3. Wie hoch ist die Zahl der Menschen in Deutschland, die unter Unterernährung leiden?
4. Welchen Platz nimmt Deutschland in Bezug auf die Zahl der unter Unterernährung leidenden Menschen im internationalen Vergleich unter den Ländern der westlichen Welt ein?

Repräsentative Zahlen zur Mangelernährung in Deutschland liegen nicht vor. Aufgrund der zu erwartenden geringen Verbreitung (Prävalenz) bezogen auf die Gesamtheit der deutschen Wohnbevölkerung und der gleichzeitig schwierigen diagnostischen Zuordnung (siehe auch Antwort auf Frage 9) konnte eine Erfassung von Mangelernährung im Rahmen der Bundes-Gesundheitssurveys, die vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt werden, nicht erfolgen.

Zur Unterernährung stehen jedoch repräsentative Daten zur Verfügung, die sich auf die Körpermaße der Bevölkerung im Sinne des Body Mass Index beziehen (vgl. hierzu die Antwort auf die Fragen 5 bis 7) und Auskunft über die Untergewichtigkeit geben.

Ab 2006 werden durch den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), den das RKI derzeit durchführt, erstmalig repräsentative Daten zu Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen vorliegen.

Eine Einordnung der Situation Deutschlands im Hinblick auf Mangel- und Unterernährung im internationalen Vergleich ist auf Grund der beschriebenen Datenlage nicht möglich.

5. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung bezüglich der Körpermaße der Bevölkerung in Deutschland, einschließlich des Body-Mass-Indexes?
6. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung in Bezug auf diese Körpermaße sowie mögliche Mangel- oder Unterernährung innerhalb der verschiedenen Altersgruppen?
7. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung in Bezug auf diese Körpermaße sowie mögliche Mangel- oder Unterernährung im Unterschied der Geschlechter, sowohl bei Männern und Frauen als auch bei Jungen und Mädchen?

Daten zur Verteilung des Body Mass Indexes (BMI) in der deutschen Wohnbevölkerung entstammen repräsentativen Erhebungen des RKI im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 und des Telefonischen Gesundheitssurveys 2003 sowie einer Mikrozensus-Zusatzbefragung 2003 des Statistischen Bundesamtes. Während im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 standardisierte Messungen von Körpergröße und Körpergewicht durchgeführt wurden, beruhen die Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys 2003 und der Mikrozensus-Zusatzbefragung 2003 auf Selbstauskünften bzw. auf Auskünften des Haushaltsvorstandes. Die Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys 2003 wurden mit einem Faktor korrigiert, der die Differenzen zwischen Selbstangabe und Messwert weitgehend ausgleicht.

Die Ergebnisse beider Surveys des RKI zeigen, dass die Verbreitung von Untergewicht (BMI < 18,5 kg/m<sup>2</sup>) in den meisten Altersgruppen unterhalb der 1 Prozent-Grenze liegt. Eine Ausnahme bilden die Frauen im Alter zwischen 18 und 49 Jahren. Besonders auffällig ist dabei die Gruppe der 18- bis 19-jährigen Frauen, von denen 11 Prozent im Telefonsurvey 2003 und 9 Prozent im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 als untergewichtig zu verzeichnen waren. Zur genaueren Information wird auf die untenstehenden Tabellen verwiesen.

Diese Grundtendenzen werden auch durch die Ergebnisse der Mikrozensus-Zusatzbefragung 2003 bestätigt. Junge Frauen im Alter von 18 und 19 Jahren weisen mit 13 Prozent auch hier die höchste Prävalenz von Untergewicht auf. Im Übrigen sind Frauen mit 4 Prozent deutlich häufiger von Untergewicht betroffen als Männer mit nur 1 Prozent.

#### Body Mass Index, Männer

Alter in Jahren	< 18,5	18,5 bis < 25	25 bis < 30	30 bis < 35	35 bis < 40	> 40
18 – 19	<b>0,9</b>	81,9	17,2	0	0	0
20 – 29	<b>0,9</b>	63,4	31,2	3,5	0,3	0,7
30 – 39	<b>0</b>	39,6	46,4	11,5	2,1	0,3
40 – 49	<b>0,1</b>	26,9	53,1	15,9	3,1	0,9
50 – 59	<b>0,1</b>	21,4	53,1	21,1	3,3	0,9
60 – 69	<b>0,2</b>	15,0	62,1	19,2	3,0	0,6
70 – 79	<b>0</b>	16,9	57,7	19,9	5,1	0,3
≥ 80 Jahre	<b>0</b>	29,9	60,1	8,1	0	1,8
insgesamt	<b>0,2</b>	33,3	49,2	14,1	2,5	0,6

**Body Mass Index, Frauen**

<b>Alter in Jahren</b>	<b>&lt; 18,5</b>	<b>18,5 bis &lt; 25</b>	<b>25 bis &lt; 30</b>	<b>30 bis &lt; 35</b>	<b>35 bis &lt; 40</b>	<b>&gt; 40</b>
18 – 19	10,8	75,3	13,1	0	0,8	0
20 – 29	3,4	75,4	16,8	3,2	0,8	0,5
30 – 39	0,3	62,4	26,4	8,5	1,7	0,7
40 – 49	0,5	51,9	32,3	10,4	3,6	1,3
50 – 59	0,2	32,3	42,1	16,7	6,5	2,2
60 – 69	0,3	20,4	46,3	24,3	6,1	2,7
70 – 79	0,7	21,0	45,7	24,6	5,8	2,2
≥ 80 Jahre	0	23,7	45,7	22,4	4,4	3,7
insgesamt	1,0	44,9	34,4	14,2	3,9	1,6

**Body Mass Index, Männer und Frauen**

<b>Alter in Jahren</b>	<b>&lt; 18,5</b>	<b>18,5 bis &lt; 25</b>	<b>25 bis &lt; 30</b>	<b>30 bis &lt; 35</b>	<b>35 bis &lt; 40</b>	<b>&gt; 40</b>
18 – 19	5,6	78,8	15,3	0	0,4	0
20 – 29	2,1	69,3	24,1	3,3	0,5	0,6
30 – 39	0,1	50,5	36,9	10,1	1,9	0,5
40 – 49	0,3	39,1	42,9	13,2	3,3	1,1
50 – 59	0,2	26,8	47,6	18,9	4,9	1,6
60 – 69	0,2	17,8	53,9	21,8	4,6	1,7
70 – 79	0,4	19,4	50,4	22,8	5,5	1,5
≥ 80 Jahre	0	25,6	50,0	18,1	3,1	3,2
insgesamt	0,6	39,2	41,6	14,2	3,2	1,1

Quelle: Robert Koch-Institut, Body Mass Index der deutschen Männer und Frauen in Prozentanteilen, Telefonsurvey 2003

**Body Mass Index, Männer**

<b>Alter in Jahren</b>	<b>&lt; 18,5</b>	<b>18,5 bis &lt; 25</b>	<b>25 bis &lt; 30</b>	<b>30 bis &lt; 35</b>	<b>≥ 35</b>
18 – 19	0,7	79,4	12,4	5,7	1,8
20 – 29	1,2	56,9	34,2	6,3	1,4
30 – 39	0,6	37,6	46,5	12,6	2,7
40 – 49	0,1	26,0	52,1	18,5	3,2
50 – 59	0,0	20,9	54,3	21,1	3,8
60 – 69	0,1	18,2	54,2	23,4	4,1
70 – 79	0,0	22,0	58,9	14,7	4,4
insgesamt	0,4	32,9	48,0	15,7	3,1

**Body Mass Index, Frauen**

Alter in Jahren	< 18,5	18,5 bis < 25	25 bis < 30	30 bis < 35	≥ 35
18 – 19	8,9	74,4	11,8	4,5	0,4
20 – 29	2,5	71,1	17,5	6,4	2,6
30 – 39	2,6	60,3	23,7	9,0	4,4
40 – 49	1,4	47,4	29,6	16,5	5,1
50 – 59	0,2	35,5	38,1	17,2	9,1
60 – 69	0,1	22,6	41,9	22,2	13,2
70 – 79	0,4	24,0	44,6	24,6	6,4
insgesamt	1,5	45,6	31,3	15,1	6,6

Quelle: Robert Koch-Institut, Body Mass Index der deutschen Männer und Frauen in Prozentanteilen, Bundes-Gesundheitssurvey 1998

Repräsentative Daten zu Kindern und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) werden erst ab 2006 aus dem laufenden Survey zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung stehen.

Eine im Ernährungsbericht 2000 der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. veröffentlichte Studie zum „Essverhalten und Ernährungszustand von Kindern“ kam u. a. zu dem Schluss, dass insgesamt jeweils 8 Prozent der Kinder und Jugendlichen das für ihre Körpergröße ermittelte Referenzgewicht um mindestens 15 Prozent unterschreiten und damit als untergewichtig eingestuft werden müssen. Legt man jedoch die Bewertung des BMI nach den Normtabellen von Rolland-Cachera zugrunde, ergeben sich folgende Werte:

Stichprobe	< 3. Perzentile	3. – 10. Perzentile	10. – 50. Perzentile	50. – 90. Perzentile	90. – 97. Perzentile	> 97. Perzentile
	erhebl. Untergewicht	Untergewicht	Normalbereich		Übergewicht	Adipositas
Jungen	5,0	4,3	28,0	36,2	12,5	13,9
Mädchen	5,4	3,6	30,6	38,5	10,2	11,7
6 bis unter 8 Jahre	12,1	6,5	28,7	24,9	11,3	16,4
8 bis unter 12 Jahre	4,9	4,6	24,6	34,0	13,5	18,4
12 bis unter 17 Jahre	2,8	2,6	33,3	44,9	9,5	6,9

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Ernährungsbericht 2000, Seite 126, Tabelle 4/15

8. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung in Bezug auf diese Körpermaße sowie mögliche Mangel- oder Unterernährung innerhalb der verschiedenen Einkommensgruppen?

Die Erhebungen des vom RKI durchgeführten Telefonsurveys 2003 bezogen sich nicht auf konkrete Einkommensgruppen, sondern lediglich auf die Zugehörigkeit zu sozialen Schichten. Die Ergebnisse zeigen, dass die Prävalenz von Untergewicht (BMI < 18,5 kg/m<sup>2</sup>) bei Männern leicht, bei Frauen in der Unterschicht deutlich höher ist. In diesem Zusammenhang ist jedoch darauf hinzuweisen, dass sich bei den Frauen der Unterschicht auch die meisten Übergewichtigen finden.

Auch die Mikrozensus-Zusatzbefragung 2003 gibt keine Auskunft über die Zugehörigkeit zu verschiedenen Einkommensgruppen, sondern differenziert neben Alter und Geschlecht nach der Beteiligung am Erwerbsleben. Nach deren Ergebnissen haben z. B. erwerbslose Frauen im Alter zwischen 18 und 40 Jahren mit 6,6 Prozent lediglich geringfügig häufiger Untergewicht als erwerbstätige Frauen dieser Altersgruppe mit 6,1 Prozent. Signifikant höher ist mit 8,7 Prozent in dieser Altersgruppe allerdings der Anteil der weiblichen Nichterwerbspersonen, die Untergewicht aufweisen. Unter Nichterwerbspersonen ist der verbleibende Teil der Bevölkerung nach Abzug der Erwerbstätigen und der Erwerbslosen zu verstehen. Dazu gehören insbesondere Personen, die keine auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen bzw. dem Arbeitsmarkt kurzfristig nicht zur Verfügung stehen.

Zur genaueren Information wird auf die untenstehenden Tabellen verwiesen.

#### Body Mass Index, Männer

Alter in Jahren	< 18,5	18,5 bis < 25	25 bis < 30	30 bis < 35	35 bis < 40	> 40
Unter	<b>0,9</b>	44,7	40,4	10,7	2,7	0,5
Mittel	<b>0,2</b>	32,8	46,9	16,7	2,7	0,8
Ober	<b>0</b>	30,3	54,4	12,4	2,4	0,5

#### Body Mass Index, Frauen

Alter in Jahren	< 18,5	18,5 bis < 25	25 bis < 30	30 bis < 35	35 bis < 40	> 40
Unter	<b>2,9</b>	35,6	30,1	20,7	7,5	3,2
Mittel	<b>0,9</b>	42,6	35,7	15,2	3,9	1,7
Ober	<b>0,4</b>	54,1	33,7	9,3	1,9	0,6

Quelle: Robert Koch-Institut, Body Mass Index der deutschen Männer und Frauen nach sozialer Schicht in Prozentanteilen, Telefonsurvey 2003

**Körpergröße, Körpergewicht und Body-Mass-Index im Mai 2003  
nach Geschlecht, Alter und Beteiligung am Erwerbsleben  
(Deutschland)**

Alter von ... bis unter ... Jahren — Beteiligung am Erwerbsleben	Bevölkerung		durch- schnittliche Körper- größe	durch- schnittliches Körper- gewicht	durch- schnittlicher Body-Mass- Index	Davon mit einem Body-Mass-Index von ... bis unter ...			
	insgesamt	mit Angaben zu Körper- größe und Körper- gewicht				unter 18,5	18,5 - 25	25 - 30	30 und mehr
in 1000		m	kg	kg/m <sup>2</sup>					
<b>Männlich</b>									
<b>18 - 40</b>									
Erwerbstätige	9 257	6 731	1,80	80,8	24,9	1,2	55,6	35,0	8,1
Erwerbslose	1 116	808	1,79	80,1	25,1	1,8	53,7	34,1	10,4
Nichterwerbspersonen	1 616	1 068	1,80	75,9	23,4	4,3	70,3	20,8	4,6
Zusammen	11 989	8 607	1,80	80,1	24,8	1,7	57,2	33,2	7,9
<b>40 - 65</b>									
Erwerbstätige	10 272	7 601	1,78	83,9	26,6	0,3	34,8	49,9	15,0
Erwerbslose	1 169	888	1,76	83,2	26,9	0,7	35,1	44,7	19,5
Nichterwerbspersonen	3 002	2 290	1,75	83,7	27,3	0,8	28,1	49,9	21,2
Zusammen	14 443	10 779	1,77	83,8	26,7	0,5	33,4	49,5	16,7
<b>65 und mehr</b>									
Erwerbstätige	252	198	1,74	82,2	27,0	0,2	28,0	54,1	17,7
Erwerbslose	2	2	1,74	90,8	29,9	0,0	26,6	37,3	36,1
Nichterwerbspersonen	5 980	4 635	1,73	80,1	26,8	0,7	31,2	51,3	16,8
Zusammen	6 235	4 836	1,73	80,2	26,8	0,7	31,0	51,4	16,9
<b>Zusammen</b>									
Erwerbstätige	19 782	14 530	1,79	82,4	25,8	0,7	44,3	43,1	11,9
Erwerbslose	2 287	1 699	1,77	81,7	26,0	1,2	43,9	39,7	15,2
Nichterwerbspersonen	10 598	7 994	1,75	80,5	26,4	1,2	35,5	46,8	16,4
Zusammen	32 667	24 222	1,77	81,8	26,0	0,9	41,4	44,1	13,6
<b>Weiblich</b>									
<b>18 - 40</b>									
Erwerbstätige	7 679	5 511	1,68	64,3	22,9	6,1	71,8	16,5	5,6
Erwerbslose	743	531	1,66	66,4	24,0	6,6	59,6	22,9	10,9
Nichterwerbspersonen	3 064	2 062	1,67	63,7	22,9	8,7	67,8	16,7	6,7
Zusammen	11 485	8 103	1,67	64,3	22,9	6,8	70,0	17,0	6,3
<b>40 - 65</b>									
Erwerbstätige	8 175	5 967	1,66	67,8	24,7	2,1	57,4	29,3	11,2
Erwerbslose	946	721	1,64	71,2	26,4	1,5	43,3	34,0	21,2
Nichterwerbspersonen	5 246	3 804	1,65	70,3	25,9	2,0	45,0	35,1	17,9
Zusammen	14 367	10 491	1,65	69,0	25,3	2,0	51,9	31,7	14,3
<b>65 und mehr</b>									
Erwerbstätige	154	112	1,64	68,9	25,6	2,5	45,6	37,3	14,6
Erwerbslose	3	3	1,61	69,7	26,9	0,0	31,5	40,1	28,3
Nichterwerbspersonen	8 899	6 525	1,62	68,4	25,9	2,4	42,3	38,8	16,5
Zusammen	9 055	6 640	1,62	68,4	25,9	2,4	42,4	38,8	16,4
<b>Zusammen</b>									
Erwerbstätige	16 008	11 589	1,67	66,2	23,9	4,0	64,1	23,3	8,6
Erwerbslose	1 692	1 255	1,65	69,2	25,4	3,7	50,1	29,3	16,9
Nichterwerbspersonen	17 208	12 391	1,64	68,2	25,4	3,3	47,4	34,0	15,3
Zusammen	34 908	25 235	1,65	67,3	24,7	3,6	55,2	28,9	12,3
<b>Insgesamt</b>									
<b>18 - 40</b>									
Erwerbstätige	16 937	12 241	1,74	73,4	24,1	3,4	62,9	26,7	7,0
Erwerbslose	1 858	1 339	1,74	74,7	24,7	3,7	56,0	29,7	10,6
Nichterwerbspersonen	4 679	3 130	1,71	67,9	23,1	7,2	68,6	18,1	6,0
Zusammen	23 474	16 711	1,74	72,5	24,0	4,1	63,4	25,3	7,1
<b>40 - 65</b>									
Erwerbstätige	18 447	13 567	1,72	76,8	25,9	1,1	44,7	40,8	13,4
Erwerbslose	2 115	1 609	1,71	77,8	26,7	1,1	38,7	39,9	20,3
Nichterwerbspersonen	8 248	6 094	1,69	75,3	26,5	1,6	38,6	40,7	19,1
Zusammen	28 810	21 270	1,71	76,5	26,1	1,2	42,5	40,7	15,5
<b>65 und mehr</b>									
Erwerbstätige	406	310	1,71	77,4	26,6	1,0	34,4	48,0	16,6
Erwerbslose	5	5	1,67	79,7	28,5	0,0	29,2	38,8	32,0
Nichterwerbspersonen	14 879	11 161	1,67	73,3	26,3	1,7	37,7	44,0	16,6
Zusammen	15 290	11 476	1,67	73,4	26,3	1,7	37,6	44,1	16,6
<b>Insgesamt</b>									
Erwerbstätige	35 789	26 119	1,73	75,2	25,0	2,2	53,1	34,3	10,4
Erwerbslose	3 979	2 953	1,72	76,4	25,8	2,3	46,5	35,3	15,9
Nichterwerbspersonen	27 806	20 384	1,68	73,0	25,9	2,5	42,7	39,0	15,7
<b>Insgesamt</b>	67 575	49 457	1,71	74,4	25,4	2,3	48,4	36,3	12,9

Quelle: Statistisches Bundesamt, Leben und Arbeiten in Deutschland, Mikrozensus 2003, www.destatis.de

9. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zu den Symptomen von Mangel- und Unterernährung?

Die Symptome der Unterernährung sind vielgestaltig und ihre Ausprägung ist von der Art des Defizits, seiner Dauer sowie den Begleitumständen abhängig. Chronische Unterernährung führt neben Gewichtsabnahme u. a. zu Schwäche, Ermüdbarkeit und Kälteempfindlichkeit.

Die jeweilige Symptomatik einer Mangelernährung bildet sich in Abhängigkeit von dem defizitären Nahrungsbestandteil aus. Die klinische Untersuchung mit der Suche nach Symptomen der Mangelernährung basiert auf der Annahme, dass sich ein schlechter Ernährungszustand an oberflächlichen Geweben z. B. an Haut, Haaren, Nägeln, Augen und Mund zeigt und der Mangel eines bestimmten Nährstoffes an typischen, charakteristischen Symptomen zum Ausdruck kommt. Schwierigkeiten ergeben sich durch die unzureichende Spezifität vieler Symptome in frühen Stadien der Mangelernährung.

Da klinische Symptome meist durch multiple Defizite entstehen, können Symptome und Nährstoffdefizit nicht immer eindeutig zugeordnet werden. Bei älteren Menschen ist die klinische Untersuchung und Beurteilung besonders schwierig, da die Symptome im Alter in atypischen Erscheinungsformen auftreten können und häufig weniger ausgeprägt und weniger spezifisch sind. Viele Symptome haben zudem große Ähnlichkeit mit altersbedingten Veränderungen wie z. B. Schwäche, Müdigkeit oder Gangunsicherheit oder Krankheitsbildern im Alter wie z. B. Demenz.

10. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die physischen und psychischen Folgen bei den von Mangel- und Unterernährung Betroffenen?

Die physischen und psychischen Folgen von Mangel- und Unterernährung sind abhängig von Art, Ausprägung und Dauer sowie den Begleitumständen des Ernährungsdefizits.

Unter- und Mangelernährung im Alter sind mit vielfältigen, teils erheblichen Folgen für den Gesundheits- und Allgemeinzustand und die Lebensqualität verbunden. Eine Unterversorgung findet man hauptsächlich bei den Vitaminen B<sub>12</sub>, D, C, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, Niacin und Folsäure sowie bei den Mineralstoffen Eisen, Zink, Magnesium, Calcium und Selen.

Ein anhaltendes Energie- und Nährstoffdefizit führt zu spezifischen klinischen Erscheinungsbildern, Funktionsstörungen und Mangelsymptomen. Wichtige Organfunktionen werden gestört und auch die Genesung wird im Krankheitsfall ungünstig beeinflusst. Unterernährung erhöht die Infektanfälligkeit und geht mit einem erhöhten Dekubitusrisiko sowie schlechterer Wundheilung einher.

Einmal eingetretene Gewichtsverluste lassen sich im Alter zudem nicht mehr so leicht ausgleichen wie bei jungen Menschen. Neben diesen negativen Folgen für Organfunktionen und Gesundheitszustand ist Mangelernährung mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko (= Sterblichkeitsrisiko) verbunden. Untergewichtige ältere Menschen haben somit ungünstigere Lebensperspektiven und eine deutlich eingeschränkte Lebensqualität. Dabei wirken sich schon geringe Nährstoffdefizite negativ auf Immunfunktionen und z. B. auch auf Gedächtnisleistungen aus.

Untergewichtigkeit im Kindesalter kann vor allem Einfluss auf das Wachstum, die Muskelkraft und die Immunabwehr haben und auch die zerebrale Leistungsfähigkeit beeinträchtigen.



Mangel- und Unterernährung kann mit verminderter Aufnahme bestimmter Vitamine einhergehen und über diesen Weg auch zu psychischen Krankheits-symptomen führen. Bekannt ist, dass ein Vitamin B 1-Mangel zu Müdigkeit, Erschöpfung und psychotischen Störungen führen kann. Mangel an Nikotin-säure kann mit psychotischer Symptomatik, depressiven oder dementiellen Syn-dromen einhergehen. Vitamin B 12-Mangel kann zu psychotischen Symptomen und Störungen des Bewusstseins führen.

11. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die gesamtgesell-schaftlichen Folgen von Mangel- und Unterernährung?

Repräsentative Daten zur Prävalenz der Mangel- und Unterernährung liegen – wie bereits in der Antwort auf die Fragen 1 bis 4 erläutert – nicht vor. Dies gilt gleichermaßen für ihre ökonomischen Bedeutung.

Eine differenzierte Beurteilung der Ursachen-Wirkungs-Beziehung zwischen Ernährungsmangel und möglichen Gesundheitsschäden ist schon im Einzelfall nur schwer möglich. Daher ist auch eine Schätzung der bundesweit entstehenden Folgekosten von Unter- und Mangelernährung nicht seriös vorzunehmen.

Jedoch hat eine vom früheren Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geför-derte Studie „Ernährungsbedingte Krankheiten und ihre Kosten“ (Kohlmeier u. a., Band 27, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, NOMOS Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 1993) die Kosten für ernährungsbedingte Krankheiten für das Jahr 1990 mit 83,5 Mrd. DM beziffert. Dies waren damals nahezu ein Drittel aller Kosten im Gesundheitswesen. Die höchsten Gesamt-kosten unter den ernährungsabhängigen Krankheiten entfielen aber mit rund 33 Mrd. DM auf die Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Es folgt mit 20,2 Mrd. DM Zahnkaries noch vor der Gruppe ernährungsabhängiger maligner Neubildungen mit 3,6 Mrd. DM.

Fest steht, dass mangel- und unterernährte Patientinnen und Patienten sich lang-samer erholen, häufiger ernste Komplikationen erleiden, eine erhöhte Pflege- und Intensivpflegebedürftigkeit aufweisen sowie längerer Krankenhausaufent-halte bedürfen. Eine effektive Vorbeugung und Behandlung von Mangel- und Unterernährung hilft damit in jedem Fall nicht nur den Patientinnen und Patien-ten, sondern spart auch Kosten im Gesundheitswesen.

12. Wie erklärt die Bundesregierung den Umstand, dass es in einem Wohl-standsland wie Deutschland Mangel- und Unterernährung gibt?

Mangel- und Unterernährung hängen nicht primär mit der Zustandsbeschrei-bung von Deutschland als einem „Wohlstandsland“ zusammen. Aus Sicht der Bundesregierung sind die Einkommensverhältnisse für das Auftreten von Man-gel- und Unterernährung in Deutschland von eher untergeordneter Bedeutung. Mangel- und Unterernährung sind kein Problem, dass ausschließlich in sozial schwachen Gruppen unserer Gesellschaft auftritt.

13. Gibt es nach den Erkenntnissen der Bundesregierung Bevölkerungs-gruppen, die besonders von Mangel- und Unterernährung betroffen bzw. bedroht sind?

Gemessen an der Definition von Untergewicht ab einem BMI von  $< 18,5 \text{ kg/m}^2$  lässt sich in den Gesundheitssurveys (siehe hierzu auch die Antwort auf die Fragen 5 bis 7) mit standardisierten Messungen des BMI eine Häufung von Untergewicht insbesondere bei jungen Frauen (18 bis 24 Jahre) nachweisen.

Eine besondere Risikogruppe für Mangel- und Unterernährung stellen ältere und insbesondere hochbetagte Menschen dar. Untersuchungen in geriatrischen Kliniken belegen, dass dort behandlungsbedürftige Patientinnen und Patienten besonders betroffen sind.

Zahlreiche medizinische, psychologische und soziale Faktoren nehmen Einfluss auf die Ernährung im Alter. Infolge altersbedingter Veränderungen von Körperfunktionen, gesundheitlicher Probleme, die mit körperlichen und geistigen Einschränkungen einhergehen, Medikamenteneinnahme bei Multimorbidität und sozialer Vereinsamung gelingt es alten Menschen oft nicht mehr, sich ausreichend und gesund zu ernähren.

Die Ernährungssituation in deutschen Altenpflegeheimen, insbesondere die Mangelernährung von alten und pflegebedürftigen Menschen, ist bislang nicht hinreichend erforscht.

Dem Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) nach § 118 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege vom November 2004 ist zu entnehmen, dass bei stationär versorgten Pflegebedürftigen eine optimale Flüssigkeits- und Nahrungsversorgung nicht immer gewährleistet ist. Dies bedeute aber nicht, dass in diesen Fällen bereits Gesundheitsschäden eingetreten sind, sondern nur, dass Versorgungsmängel vorliegen, die zu Gefährdungen führen können, wenn die erforderlichen Maßnahmen zur Vermeidung des Risikoeintritts nicht ergriffen werden. Zur Prävalenz von Mangelernährung in Altenpflegeheimen in Deutschland können verallgemeinerbare Aussagen nicht getroffen werden.

Besonderer Gefährdung durch Mangel- und Unterernährung sind Menschen mit Demenz ausgesetzt. Gewichtsverlust gehört zu den typischen Krankheitsfolgen bei der Alzheimerkrankheit; etwa 25 Prozent der Betroffenen sind untergewichtig. Gründe sind sowohl in einer mangelnden Nahrungsaufnahme als auch in einem gesteigerten Energiebedarf zu suchen. Der Vierte Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland führt hierzu aus, dass insbesondere psychomotorisch unruhige Demenzkranke einen zusätzlichen Kalorienbedarf von 1 600 kcal haben und also auch bei scheinbar ausreichender Ernährung verhungern können. Erschwerend kommen Veränderungen von Essgewohnheiten und Geschmack hinzu sowie die Tatsache, dass Mahlzeiten krankheitsbedingt abgelehnt bzw. verweigert werden.

#### 14. Worin liegen die Ursachen für Mangelernährung in Deutschland?

Laut Ernährungsbericht 2004 der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. betrifft Mangelernährung insbesondere die Nährstoffe Calcium, Vitamin D, Eisen, Jod, Folsäure, Kohlehydrate und Ballaststoffe.

Die Ursache für Mangelernährung ist meist eine unausgewogene, einseitige Ernährung durch Lebensmittel mit ungünstiger Nährstoffrelation.

Im jugendlichen und jungem Erwachsenenalter liegt eine Ursache für Mangelernährung häufig im Einhalten einer strengen Reduktionsdiät. Bei der zu geringen Nahrungsaufnahme kann eine Ausgewogenheit der Nährstoffe nicht mehr erreicht werden.

#### 15. Worin liegen die Ursachen für Unterernährung in Deutschland?

Wichtigste Ursachen für Unterernährung in Deutschland sind bei jungen Menschen gestörtes Essverhalten und Essstörungen, bei älteren insbesondere hoch-

betagten Menschen physische und psychische Einschränkungen und in allen Altersgruppen so genannte konsumierende Erkrankungen wie z. B. chronische Infektionen, Krebs oder Suchterkrankungen. Auf die Überschneidungen zwischen Unter- und Mangelernährung wird an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich hingewiesen. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 13 Bezug genommen.

16. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über Essstörungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland?

Nach den Erkenntnissen der Bundesregierung leiden immer mehr Kinder und Jugendliche unter Essstörungen insbesondere an Magersucht und Ess-Brech-Sucht. Die allermeisten von ihnen (ca. 90 bis 95 Prozent) sind weiblich. Nach einer Studie im Auftrag der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hatten 56 Prozent aller 13- bis 14-Jährigen den Wunsch, dünner zu sein. 7 Prozent der Jungen und 8 Prozent der Mädchen, die objektiv untergewichtig waren, wollten zum Zeitpunkt der Befragung sogar noch weiter abnehmen. Bis zu 30 Prozent der Kinder bis zu 10 Jahren haben bereits Diäterfahrungen. Letztere können Vorläufer für ein gestörtes Essverhalten oder gar eine der genannten Essstörungen sein. Neben den bereits angesprochenen soziokulturellen Faktoren können aber auch biologische (genetische und neurochemische) Faktoren, kritische Lebensereignisse und chronische seelische Belastungen im Sinne einer multifaktoriellen Verursachung mitverantwortlich sein.

Repräsentative Zahlen zur Prävalenz von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen liegen, wie bereits bei der Antwort auf Frage 7 ausgeführt, bisher nicht vor, da aussagefähige Studien fehlen. Die Ergebnisse des zurzeit vom RKI durchgeführten Kinder- und Jugendsurveys, die im Jahr 2006 vorliegen werden, sollen hierüber Auskunft geben.

2001 legte die Ernährungspsychologische Forschungsstelle Göttingen eine vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit geförderte epidemiologische Studie zur Abschätzung der Prävalenz von Essstörungen vor. Hier wurde bei den klassischen Essstörungen wie Anorexia und Bulimia nervosa eine Bevölkerungsprävalenz von „jeweils unter 0,5 Prozent“ berechnet. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) verweist auch auf österreichische und schweizerische Studien aus den 90er Jahren, die davon ausgehen, dass die Prävalenz der Magersucht bei den 15- bis 20-Jährigen bei ca. 0,6 bis 0,9 Prozent liegt, die der Bulimie in dieser Altersgruppe bei 0,5 Prozent. Bei jungen Erwachsenen liegt die Prävalenzrate der Bulimie deutlich höher (2 bis 4 Prozent). Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass es neben den klassischen Essstörungen verschiedene Abstufungen problematischen Essverhaltens gibt, die nicht alle Kriterien der o. g. Erkrankungen erfüllen. Dies können sein: starke Besorgnis um die eigene Figur, wiederholtes Durchführen von Diäten, Essanfälle oder Heißhungerattacken. Nimmt man diese mit hinzu, liegen die Prävalenzzahlen deutlich höher, die o. g. Studie spricht dann von 12 Prozent, die DGKJP nennt für partielle Essstörungssyndrome einschließlich des sog. „Binge-Eating-Syndroms“ Prävalenzzahlen von 10 bis 15 Prozent.

17. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über den Zusammenhang bestimmter Krankheiten wie Krebs, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Lungenerkrankungen oder HIV/AIDS und Mangel- oder Unterernährung?

Derzeit gibt es keine wissenschaftlich gesicherten Belege dafür, dass eine Unter- oder Mangelernährung ursächlich für die Krebsentstehung ist, wobei ein indi-

rekter Einfluss über eine mögliche Suppression des Immunsystems nicht auszuschließen ist.

Umgekehrt gilt jedoch, dass Unter- und Mangelernährung häufig eine Folge von Tumorerkrankungen sind. Bei vielen Krebsarten ist Gewichtsverlust eine behandlungsbedürftige Begleiterscheinung, die z. B. durch Appetitlosigkeit, Schmerzen, Schluckbeschwerden oder eine gestörte Nährstoffresorption ausgelöst wird. Der Gewichtsverlust kann sich bis zu einer so genannten Tumorkachexie, also einer schweren, fortschreitenden Form der Mangelernährung mit dem signifikanten Abbau von Muskelmasse, steigern.

Ähnliches gilt für chronische Darmerkrankungen wie z. B. den Morbus Crohn oder eine Magenresektion, die ebenfalls, sofern keine angepasste Diät erfolgt, zu Mangelernährung führen können.

Bei Lungenerkrankungen ist ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit des Auftretens bzw. Schwere des Verlaufs und Unter- bzw. Mangelernährung beschrieben. Dies gilt zum Beispiel für das Auftreten und den Verlauf von Tuberkulose oder chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen; aber auch für die Schwere des Verlaufs der genetisch bedingten Mukoviszidose. Unter- und Mangelernährung stellen dabei einen den Ausbruch bzw. den Verlauf der jeweiligen Erkrankung wahrscheinlich begünstigenden Faktor dar.

Hiervon zu unterscheiden ist der Einfluss, den bestehende Lungenerkrankungen wie Tuberkulose oder chronisch obstruktive Lungenerkrankungen auf den Stoffwechsel ausüben, und der im Verlauf der Erkrankung zum Zustand der Mangelernährung führen kann. So weisen zum Beispiel jeder Dritte an einem Emphysem Erkrankte und jeder Achte an chronischer Bronchitis Erkrankte eine reduzierte Muskelmasse auf. Erfolgreichere Präventions- als auch Therapiestrategien bei krankheitsassoziiierter Mangelernährung im Rahmen von Lungenerkrankungen müssen neben der Problematik der Ernährung auch die vielfach facettenreiche Genese der Grunderkrankung berücksichtigen.

Die Fortschritte in der medikamentösen Therapie der HIV-Infektion haben in den letzten Jahren zu einer deutlichen Verlängerung der Lebensdauer und einer Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit HIV/AIDS geführt. Dies schließt auch eine deutliche Verbesserung des Ernährungszustandes ein. Mangelernährung kann jedoch weiterhin auftreten:

- Bei Menschen, bei denen die HIV-Infektion bislang nicht diagnostiziert wurde und die z. B. aufgrund von Durchfällen, Appetitmangel und opportunistischen Infektionen nur unzureichend Nahrung aufnehmen können.
- Bei Menschen mit HIV/AIDS, bei denen aufgrund von Resistenzentwicklung keine ausreichend wirksame Therapie mehr durchgeführt werden kann.
- Bei drogengebrauchenden Menschen mit HIV/AIDS, die infolge Verelendung und Suchtverhalten die Ernährung zugunsten der Rauschdroge vernachlässigen.
- Bei Menschen mit HIV/AIDS, bei denen die antiretrovirale Therapie selbst zu Durchfällen und Appetitlosigkeit führt.
- Bei Menschen mit HIV/AIDS, die sich infolge ihrer sozialen Situation und Perspektivlosigkeit falsch ernähren.

Zudem treten bei HIV/AIDS-Patientinnen und -Patienten Krebserkrankungen und opportunistische Infektionen wie z. B. Tuberkulose deutlich häufiger auf als in der übrigen Bevölkerung und erschweren die Ernährungslage.

Belastbare Daten zur Mangelernährung bei HIV-Patientinnen und -Patienten liegen nicht vor.

18. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen der Mangel- und Unterernährung in Teilen der Bevölkerung und dem durch die Medien verbreiteten Schönheitsideal, extrem schlank zu sein?

Körperkult und das Streben nach einer Idealfigur spielen bei Jugendlichen eine wichtige Rolle. Die Medien transportieren zunehmend das Schönheitsideal von einem schlanken und jugendlichen Körper. Dies galt lange Zeit besonders für Frauen, betrifft inzwischen aber auch zunehmend Männer. Die „Trendsetter“ vor allem aus der Modebranche oder dem Showgeschäft werden immer schlanker, sie sind zum Teil sogar deutlich untergewichtig. Der Wunsch dem Idol möglichst ähnlich zu sein, kann bei entsprechend disponierten Personen zum Diäthalten und zu gestörtem Essverhalten mit Mangel- oder Unterernährung führen sowie zur Anwendung auch risikobehafteter, invasiver Maßnahmen. Dies ist nicht zuletzt auch ein psychisches Problem. Seit den Sechzigerjahren und mit der Herausbildung des schlanken Schönheitsideals hat die Zahl derer, die an Essstörungen wie Bulimie leiden insbesondere im Jugend- und jungen Erwachsenenalter nach wissenschaftlichen Einschätzungen zugenommen. Ob die Propagierung dieses überschulken Schönheitsideals dafür ursächlich ist oder ob andere gesellschaftliche Entwicklungen diesen Trend mitbestimmen, ist wissenschaftlich nicht eindeutig geklärt. Festzustellen ist, dass im gleichen Zeitraum auch die Zahl Übergewichtiger zugenommen hat.

Um einen deutlichen Kontrapunkt zu dem propagierten Schönheitswahn zu setzen, hat die Bundesärztekammer eine „Koalition gegen den Schönheitswahn“ initiiert, die Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Ulla Schmidt, unterstützt.

Darüber hinaus wird die Problematik überzogener Schönheitsideale in vielen Aktivitäten der BZgA aufgegriffen. Das Jugendprojekt „Gut drauf“ und die Aufklärungsmaterialien zu den Themen „Immer Ärger mit der Schönheit“ und zu Essstörungen setzen sich mit Fragen der Körperwahrnehmung und von Schönheitsidealen auseinander. Die Aufklärungsmaßnahmen der BZgA sind darauf gerichtet, junge Menschen davon abzuhalten, überzogenen Schönheitsidealen „nachzujagen“ und dabei ihre Gesundheit zu riskieren. Auf die Zielgruppe und den Problemzusammenhang besonders zugeschnitten sind z. B. eine Internetseite zum Thema Essstörungen und ein Beratungstelefonservice.

Zum Problemkreis Essstörungen hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) seit Ende 2001 zudem das Projekt „Qualitätssicherung in Beratung und ambulanter Therapie von Frauen und Mädchen mit Essstörungen“ beim Bundesfachverband Essstörungen in Kooperation mit der Ambulanz für Familientherapie und für Essstörungen der Universität Göttingen mit einer Laufzeit von 2,5 Jahren gefördert. Ziel des Projekts war die Förderung einer frauen- und mädchengerechten Beratung und ambulanten Behandlung bei Essstörungen, ausgehend von der starken Betroffenheit von Frauen und Mädchen sowie dem steigenden Bedarf adäquater frauengerechter Therapiemöglichkeiten. Die Ergebnisse insbesondere die im Projekt entwickelten Leitlinien zu Qualitätsstandards werden demnächst veröffentlicht, um sie auch anderen Anbietern zur Verfügung zu stellen.

19. Zu welcher Einschätzung bezüglich der ernährungsmedizinischen Versorgung in Deutschland kommt die Bundesregierung im internationalen Vergleich mit den Ländern der westlichen Welt?

Die Sicherstellung der medizinischen – auch der ernährungsmedizinischen – Versorgung ist in Deutschland Aufgabe der Selbstverwaltung.

Eine umfassende Einschätzung der ernährungsmedizinischen Versorgung Deutschlands im internationalen Vergleich ist wegen fehlender Daten nicht

möglich. Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) wird in Deutschland die ernährungsmedizinische Ausbildung bisher im ärztlichen und pflegerischen Bereich im Vergleich zu anderen Ländern weniger berücksichtigt, obwohl entsprechende Inhalte in der Approbationsordnung für Ärzte enthalten sind. Laut Aussagen der DGEM gibt es in deutschen Universitätskliniken zudem wenig ernährungsmedizinische Professuren und der Einsatz von Ernährungsteams in Krankenhäusern ist im Unterschied zu anglo-amerikanischen Ländern weniger verbreitet. Insgesamt kommt die DGEM jedoch zu der Einschätzung, dass die ernährungsmedizinische Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich einen Mittelplatz einnimmt.

Zu den Aktivitäten der Bundesregierung zur Unterstützung der ernährungsmedizinischen Versorgung wird auf die Antwort zu Frage 27 Bezug genommen.

20. Welchen Stellenwert misst die Bundesregierung der Diät- und Ernährungsberatung zu?

Die Bundesregierung misst der Diät- und Ernährungsberatung einen besonders hohen Stellenwert zu. Deshalb werden der aid-Informationsdienst und die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) institutionell gefördert. Hier werden u. a. Medien für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der Ernährungsberatung erstellt, Beratungsstandards erarbeitet oder Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr herausgegeben.

Im Rahmen ihrer gesundheitspolitischen und gesamtgesellschaftlichen Aufgabe zur Förderung gesunder Lebensstile ist der Bundesregierung darüber hinaus die allgemeine Ernährungsaufklärung besonders wichtig.

Im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes kommt hierbei ausgewogener Ernährung, ausreichender körperlicher Aktivität und Bewegung im Alltag sowie der Möglichkeit zur positiven Stressbewältigung zentrale Bedeutung zu. Insbesondere in einer Zeit sich wandelnder Ess- und Freizeitkultur ist eine kontinuierliche Information und Unterstützung der breiten Bevölkerung sowie besonderer Zielgruppen durch sachkundige Expertinnen und Experten notwendig. Die Informationsmaterialien, die im Geschäftsbereich des BMGS von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu diesen Fragen herausgegeben werden, tragen in diesem Sinne zur Unterstützung der Diät- und Ernährungsberatung bei.

21. Sind neben dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung weitere Bundesministerien mit der Thematik der Mangel- und Unterernährung betraut?

Neben dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) sind mit Fragen der Mangel- und Unterernährung in Deutschland im Rahmen ihrer Zuständigkeiten insbesondere auch das Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (BMVEL) und das BMFSFJ befasst. Darüber hinaus befassen sich vor allem das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) und das Auswärtige Amt (AA) mit der Thematik von Mangel- und Unterernährung im Ausland.

22. Welches Ressort ist federführend für Mangel- und Unterernährung zuständig?

Die federführende Zuständigkeit für Fragen von Mangel- und Unterernährung hängt im Übrigen vom Schwerpunkt der jeweiligen Themenstellung ab und wird

im Rahmen der Ressortabstimmung im Einzelfall geklärt. So ist etwa das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Bereich Mangel- und Unterernährung federführend zuständig, sofern es um deren Folgen im Sinne von Gesundheitsbeeinträchtigungen und Erkrankungen geht sowie für Fragen der medizinischen Versorgung im Zusammenhang mit Mangel- und Unterernährung.

23. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung unternommen, um eine Koordination aller beteiligten Ressorts sicherzustellen?

Die unterschiedlichen Aktivitäten der Bundesressorts zu Fragen der Mangel- und Unterernährung werden inhaltlich aufeinander abgestimmt und ergänzen einander. Darüber hinaus findet für den Bereich Ernährung z. B. beim Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung, das vom BMGS federführend begleitet wird sowie bei der Plattform Ernährung und Bewegung e. V., die vom BMVEL mitinitiiert wurde, eine stetige Einbindung der anderen Ressorts statt.

Der Runde Tisch Pflege ist gemeinsam von der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung als eine Maßnahme zur Qualitätssicherung der Pflege ins Leben gerufen worden. Die an der Pflege Beteiligten – Länder, Kommunen, Wohlfahrtsverbände, private Einrichtungsträger und Kostenträger – nehmen teil. Es sollen Vorschläge erarbeitet werden, die kurzfristig auch ohne gesetzgeberische Maßnahmen umgesetzt werden können. Dabei sollen sowohl häufige Fehler und Fehlerquellen in der ambulanten und stationären Pflege – hierzu können auch Defizite im Bereich der Ernährung gehören – aufgespürt, als auch die Übertragung von Best-practice-Beispielen auf andere Einrichtungen unterstützt werden.

24. Welche konkrete Zusammenarbeit besteht zwischen der Bundesregierung und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V.?

Die DGE wird vom BMVEL institutionell gefördert und ist eng in die Arbeit der Bundesregierung eingebunden. Dies betrifft insbesondere die Aufklärungskampagnen in Kindertagesstätten, Schulen und Senioreneinrichtungen (FIT KID, Besser essen. Mehr bewegen, KINDERLEICHT, Fit im Alter). Darüber hinaus ist die DGE auch Mitglied im Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung sowie in der Plattform „Ernährung und Bewegung“.

25. Welche konkrete Zusammenarbeit besteht zwischen der Bundesregierung und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V.?

26. Welche konkrete Zusammenarbeit besteht zwischen der Bundesregierung und der Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Diätetik e. V.?

Die Bundesregierung pflegt den Kontakt und den Informationsaustausch mit allen maßgeblichen Fachverbänden, die im Themenbereich Ernährung arbeiten; so auch zur DGEM. Erst kürzlich hat ein Vertreter der Bundesregierung bei dem Kongress der DGEM „Ernährung-Diätetik-Infusionstherapie – Ernährung als Therapie“ (edi Februar 2005) aktiv mitgewirkt. Soweit sich zukünftig thematisch wieder Gelegenheiten für gemeinsame Aktivitäten ergeben, kommt eine weitere Zusammenarbeit mit der DGEM in Betracht.

27. Was unternimmt die Bundesregierung, um die ernährungsmedizinische Versorgung in Deutschland zu fördern?

Die Sicherstellung der ernährungsmedizinischen Versorgung fällt in den Verantwortungsbereich der Selbstverwaltung. Die Bundesregierung kann im Rahmen ihrer Zuständigkeiten lediglich mittelbar auf die ernährungsmedizinische Versorgung einwirken.

Innerhalb der Kompetenz des Bundes zur Regelung der Ausbildung in den ärztlichen und anderen Heilberufen gibt etwa die Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 den inhaltlichen Rahmen für das Medizinstudium vor. Dies schließt auch ernährungsmedizinische Inhalte ein, die konkret von den Hochschulen umzusetzen sind. Weitere Qualifizierungen erfolgen durch die ärztlichen Fort- und Weiterbildungen der Ärztekammern.

Mit dem Diätassistentengesetz vom 8. März 1994 wurde bundeseinheitlich die dreijährige Ausbildung der Diätassistentinnen und Diätassistenten geregelt. Bei den in der dazu erlassenen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung festgelegten Inhalten ist u. a. besonderer Wert auf eine solide Ausbildung zur Durchführung von ernährungstherapeutischen Beratungen und Schulungen gelegt worden.

Für den Bereich der Pflegeeinrichtungen bereitet das BMGS zurzeit die Durchführung eines Modellvorhabens „Benchmarking in der Pflege“ vor. Die dabei im Vergleich zu erprobenden Qualitätssicherungsinstrumente beziehen sich auf das Thema „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in der vollstationären Pflege“. Ziel ist die Entwicklung eines praxisorientierten Handlungsleitfadens (Manual) für die Umsetzung von erfolgreichen Qualitätssicherungsmaßnahmen auch in diesem Handlungsfeld der Pflege.

Gegenstand eines vom BMFSFJ geförderten Modellvorhabens zur Qualitätsentwicklung von Pflege und Betreuung der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen (Buko-Qs) ist die Entwicklung eines nationalen Standards, in dem interdisziplinär Indikatoren zum Thema Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr wissenschaftsbasiert ermittelt werden.

Für die Umsetzung dieses Standards in stationären Einrichtungen der Pflege und Betreuung wird ein Instrument entwickelt, das sowohl die Verantwortung des Trägers als auch die handelnden Akteure erreichen soll. Ziel ist, die Sensibilität und Wahrnehmung unterschiedlicher Probleme bei der Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr pflege- und hilfebedürftiger Menschen zu erkennen und frühzeitig adäquate Handlungen auszulösen.

Eine Handreichung insbesondere für die Ernährung von Menschen mit Demenz ist von der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung (DED) e. V. mit Fördermitteln des BMFSFJ erarbeitet worden und wird in absehbarer Zeit veröffentlicht.

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., deren Arbeit ebenfalls aus Mitteln des Bundesaltensplans gefördert wird, hat in der Praxisreihe eine Broschüre zur Ernährung von Menschen mit Demenz in der ambulanten Pflege herausgegeben.

Im Bereich der enteralen Ernährungstherapie, deren Erstattungs- und Verordnungsfähigkeit in der ambulanten Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen in medizinisch notwendigen Fällen in den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt ist (vgl. § 31 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch), setzt sich das BMGS für die patientengerechte Ernährung mit Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysaten, Elementardiäten und Sondennahrung ein. In diesem Sinne wurde die Neufassung der Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur enteralen Ernährung mit Sondennahrung bereits zweimal beanstandet. Der neue Beschluss vom 15. Februar 2005 wird derzeit noch geprüft.



Mit diesen exemplarisch aufgelisteten Maßnahmen trägt die Bundesregierung mittelbar zur Verbesserung der ernährungsmedizinischen Versorgung bei.

28. Welche finanziellen und personellen Mittel stellt die Bundesregierung für die Aufklärungsarbeit zu Mangel- und Unterernährung zur Verfügung?

Im Jahr 2004 stellte das BMVEL für die Verbraucheraufklärung im Ernährungsbereich 5,85 Mio. Euro zur Verfügung. Im Jahr 2005 werden es 9,85 Mio. Euro sein und für 2006 sind 12,6 Mio. Euro geplant. Die Aufklärungsmaßnahmen beziehen sich dabei überwiegend auf die Bekämpfung von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen; sie enthalten aber auch Informationen zum Thema Mangel- und Unterernährung.

Darüber hinaus werden im Geschäftsbereich des BMGS regelmäßig Haushaltsmittel für Aufklärungsmaßnahmen der BZgA zur Verfügung gestellt. Im Jahr 2005 sind es für Projekte in der gesundheitlichen Aufklärung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen eines integrierten Ansatzes zum Themenfeld „Ernährung, Bewegung, Stressregulation“ Mittel in Höhe von rd. 1,6 Mio. Euro. Hierzu gehören auch Informationsmaterialien zum Problemkreis Essstörungen wie z. B. die Broschüren „Essstörungen – was ist das?“, „Essstörungen – Leitfaden für Eltern, Angehörige u. a.“, „GUT DRAUF – Immer Ärger mit der Schönheit“.

Förderaufwendungen für die Aufklärungsarbeit schließen teilweise notwendige Personalkosten ein. Wie viele Personen für die Aufklärungsarbeit zum Thema Mangel- und Unterernährung von der Bundesregierung insgesamt eingesetzt werden, lässt sich nicht quantifizieren, da dieses Thema nur ein Teil des Themenkomplexes „Ernährungsaufklärung“ ist und die Aufgaben der damit beschäftigten Personen in der Regel darüber hinausgehen.

29. Was hat die Bundesregierung in den vergangenen zwei Jahren unternommen, um die Diät- und Ernährungsberatung in Deutschland zu fördern?
30. Was unternimmt die Bundesregierung, um die Diät- und Ernährungsberatung in Deutschland zu verbessern?

Mit der institutionellen Förderung der DGE und die von ihr durchgeführten Fortbildungsangebote trägt die Bundesregierung maßgeblich zur Verbesserung der Diät- und Ernährungsberatung in Deutschland bei. Die DGE wirkt insbesondere durch folgende Maßnahmen auf die Qualität der Diät- und Ernährungsberatung ein:

- Herausgabe von Beratungs-Standards,
- Erarbeitung des Curriculums Ernährungsberatung,
- Leitung eines Arbeitskreises „Berufe in der Ernährungsberatung“,
- Zertifizierungslehrgänge, insbesondere zum Ernährungsberater DGE,
- Treffen einer Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung in Deutschland (geplant),
- Herausgabe der Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr,
- Erstellung diverser Medien für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der Ernährungsberatung,
- Erstellung evidenzbasierter Leitlinien,
- Aus- und Fortbildung von in der Gemeinschaftsverpflegung von Kindertagesstätten, Schulen, Betrieben und Senioreneinrichtungen.

Im Übrigen wird auf die Ausführungen der Antwort zu Frage 20 verwiesen.

31. Was unternimmt die Bundesregierung, um die in der Entschließung des Europarates zur ernährungsmedizinischen Versorgung im Krankenhaus festgelegten Handlungsvorgaben umzusetzen?

Die Gewährleistung der ernährungsmedizinischen Versorgung im Krankenhaus und die Umsetzung der angesprochenen Entschließung des Europarates ist Aufgabe der Krankenhausträger. Die Bundesregierung kann bei den betroffenen Akteuren der Gesundheitsversorgung lediglich auf den Umsetzungsbedarf hinweisen.

Zum Umsetzungsstand der Entschließung des Europarates zur ernährungsmedizinischen Versorgung im Krankenhaus liegen der Bundesregierung keine konkreten Erkenntnisse vor. Nach Ansicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ist die Notwendigkeit von Ernährungsteams zudem differenziert zu betrachten. Angesichts immer kürzerer Verweildauern sei sie für einen beträchtlichen Teil der Akutkrankenhäuser weniger anzunehmen, als bei Einrichtungen mit Langzeitpatientinnen und -patienten oder mit spezifischen Krankheitsbildern.

Zur ernährungsmedizinischen Versorgung in deutschen Krankenhäusern weist die DKG im Übrigen darauf hin, dass sie zusammen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Bundesärztekammer und dem Deutschen Pflegerat das krankenhausspezifische Zertifizierungsverfahren zur „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus“ (KTQ) etabliert hat. Im Rahmen der vorgegebenen Qualitätsstandards wird das Kriterium „patientenorientierte Ernährung“ detailliert abgefragt und überprüft. Mehr als 150 Krankenhäuser haben bis dato das KTQ-Zertifikat erreicht und damit u. a. ihre Leistungen in der Ernährungsversorgung in besonderer Weise dokumentiert.



