

Krankheitsbedingte Mangelernährung in der Gesundheitsversorgung: Politische Handlungsnotwendigkeit in der neuen Legislaturperiode

Krankheitsbedingte Mangelernährung: Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko mit hohen Kosten

Krankheitsbedingte Mangelernährung ist ein unterschätztes, aber weit verbreitetes Problem im deutschen Gesundheitssystem. Jährlich sind über drei Millionen Menschen in deutschen Krankenhäusern betroffen. Studien zeigen, dass bis zu 25 % der hospitalisierten Patient:innen unter Mangelernährung leiden – in speziellen Gruppen wie onkologischen oder geriatrischen sind die Zahlen sogar noch höher (Pirlich et al., 2006). Die Folgen sind gravierend: verlängerte Krankenhausaufenthalte, erhöhte Infektionsraten, schlechtere Wundheilung und insgesamt höhere Gesundheitskosten durch vermeidbare Komplikationen (Schuetz et al., 2020). Die jährlichen Mehrkosten durch Mangelernährung allein im stationären Bereich werden auf bis zu 8,6 Milliarden Euro beziffert (Pirlich, 2025). 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 % der deutschen Kliniken über eine Diätassistenz, während es im europäischen Durchschnitt 63 % waren. Auch spezielle Ernährungsteams sind hierzulande seltener etabliert als in anderen Ländern (DGE, 2019).

Was ist krankheitsbedingte Mangelernährung?

Mangelernährung ist definiert als das Ungleichgewicht zwischen Zufuhr und Bedarf von Energie, Protein oder anderen Nährstoffen einhergehend mit messbaren Veränderungen von Körperzusammensetzung oder -funktionen. Dazu zählt insbesondere der Verlust an Muskelmasse, der häufig im Rahmen einer Erkrankung auftritt und wesentliche funktionelle Einschränkungen zur Folge hat. Besonders gefährdet für das Auftreten einer Mangelernährung sind Patient:innen aus bestimmten Risikogruppen, wie ältere Menschen, Personen mit dementiellen Erkrankungen, Patient:innen mit chronischen oder seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen, onkologische Patient:innen sowie Menschen mit eingeschränkter Mobilität oder stark belastenden Grunderkrankungen.

Patient:innenindividuelle Folgen von Mangelernährung sind unter anderem erhöhte postoperative Komplikationsraten, verlängerte Rekonvaleszenz, verlangsamte Wundheilung, eine beeinträchtigte Immunfunktion sowie ein Abbau der Muskelmasse, der mit einer verminderten physischen Mobilität und einer erhöhten Sturzgefahr einhergeht. Darüber hinaus beeinträchtigt Mangelernährung die Lebensqualität erheblich und begünstigt sogenannte ‚Drehtür-Effekte‘, d.h. Wiedereinweisungen in das Krankenhaus. Während Wachstum und Entwicklung hemmt Mangelernährung zusätzlich die neurologische Entwicklung. Das kann zu lebenslanger Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten führen. Die Sterblichkeitsrate von mangelernährten Patient:innen ist fast viermal so hoch als bei nicht mangelernährten Menschen.

Versorgungslücken durch fehlende Ernährungsscreenings

Daher ist ein zentrales Problem das Fehlen verpflichtender Ernährungsscreenings in Krankenhäusern. Ohne diese systematische Erfassung des Ernährungsstatus von Patient:innen bleibt eine Mangelernährung häufig unerkannt, was eine frühzeitige Intervention verhindert. Dies betrifft sowohl Patient:innen, die bereits bei der Einweisung an einer krankheitsbedingten Mangelernährung leiden, als auch jene, die während des Krankenhausaufenthalts eine Mangelernährung entwickeln. Statt Mangelernährung bereits bei der Aufnahme zu erkennen und frühzeitig zu handeln, werden notwendige ernährungstherapeutische Maßnahmen oft gar nicht oder zu spät eingeleitet. Die aktuelle Krankenhausfinanzierung verschärft dieses Problem, da sie keine Anreize für präventive Maßnahmen setzt. Ernährungsscreenings werden erst dann vergütet, wenn eine behandlungsbedürftige Mangelernährung diagnostiziert wurde (Bührer et al., 2020). Dies führt zu einem Teufelskreis: Solange ernährungstherapeutische Maßnahmen nicht angemessen vergütet werden, bleibt ihre Umsetzung im klinischen Alltag nachrangig. Dadurch verzögert sich die Behandlung betroffener Patient:innen, was nicht nur ihre gesundheitliche Situation verschlechtert, sondern auch die Gesamtkosten im Gesundheitswesen weiter ansteigen lässt.

Das Kompetenznetzwerk Enterale Ernährung

Das Kompetenznetzwerk Enterale Ernährung (KN-EE) setzt sich dafür ein, diesen Missstand zu beheben. Als strukturoffenes und ehrenamtliches Netzwerk engagieren wir uns für eine bessere ernährungstherapeutische Versorgung in Deutschland. Unser Ziel ist es, in Zusammenarbeit mit Ärzt:innen, Fach- und Pflegekräften, Organisationen von Betroffenen sowie politischen Entscheidungsträger:innen die Ernährungsversorgung von Patient:innen über die Sektorengrenzen hinweg zu verbessern. Dazu fordern wir die Einführung verpflichtender Ernährungsscreenings, um Mangelernährung frühzeitig zu erkennen und gezielt entgegenzuwirken. Das Screening stellt die Grundlage für eine strukturierte ernährungstherapeutische Versorgung dar, indem es Patient:innen identifiziert, die ein erhöhtes Risiko für Mangelernährung aufweisen bzw. bereits von Mangelernährung betroffen sind. Nur durch diese frühzeitige Erfassung kann sichergestellt werden, dass präventive und therapeutische Maßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden, bevor sich der Ernährungszustand (weiter) verschlechtert.

Zunehmende öffentliche Aufmerksamkeit und fehlende politische Umsetzung

Während Fachgesellschaften und Gesundheitsexpert:innen seit Jahren auf die dramatischen Folgen von Mangelernährung hinweisen, wächst nun auch die öffentliche Aufmerksamkeit für das Thema. Das Deutsche Ärzteblatt berichtet, dass durch eine bessere ernährungsmedizinische Versorgung jährlich 55.000 vermeidbare Todesfälle in deutschen Krankenhäusern verhindert werden könnten (Ärzteblatt, 2024). Der Tagesspiegel weist darauf hin, dass bis zu ein Drittel der Patient:innen in deutschen Krankenhäusern Anzeichen von Mangelernährung aufweisen, systematische

Interventionen jedoch oft ausbleiben. Besonders alarmierend ist dabei die Tatsache, dass die Bundesregierung der vergangenen Legislaturperiode auf eine parlamentarische Anfrage hin keine belastbaren Daten zur Situation der Mangelernährung in deutschen Kliniken vorlegen konnte (Göpel, 2023). Dabei belegen zahlreiche wissenschaftliche Studien längst die Prävalenz, das Ausmaß und die gravierenden Folgen von Mangelernährung, wie eine gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) und 24 weiterer Fachgesellschaften hervorhebt.

Internationale Perspektive und fachliche Empfehlungen

Auch auf internationaler Ebene wächst der Handlungsdruck. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stuft Mangelernährung als eine „vernachlässigte Herausforderung“ mit erheblichen gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen ein (WHO, 2024). Die "Vienna Declaration on Nutritional Care", unterzeichnet von 75 internationalen Fachgesellschaften, fordert die Einführung eines systematischen Ernährungsscreenings und eine evidenzbasierte Ernährungstherapie als medizinischen Standard.

Qualitätsverträge als erster Schritt mit Entwicklungspotenzial

Mit der Einführung von Qualitätsverträgen wurden Ernährungsscreenings in Deutschland auch punktuell bereits ermöglicht. Sie wurden als individuell ausgehandelte Kurzprojekte zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen eingeführt, um Ernährungsscreenings gezielt zu fördern. Sie stoßen auf großes Interesse bei Krankenhäusern und zeigen, dass eine strukturierte Förderung ernährungstherapeutischer Maßnahmen zu einer höheren Nachfrage führt. Allerdings sind die Verträge bislang nur zeitlich befristet angelegt, was ihre langfristige Wirkung begrenzt. Zudem profitieren vor allem Kliniken, die bereits über ernährungsmedizinische Abteilungen verfügen, während für andere Häuser kaum Anreize bestehen, entsprechende Strukturen neu aufzubauen. Dies macht deutlich, dass Qualitätsverträge zwar ein erster wichtiger Schritt sind, jedoch nicht ausreichen, um Ernährungsscreenings flächendeckend zu etablieren. Langfristig müssen sie in die Regelversorgung integriert werden, damit nicht nur einige wenige Einrichtungen, sondern alle Risikopatient:innen bundesweit davon profitieren.

Politischer Handlungsbedarf in der neuen Legislaturperiode

Diese zunehmende Aufmerksamkeit von Medien, Wissenschaft und internationalen Organisationen macht deutlich, dass Mangelernährung nicht länger ignoriert werden darf. Durch die Einführung eines bundesweit verpflichtenden Ernährungsscreenings ist ein erster Schritt, dass Patient:innen angemessen versorgt, Krankenhausaufenthalte verkürzt und die finanziellen Belastungen des Gesundheitswesens nachhaltig reduziert werden.

Die neue Legislaturperiode bietet die Chance, eine nachhaltige Verbesserung der ernährungstherapeutischen Versorgung zu erreichen. Denn krankheitsbedingte

Mangelernährung ist ein lösbares Problem – wenn die richtigen politischen Weichen gestellt werden. Die Einführung eines verpflichtenden Ernährungsscreenings ist eine essenzielle Maßnahme, die nicht weiter aufgeschoben werden darf. Eine gezielte Ernährungstherapie ist nicht nur ein Gewinn für die Patient:innen, sondern auch eine Chance, das Gesundheitssystem effizienter zu gestalten und langfristig zu entlasten.

Unterstützt durch:

Priv. Doz. Dr. Michael Adolph

(Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.)

Prof. Dr. Matthias Pirlich

(Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.)

Dr. med. Gert Bischoff

(Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.)

Prof. Dr. Jürgen Bauer

(Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.)

Prof. Dr. Yurdagül Zopf

(Professorin für Klinische und Experimentelle Ernährungsmedizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg)

Tobias S. Hagedorn

(Deutsche Interessengemeinschaft für Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen, DIG PKU e.V.)

Prof. Dr. Martin Merkel

(Arbeitsgemeinschaft für angeborene Stoffwechselstörungen in der inneren Medizin e.V.)

Prof. Dr. Julia Hennermann

(Gesellschaft für Angeborene Stoffwechselstörungen, GfAS e.V.)

Priv. Doz. Dr. Frank Jochum

(Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.)

Prof. Dr. Berthold Koletzko

(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.)

Frauke Lang

(Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Diätetik, Ernährungsmedizinische Beraterin/DGE)

Prof. Dr. Johann Ockenga

(Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.)

Prof. Dr. Lars Selig, M.Ed.

(Verband der Diätassistenten Deutscher Bundesverband e.V.)

Prof. Dr. Thomas Reinbold

(Klinikum Dortmund)

Prof. Dr. Dorothee Volkert

(Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg)

Prof. Dr. Jens Putziger

(Professor für Ernährungstherapie und -beratung an der SRH Hochschule für Gesundheit, Campus Gera)

Prof. Dr. med. Arved Weimann M.A.

(Klinikum St. Georg Leipzig)

Lydia Lambert, M.Sc.

(Verband der Diätassistenten Deutscher Bundesverband e.V.)

Daniela Kraft

(Selbsthilfegruppe Glykogenose Deutschland e.V.)

Prof. Dr. med. Rainer Wirth

(Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.)

Literatur- und Quellenverzeichnis

Ärzteblatt (2024): Mangelernährung im Krankenhaus: Etwa 55.000 vermeidbare Todesfälle, unter: <https://www.aerzteblatt.de/news/mangelernaehrung-im-krankenhaus-etwa-55000-vermeidbare-todesfaelle-a2ea8292-8741-40b1-918a-db51a3be287f>, zuletzt abgerufen: 07.03.2025.

Bührer, C., et al. (2020): Standards der ernährungsmedizinischen Versorgung in der ambulanten und stationären Pädiatrie durch spezialisierte Einrichtungen der Kinder- und Jugendmedizin – Stellungnahme der Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), Monatsschrift Kinderheilkunde.

ESPEN (2022): The International Declaration on the Human Right to Nutritional Care. Vienna Declaration, unter: https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Vienna%20Declaration%20%20FINAL%205_2022.pdf, zuletzt abgerufen: 20.03.2025.

DGE (2019): 14. DGE-Ernährungsbericht – Vorveröffentlichung Kapitel 2, unter: <https://www.dge.de/fileadmin/dok/wissenschaft/ernaehrungsberichte/14eb/14-DGE-EB-Vorveroeffentlichung-Kapitel2.pdf>, zuletzt abgerufen: 10.04.2025

DGEM (2023): Ernährungsmedizin im Krankenhaus stärken. Vorschläge für eine Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität, unter: https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Stellungnahmen/LO_Stellungnahme_Klinikreform_final_end-1-_23_05_12.pdf, zuletzt abgerufen: 20.03.2025.

DGEM (2024): Mangelernährung – ein tödliches Risiko Ernährungsmediziner fordern umfassende Maßnahmen gegen krankheitsbedingte Mangelernährung, unter: <https://www.dgem.de/pressemitteilungen-archiv-112024-0>, zuletzt abgerufen: 07. März 2025.

Göpel, G. (2023): Vernachlässigte Ernährungs-Fürsorge. In: *Tagesspiegel Background: Gesundheit & E-Health*, unter: <https://background.tagesspiegel.de/gesundheit-und-e-health/briefing/vernachlaessigte-ernaehrungs-fuersorge>, zuletzt abgerufen: 07. März 2025.

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

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

Schuetz, P., et al. (2019): Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32776-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32776-4/fulltext)).

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

WHO (2024): Krankheitsbedingte Mangelernährung: Faktenblatt von WHO/Europa unterstreicht vernachlässigte Herausforderung, unter: <https://www.who.int/europe/de/news/item/09-09-2024-disease-related-malnutrition--who-europe-factsheet-highlights-neglected-challenge>, zuletzt abgerufen: 07. März 2025.