

DGEM e.V. | Karl-Marx-Allee 77 | 10243 Berlin

Herrn Dr. med. Stephan Pilsinger (MdB)
Deutscher Bundestag 1
Platz der Republik 1
11011 Berlin

**Deutsche Gesellschaft
für Ernährungsmedizin e.V.**

Geschäftsstelle
Karl-Marx-Allee 77 | 10243 Berlin
Tel. 0049 (0)30 | 311 719 340, 341, 342
Fax 0049 (0)30 | 311 719 349
infostelle@dgem.de

26.08.2025

Betreff: Ernährungsmedizin im Krankenhaus

Sehr geehrter Herr Dr. med. Stephan Pilsinger,

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Gert Bischoff

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)
Ärztlicher Leiter des Zentrums für Ernährungsmedizin und Prävention (ZEP)
am Barmherzige Brüder Krankenhaus München

Präsident

Dr. med. Gert Bischoff
Krankenhaus Barmherzige Brüder München
Romanstr. 93
80639 München
Tel. 0049 (0)89 | 1797 2431
Fax 0049 (0)89 | 1797 2420
gert.bischoff@barmherzige-muenchen.de

1. Vize- und Kongresspräsident 2026

Prof. Dr. med. Matthias Pirlich
Praxis an der Kaisereiche
Wilhelm-Hauff-Straße 21
12159 Berlin
Tel. 0049 (0)30 | 3910 4438
Fax 0049 (0)30 | 8595 3611
matthias.pirlich@dgem.de

2. Vizepräsident

Prof. Dr. med. Jürgen Bauer
AGAPLESION Bethanien Krankenhaus Heidelberg
Rohrbacher Straße 149
69126 Heidelberg
Tel. 0049 (0)6221 | 319 1501
Fax 0049 (0)6221 | 319 1505
Juergen.Bauer@agaplesion.de

Sekretär/ Schriftführer

Prof. Dr. rer. medic. Kristina Norman
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Forschungsgruppe Geriatrie
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin und
Deutsches Institut für Ernährungs-
forschung Potsdam-Rehbrücke
Abteilung für Ernährung und Gerontologie
Tel. 0049 (0)30 | 450 565 139
kristina.norman@charite.de

Schatzmeisterin

Prof. Dr. med. Diana Rubin
Zentrum für Ernährungsmedizin
Vivantes Region Nord
Neue Bergstraße 6
13585 Berlin
Tel. 0049 (0)30 | 130 131 157
diana.rubin@vivantes.de

Bankverbindung

Deutsche Bank
BLZ 550 700 40, Konto-Nr. 0112391
IBAN: DE 08 5507 0040 0011 2391 00
BIC: DEUTDE33XXX
Steuer-Nr. 27/640/57939

www.dgem.de

Ernährungsmedizin stärken – für eine bessere Versorgung und Prävention in Deutschlands Krankenhäusern

In der Theorie weiß jeder, wie wichtig eine ausgewogene Ernährung für unsere Gesundheit ist. In der Praxis aber wird ihre Bedeutung oft unterschätzt – mit gravierenden Folgen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten. Besonders deutlich wird dies an zwei Entwicklungen: Zum einen steigt die Zahl der Menschen mit Übergewicht und Adipositas seit Jahren kontinuierlich an – fast ein Viertel der Erwachsenen in Deutschland gilt inzwischen als adipös.ⁱ Zum anderen sind jährlich über drei Millionen Menschen in deutschen Krankenhäusern von krankheitsbedingter Mangelernährung betroffen, und bis zu 25 Prozent der hospitalisierten Patientinnen und Patienten leiden darunter.ⁱⁱ Während Adipositas als chronische, multifaktorielle Erkrankung langfristige und komplexe Strategien erfordert, ließe sich krankheitsbedingte Mangelernährung im Klinikalltag vergleichsweise einfach diagnostizieren sowie wirksam und kostengünstig behandeln.

Damit dieses Potenzial ausgeschöpft werden kann, muss Ernährungsmedizin konsequent und systematisch als fester Bestandteil in die Regelversorgung integriert werden. Genau daran fehlt es bislang in Deutschland: Weder verpflichtende Screenings noch flächendeckend vorhandene Ernährungsteams gehören derzeit zum Standard – obwohl beide Maßnahmen die Diagnose und Behandlung von Patientinnen und Patienten verbessern und zugleich erhebliche Kosten im Gesundheitssystem einsparen können.

Krankheitsbedingte Mangelernährung: Eine Einführung

Krankheitsbedingte Mangelernährung beschreibt ein Ungleichgewicht zwischen Nährstoffzufuhr und -bedarf, das mit messbaren Veränderungen der Körperzusammensetzung und -funktionen einhergeht. Besonders kritisch ist dabei der Verlust an Muskelmasse, der häufig im Rahmen einer Erkrankung auftritt und zu erheblichen funktionellen Einschränkungen führt. Gefährdet sind vor allem ältere Menschen, Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen, Demenz, chronischen Stoffwechselerkrankungen oder stark belastenden Grunderkrankungen.

Die Folgen sind gravierend: Eine Mangelernährung führt zu längeren Krankenhausaufenthalten, erhöhten Infektionsraten, schlechterer Wundheilung und insgesamt höheren Gesundheitskosten durch vermeidbare Komplikationen.ⁱⁱⁱ Die jährlichen Mehrkosten durch Mangelernährung allein im stationären Bereich werden auf bis zu 8,6 Milliarden Euro beziffert.^{iv} Hochrechnungen zeigen zudem, dass bei frühzeitiger Diagnose und adäquater Therapie der Mangelernährung ca. 55.000 Todesfälle jährlich in deutschen Krankenhäusern verhindert werden könnten.^v Trotz dieser bekannten Risiken und der enormen finanziellen Belastung bleibt das Thema in der Gesundheitsversorgung bislang weitgehend unbeachtet – so verfügten laut einer Auswertung der nutritionDay-Daten im Jahr 2018 lediglich 10 Prozent der deutschen Kliniken über eine Diätassistenz, während es im europäischen Durchschnitt 63 Prozent waren. Auch interdisziplinäre Ernährungsteams, die in anderen europäischen Ländern längst etabliert sind, sind in Deutschland nur vereinzelt vorhanden.^{vi}

Das Barmherzige Brüder Krankenhaus München als Leuchtturmkonzept

Wir am Barmherzige Brüder Krankenhaus München sehen täglich, welche entscheidende Rolle Ernährung für den Behandlungserfolg spielt. Seit über 20 Jahren haben wir ernährungsmedizinische Strukturen aufgebaut, interdisziplinäre Teams etabliert und uns als ernährungsmedizinische Schwerpunkt-klinik zertifizieren lassen. Auf dieser Basis konnten wir 2024 gemeinsam mit der AOK Bayern – mit 4,7 Millionen Versicherten die größte gesetzliche Krankenkasse im Freistaat – den ersten Qualitätsvertrag für Mangelernährung nach §110a SGB V in Deutschland schließen, der es uns ermöglicht, die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten mit Mangelernährung noch systematischer und nachhaltiger zu gestalten.

Kern unseres Modells ist ein verpflichtendes Screening bei der Aufnahme aller Patientinnen und Patienten, um eine Fehl- und/oder Mangelernährung frühzeitig zu erkennen. Wird ein Risiko festgestellt, erstellt ein interdisziplinäres Ernährungsteam aus Ernährungsmedizinerinnen und -medizinern, Ernährungsfachkräften sowie den behandelnden Ärztinnen und Ärzten einen individuellen Therapieplan. Dieser umfasst spezifische Ernährungstherapien und Beratungsangebote und wird durch ein strukturiertes Entlassmanagement ergänzt, das Patientinnen und Patienten in die Lage versetzt, die Maßnahmen auch im Alltag fortzuführen. Damit wird nicht nur der unmittelbare Behandlungserfolg gesichert, sondern auch die Gesundheitskompetenz gestärkt und Rückfälle verhindert.

Unsere Erfahrungen zeigen, dass strukturierte Ernährungsmedizin wirkt: Die Behandlungsergebnisse verbessern sich, die Lebensqualität steigt, Komplikationen treten seltener auf und die Liegezeiten verkürzen sich. Gleichzeitig ist uns bewusst, dass der Abschluss des Qualitätsvertrags nur möglich war, weil wir auf bereits bestehende Strukturen zurückgreifen konnten. Viele andere Kliniken in Deutschland haben diese Voraussetzungen nicht. Für Patientinnen und Patienten darf es aber kein regionales Glückspiel sein, ob sie Zugang zu einer angemessenen ernährungsmedizinischen Versorgung haben.

Notwendigkeit der Überführung in die Regelversorgung und Einführung von Ernährungsteams bundesweit

Die hohen Fallzahlen von krankheitsbedingter Mangelernährung und Adipositas machen deutlich: Wir stehen nicht vor einem Randphänomen, sondern vor zwei weit verbreiteten Gesundheitsproblemen mit enormer gesamtgesellschaftlicher Tragweite. Die positiven Erfahrungen in München dürfen deshalb kein Einzelfall bleiben. Damit Ernährungsmedizin nicht länger von den individuellen Strukturen einzelner Häuser abhängt, braucht es klare politische Weichenstellungen.

Erstens müssen **verpflichtende Ernährungsscreenings** bei der Aufnahme aller Patientinnen und Patienten in allen Krankenhäusern eingeführt werden, um Risiken frühzeitig zu erfassen und rechtzeitig behandeln zu können. Dabei spielt der ärztliche Entlassbrief ebenso eine zentrale Rolle: Er hält den Ernährungsstatus sowie die eingeleiteten Maßnahmen fest und gewährleistet dadurch einen reibungslosen Übergang in die ambulante Weiterbehandlung, sodass die Ernährungstherapie nachhaltig fortgeführt werden kann. Zweitens müssen **interdisziplinäre Ernährungsteams** bundesweit etabliert und dauerhaft über die Regelversorgung finanziert werden. Nur so lässt sich gewährleisten, dass alle Patientinnen und Patienten – unabhängig von ihrem Wohnort oder dem Versorgungsniveau ihres



Krankenhauses – von den Vorteilen einer modernen Ernährungsmedizin profitieren. Mit der kontinuierlich steigenden Zahl an Ernährungsmedizinerinnen und Ernährungsmedizinern sowie qualifizierten Ernährungsfachkräften ist die Grundlage geschaffen, um die spezialisierte Betreuung nachhaltig und flächendeckend sicherzustellen.

Dr. med. Gert Bischoff

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)
Ärztlicher Leiter des Zentrums für Ernährungsmedizin und Prävention (ZEP) am Barmherzige Brüder Krankenhaus München

ⁱ DAG (2025): Prävalenz der Adipositas im Erwachsenenalter (<https://adipositas-gesellschaft.de/ueber-adipositas/praevalenz/>)

ⁱⁱ Pirlich, M., Schutz, T., Norman, K. et al. (2006): The German hospital malnutrition study, *Clinical Nutrition* 25, S. 563-572.

ⁱⁱⁱ Schuetz, P., et al. (2020): Economic evaluation of individualized nutritional support in medical inpatients: Secondary analysis of the EFFORT trial, in *Clinical Nutrition*.

^{iv} Pirlich, M. (2025): Krankheitsbedingte Mangelernährung: Neue Perspektiven für ein ungelöstes Problem, *NutritionNews* 22 (1/25), S. 2-5.

^v Deutsches Ärzteblatt (2024): Mangelernährung im Krankenhaus: Etwa 55.000 vermeidbare Todesfälle (<https://www.aerzteblatt.de/news/mangelernaehrung-im-krankenhaus-etwa-55000-vermeidbare-todesfaelle-a2ea8292-8741-40b1-918a-db51a3be287f>)

^{vi} DGE (2019): 14. DGE-Ernährungsbericht – Vorveröffentlichung Kapitel 2 (<https://www.dge.de/fileadmin/dok/wissenschaft/ernaehrungsberichte/14eb/14-DGE-EB-Vorveroeffentlichung-Kapitel2.pdf>)