

**Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)
anlässlich der Malnutrition Awareness Week 2025**

Mangelernährung im Überfluss: Herausforderungen für Medizin, Prävention und Versorgung

Termin: Dienstag, 11. November 2025, 11.00 bis 12.00 Uhr

Online unter <https://events.teams.microsoft.com/event/d6c47f04-b3d9-481a-99f5-b6e719f0fff1@1495922a-4378-45e9-a32a-422448450fb1>

Ihre Themen und Referierenden:

Sektorübergreifend unterversorgt: krankheitsbedingte Mangelernährung im Fokus

Professor Dr. med. Matthias Pirlich

Vizepräsident der DGEM, niedergelassener Endokrinologe und Ernährungsmediziner in der Praxis an der Kaisereiche, Berlin

Wildwuchs in der Ernährungstherapie: neue Instrumente der Qualitätssicherung

Dr. med. Gert Bischoff

Präsident der DGEM, Leitender Arzt am „Zentrum für Ernährungsmedizin und Prävention – ZEP“, Department Innere Medizin I am Krankenhaus Barmherzige Brüder München

Zu alt für gute Ernährung? Mangelernährung im Alter

Professor Dr. med. Jürgen Bauer

2. Vizepräsident der DGEM, Ärztlicher Direktor Geriatisches Zentrum der Universitätsklinik Heidelberg

Diabetes mellitus und Überernährung: unterschätzte Risikofaktoren für Nährstoffmangel

Professorin Dr. Julia Szendrödi

Präsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft, Ärztliche Direktorin, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie, Universitätsklinik Heidelberg

Moderation: Janina Wetzstein, Pressestelle DGEM, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein/Stephanie Balz

Pressestelle DGEM

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 89 31 -457/-168

wetzstein@medizinkommunikation.org, balz@medizinkommunikation.org

PRESSEMITTEILUNG

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) anlässlich der Malnutrition Awareness Week 2025

Zwischen Food-Trends und Fachwissen: DGEM warnt vor Wildwuchs in der Ernährungstherapie

Berlin, 11. November 2025 – Ernährung ist allgegenwärtig – in sozialen Medien, in Lifestyle-Magazinen, in Fitness-Apps. Doch Detox-Versprechen und Influencer-Diäten ersetzen keine qualifizierte ernährungsmedizinische Beratung. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) warnt anlässlich der Malnutrition Awareness Week (MAW) 2025 vor dem wachsenden Wildwuchs unqualifizierter Ernährungsangebote und fordert, wissenschaftlich fundierte Ernährungstherapie als festen Bestandteil der medizinischen Versorgung zu verankern. Bei der heutigen Online-Pressekonferenz am stellen Experten der Fachgesellschaft mit E-Zert und nutriZert zwei Instrumente vor, die Orientierung bei der Wahl einer Ernährungsberatung bieten sollen.

„Nicht jedes Instagram-Rezept heilt – wir brauchen geprüfte Qualität, keine Heilsversprechen“, sagt Dr. med. Gert Bischoff, Präsident der DGEM und Leitender Arzt am Zentrum für Ernährungsmedizin und Prävention am Krankenhaus Barmherzige Brüder in München. Die Ernährungsmedizin habe in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen, doch die Fülle an selbst ernannten Expertinnen und Experten mache es Patientinnen und Patienten schwer, seriöse von unseriösen Angeboten zu unterscheiden. Um die Qualität zu sichern, haben die führenden ernährungsmedizinischen Fachgesellschaften – darunter DGEM, DAEM, BDEM, VDD und VDOE – neue Instrumente etabliert: die Plattform E-Zert, die qualifizierte Ernährungsfachkräfte auszeichnet, und die Initiative nutriZert, die ganze ernährungsmedizinische Einrichtungen zertifiziert. Beide Programme stehen für Transparenz, Interdisziplinarität und wissenschaftlich geprüfte Kompetenz.

Mangelernährung: ein übersehenes Risiko

Während auf der einen Seite falsche Trends dominieren, bleibt auf der anderen Seite ein lebensbedrohliches Problem oft unbeachtet: krankheitsbedingte Mangelernährung. In

Deutschland sind 20 bis 30 Prozent der Klinikpatientinnen und -patienten betroffen, ebenso viele Menschen in Pflegeeinrichtungen. Professor Dr. med. Matthias Pirlich, Vizepräsident der DGEM und niedergelassener Ernährungsmediziner in Berlin, betont: „Mangelernährung ist keine Randerscheinung, sondern eine stille Volkskrankheit. Sie verschlechtert die Prognose, erhöht die Sterblichkeit und verursacht Milliardenkosten für das Gesundheitssystem.“

Aktuelle Studien zeigen, dass ein strukturiertes Ernährungsmanagement die Kliniksterblichkeit um 27 Prozent senken kann. Würden alle Krankenhäuser in Deutschland Patientinnen und Patienten systematisch auf Mangelernährung screenen und ernährungstherapeutisch behandeln, könnten jährlich mehr als 50.000 Todesfälle vermieden und erhebliche Kosten gespart werden. Trotz dieser Evidenz verfügen nach aktuellen Schätzungen jedoch nur 10 bis 20 Prozent der Kliniken in Deutschland über qualifizierte Ernährungsteams.

DGEM fordert strukturelle Reformen

Die DGEM fordert, die Ernährungstherapie als verpflichtendes Strukturmerkmal in der Krankenhausreform zu verankern und die Finanzierung ernährungsmedizinischer Leistungen im ambulanten Bereich sicherzustellen. „Es ist paradox, dass wir wissen, wie wir Leben retten können, aber die Strukturen fehlen“, so Pirlich. „Ernährungsmedizinische Versorgung muss flächendeckend verfügbar und qualitätsgesichert sein.“ Dr. Bischoff ergänzt: „Mit E-Zert und nutriZert haben wir die Instrumente, um Qualität sichtbar zu machen. Jetzt ist es Aufgabe der Politik, diese Strukturen in der Regelversorgung zu verankern.“

Malnutrition Awareness Week 2025

Im Rahmen der europaweiten Malnutrition Awareness Week 2025 macht die DGEM gemeinsam mit ihren Partnerorganisationen auf die Bedeutung einer evidenzbasierten Ernährungsversorgung aufmerksam. Die Pressekonferenz der DGEM zur Aktionswoche findet am 11. November 2025 um 11.00 Uhr online statt. Dort thematisieren die Referierenden auch Mangelernährung im Alter und bei Diabetes und Überernährung.

Informationen zur Anmeldung und zu weiteren Veranstaltungen stehen unter www.mangelernaehrung-bekaempfen.de.

STATEMENT

Sektorübergreifend unterversorgt: krankheitsbedingte Mangelernährung im Fokus

Professor Dr. med. Matthias Pirlich, Vizepräsident der DGEM, niedergelassener Endokrinologe und Ernährungsmediziner in der Praxis an der Kaisereiche, Berlin

Krankheitsbedingte Mangelernährung betrifft in Deutschland 20 bis 30 Prozent aller Klinikpatientinnen und -patienten¹ und bis zu 23 Prozent der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner², vor allem Menschen mit chronischen und schweren Erkrankungen. Mangelernährung ist aber auch im ambulanten Bereich nicht selten. Die Häufigkeit wird in einer europäischen Studie bei Menschen über 65 Jahren mit 2,8 Prozent angegeben¹. In einer soeben publizierten Pilotstudie des nutritionDay-Projektes im ambulanten Bereich³ wurde in drei Berliner Allgemeinarztpraxen bei 5 Prozent der Patienten ein Untergewicht nach WHO und bei 13 Prozent ein unbeabsichtigter Gewichtsverlust beobachtet.

Wichtige Hinweise auf eine Mangelernährung sind: Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, niedriges Körpergewicht und Muskelschwäche. In der Folge kommt es zu einer Schwächung der Immunabwehr, was wiederum die Prognose der Patienten verschlechtert, unter anderem durch vermehrte Behandlungskomplikationen (Verdreifachung!) und Verlust von Selbstständigkeit und Lebensqualität.

Die Dauer der stationären Behandlung von mangelernährten Menschen ist um über 40 Prozent und die Sterblichkeit sogar um das mehr als Dreifache erhöht¹.

Gleichzeitig steigen auch die Behandlungskosten⁴. Legt man die aktuellen Behandlungszahlen in Deutschland zugrunde, so lassen sich die jährlichen Mehrkosten durch Mangelernährung allein im stationären Bereich auf 5,0 bis 8,6 Milliarden Euro schätzen, das entspricht ungefähr 4,1 bis 7,1 Prozent der Gesamtkosten der stationären Versorgung.

Die Entstehung von Mangelernährung lässt sich häufig nicht vermeiden, ihre Folgen sind aber behandelbar. Aktuelle Studien zeigen, dass eine individuell angepasste Ernährungstherapie die Kliniksterblichkeit bei Mangelernährung signifikant senkt (– 27Prozent)¹. Anhand der Daten des Nutrition Day² lässt sich schätzen, dass durch ein systematisches Ernährungsmanagement (Screening bei Klinikaufnahme, leitliniengerechte Behandlung während des Klinikaufenthaltes) über 50.000 Todesfälle von Klinikpatienten vermieden werden könnten.

Trotz des Mehraufwandes durch die Ernährungstherapie reduzieren sich die Gesamtbehandlungskosten dabei sogar deutlich, in einem Zeitraum von 6 Monaten um

2 600 Euro pro Behandlungsfall⁶ oder – bezogen auf das gesamte deutsche Gesundheitswesen – um 7 bis 9 Milliarden Euro pro Jahr. Die Kostenersparnis resultiert vor allem aus einer niedrigeren Infektionsrate und der geringeren ungeplanten Wiederaufnahme (Drehtüreffekt) ins Krankenhaus (um –24 Prozent).

Mangelernährung wird häufig übersehen oder nicht behandelt. Wesentliche Gründe dafür sind eine unzureichende Vergütung von ernährungsmedizinischen Maßnahmen im derzeitigen DRG-Abrechnungssystem und daraus resultierende Strukturdefizite.

Während in stationären Pflegeeinrichtungen die Erfassung des Ernährungszustandes verpflichtend und gut etabliert ist, gibt es keine verbindlichen Regelungen im stationären oder ambulanten Bereich.

Eine aktuelle Befragung unter Kliniken in Baden-Württemberg zeigt zum Beispiel, dass nur 12 Prozent der teilnehmenden Kliniken über ein Ernährungsteam verfügen, das von einem/r Ernährungsmediziner/in geleitet wird⁷. Eine deutschlandweite Erhebung zeigte, dass nur in 41 Prozent der teilnehmenden Kliniken ein Screening auf Mangelernährung durchgeführt wird. Da erfahrungsgemäß an freiwilligen Befragungen vor allem motivierte und an der Thematik interessierte Einrichtungen teilnehmen, ist davon auszugehen, dass in den meisten deutschen Krankenhäusern eine systematische Erfassung und Behandlung von Mangelernährung nicht durchgeführt wird.

In stationären Pflegeeinrichtungen hingegen ist die Erfassung des Ernährungszustandes verpflichtend und gut etabliert.

Im ambulanten Bereich gibt es ähnliche Strukturdefizite: Ernährungsmedizinische Leistungen sind für Hausärzte nicht abrechenbar, und die Kosten für eine Ernährungsberatung werden in der Regel von den Krankenversicherungen nicht voll vergütet. Ein Screening auf Mangelernährung findet auch in Risikogruppen derzeit in keinem nennenswerten Umfang statt.

Eine weitere Hürde sind die veralteten Diagnose-Kriterien für Mangelernährung im ICD-10-GM (deutsche Version der Klassifikation von Krankheiten), die oft dazu führen, dass Kosten für die Behandlung von mangelernährten Menschen nicht übernommen werden.

Ein breites Bündnis von 25 medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland, die mehr als 120.000 organisierte Ärztinnen und Ärzte repräsentieren, hat in einer Stellungnahme zur Krankenhausreform gefordert, ein verpflichtendes Screening auf Mangelernährung und eine leitliniengerechte Ernährungstherapie in der klinischen Behandlung gesetzlich zu verankern und zu vergüten⁹.

Die DGEM fordert darüber hinaus die volle Vergütung von Ernährungsberatung durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen und für in der Ernährungsmedizin qualifizierte Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, spezifische ernährungsmedizinische Leistungen im ambulanten Bereich abrechnen zu können.

Quellen:

¹Pirlich M. Krankheitsbedingte Mangelernährung: Neue Perspektiven für ein ungelöstes Problem. Nutrition News 2025; 22(1/25): 1-5.

²Volkert D, Weber J, Kiesswetter E et al. Ernährungssituation in Krankenhäusern und Pflegeheimen – Auswertung der nutritionDay-Daten für Deutschland. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): 14. DGE-Ernährungsbericht. Bonn (2020), pp. 199-258.

³Diercks-Frank M ... Pirlich M. Prevalence of malnutrition risk factors and gastrointestinal symptoms in primary care: a nutritionDay pilot study. Clin Nutrition ESPEN 2025, Nov 1: 2405-4577(25)02985-7. doi: 10.1016/j.clnesp.2025.10.027. Online ahead of print.

⁴Curtis LJ et al. Costs of hospital malnutrition. Clin Nutrition. 2017; 36(5): 1391-1396.

⁵Gomes F et al. Association of nutritional support with clinical outcomes among medical inpatients who are malnourished or at nutritional risk. JAMA Netw open 2019.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6902795/>

⁶Schuetz P et al. Cost savings associated with nutritional support in medical inpatients: an economic model based on data from a systematic review of randomized trials. BMJ Open 2021.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8273448/pdf/bmjopen-2020-046402.pdf>

⁷Adolph M et al. Flächendeckende Ernährungstherapie – Wunsch oder Wirklichkeit? Eine fragebogengestützte Querschnittsstudie zur ernährungstherapeutischen Versorgung in baden-württembergischen Krankenhäusern. Z Evid Forbild Qual Gesundheitswesen 2024; 185: 17-26.

⁸Rau M et al. Ernährungsmedizinische Versorgung an deutschen Krankenhäusern – Ergebnisse einer Umfrage unter Ärzten. Z Gastroenterologie 2024; 62(12): 2029-2038.

⁹Ernährungsmedizin im Krankenhaus stärken: Vorschläge für eine Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität. Aktuelle Ernährungsmedizin 2023; 48(3): 171-173.
https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Stellungnahmen/LO_Stellungnahme_Klinikreform_fi nal_end_23_04_17.pdf

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, November 2025

STATEMENT

Wildwuchs in der Ernährungstherapie: neue Instrumente der Qualitätssicherung

Dr. med. Gert Bischoff, Präsident der DGEM, Leitender Arzt am „Zentrum für Ernährungsmedizin und Prävention – ZEP“, Department Innere Medizin I am Krankenhaus Barmherzige Brüder München

Die Themen Ernährung und Ernährungsmedizin sind in den letzten Jahren erfreulicherweise zunehmend präsent geworden und immer mehr in den Fokus von Medien, Fachwelt und Gesellschaft gerückt. Es wird immer besser verstanden, wie wichtig Ernährung und Lebensführung für ein langes und gesundes Leben und auch für die Behandlung zahlreicher Erkrankungen sind.

Als negative Folge dieses Interesses sind die Welt, Social Media und das Internet jedoch inzwischen voll von selbst ernannten Ernährungsexperten und -Coaches. Häufig werden auf bunten Seiten große und meist nicht erfüllbare Heilsversprechen geleistet. Für die Verbraucherinnen und Verbraucher und die Patientinnen und Patienten ist es meist unmöglich zu bewerten, ob es sich hierbei um seriöse und professionelle Angebote oder um unqualifizierte Falschinformation oder gar Betrug handelt.

Um hier Abhilfe zu schaffen, haben die maßgeblichen ernährungsmedizinischen und ernährungstherapeutischen Fachverbände (DGEM, DAEM, BDEM, VDD und VDOE) neue Instrumente der Qualitätssicherung entwickelt und etabliert.

Im Bereich der Ernährungsmedizin wurde im Jahr 2020 die Zusatzbezeichnung „Ernährungsmedizin“ eingeführt. Sie bietet für Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, sich in diesem Bereich strukturiert weiterzubilden und diese spezielle Qualifikation dann als von den Ärztekammern qualitätskontrollierte Bezeichnung nach außen sichtbar zu machen.

Analog hierzu haben die Ernährungsfachkräfte verschiedene Zertifikate entwickelt, um hochqualifizierte und seriöse Ernährungstherapie sichtbar und auffindbar zu machen. Die Plattform „E-Zert“ ist hierfür ein gutes Beispiel. Qualifizierte Ernährungsfachkräfte können hier ihre Qualifikationen, Fort- und Weiterbildungen hochladen. Nach Erfüllung aller Kriterien erhalten sie dann das „E-Zert“-Zertifikat und werden auf der Plattform gelistet und dargestellt. Patientinnen und Patienten haben somit die Sicherheit, dass es sich hierbei um geprüfte, seriöse Angebote handelt.

Als konsequente Fortsetzung dieser Entwicklung haben DGEM und DAEM (in Kooperation mit BDEM, VDD und VDOE) im Jahr 2024 „nutriZert“ gegründet. Hierbei handelt es sich

um eine Institution, die unabhängig und transparent die Qualifikationen von ernährungsmedizinischen Einrichtungen wie Kliniken, Klinikabteilungen und Praxen zertifiziert. Es geht hier also nicht nur um die Qualifikation einzelner Personen, sondern zusätzlich um das gesamte ernährungsmedizinische und ernährungstherapeutische Team und um dessen Zusammenspiel, dessen Prozesse und die Interdisziplinarität.

Patientinnen und Patienten wissen also, dass – wenn sie eine nutriZert-zertifizierte Einrichtung aufsuchen – sie von einem hochqualifizierten, ganzheitlich arbeitenden, interdisziplinären Ernährungsteam nach dem neusten Stand der Wissenschaft betreut werden. Auf der Suche nach ernährungsmedizinischer und -therapeutischer Hilfe sollte also nicht mehr „gegoogelt“, sondern „genutriZertet“ und „ge-E-zertet“ werden.

(<https://e-zert.de/> und <https://www.nutrizert.de/>)

Die Interdisziplinarität ist ein zentrales Qualitätsmerkmal von Ernährungsmedizin und -therapie. Nur im Zusammenspiel zwischen Ernährungsmedizin, Ernährungsfachkräften, Pflege, Psychologie, Bewegungstherapie und mitunter anderer Professionen ist eine sinnvolle Behandlung und Prävention möglich.

Zahlreiche Studien der letzten Jahre zeigen, dass Ernährungsmedizin und -therapie die Lebensqualität verbessern und auch zahlreiche Leben retten kann. Nimmt man beispielsweise die Daten der EFFORT-Studie (<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-0972-6958>) und überträgt die Ergebnisse auf Deutschland, so zeigt sich, dass durch eine adäquate ernährungsmedizinische Betreuung jährlich mehr als 50.000 Todesfälle in deutschen Krankenhäusern zu verhindern wären – bei einer gleichzeitigen Kosteneinsparung von mehr als 5 Milliarden Euro pro Jahr.

Dies wäre leicht umsetzbar, wenn jedes deutsche Krankenhaus ein qualitätskontrolliertes Ernährungsteam bestehend aus Ernährungsmedizinerinnen und Ernährungsmedizinern und Ernährungsfachkräften hätte. Nach aktuellen Erhebungen verfügen jedoch nur etwa zwischen 10 und 20 Prozent der deutschen Krankenhäuser über ein solches Team, sodass hier eine gewaltige Versorgungslücke klafft, welche vielen Tausend Patienten jedes Jahr das Leben kostet und gleichzeitig die Behandlungskosten in die Höhe treibt.

Was ist nun also nötig, um Versorgungslücken im System zu schließen, und was muss somit gefordert werden:

- Es müssen gesicherte, evidenzbasierte, wissenschaftliche Empfehlungen zu ernährungsmedizinischen Behandlungen vorliegen → Dies garantiert die DGEM

in Zusammenarbeit mit weiteren wissenschaftlichen Fachgesellschaften bereits kontinuierlich seit mehreren Jahrzehnten.

- Es müssen flächendeckend in Deutschland qualifizierte Ernährungsmedizinerinnen und Ernährungsmediziner und Ernährungsfachkräfte zur Verfügung stehen → Dies haben die oben genannten Verbände über die letzten Jahrzehnte aufgebaut und sichergestellt. Durch die genannten Qualitätssicherungsmaßnahmen kann zudem garantiert werden, dass der hohe Standard dauerhaft gewährleistet ist.
- Jedes deutsche Krankenhaus braucht ein Ernährungsteam → Wie oben dargestellt, bestehen die wissenschaftlichen Grundlagen und es stehen genügend qualifizierte Fachkräfte zur Verfügung – es fehlt jedoch die Finanzierung für die Krankenhäuser. Wir fordern daher, dass als verpflichtendes Strukturmerkmal für alle deutschen Krankenhäuser ein Ernährungsteam in die anstehende Krankenhausreform aufgenommen und finanziert wird.
- Wir brauchen flächendeckend in Deutschland eine qualifizierte ernährungsmedizinische und ernährungstherapeutische ambulante Versorgung → Wie oben dargestellt, bestehen die wissenschaftlichen Grundlagen und es stehen genügend qualifizierte Fachkräfte zur Verfügung – es fehlt jedoch die entsprechende Finanzierung durch die Kostenträger. Wir fordern deshalb eine adäquate Vergütung dieser Leistungen im ambulanten Sektor.

Diese Maßnahmen verbessern Lebensqualität, retten Leben und sparen dem deutschen Gesundheitssystem jährlich Milliarden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

München, November 2025

STATEMENT

Zu alt für gute Ernährung? Mangelernährung im Alter

Professor Dr. med. Jürgen Bauer, 2. Vizepräsident der DGEM, Ärztlicher Direktor
Geriatrisches Zentrum der Universitätsklinik Heidelberg

Eine der größten gesellschaftlichen Herausforderungen stellt die gegenwärtige demografische Entwicklung mit einer deutlichen Zunahme des prozentualen Anteils älterer Personen an der Bevölkerung dar. Mit steigendem Alter kommt es regelhaft zu einer Abnahme der körperlichen Reserven und einer erhöhten Vulnerabilität. Dieser Umstand prädisponiert ältere Menschen für einen Verlust von Selbstständigkeit und das Auftreten von Pflegebedürftigkeit. Vor diesem Hintergrund kommt der Ernährung des älteren Menschen und dabei insbesondere der Vermeidung von Mangelernährung eine enorme Bedeutung zu. So bedingt Mangelernährung einen beschleunigten Abbau des alternden Muskels. Sie ist neben Immobilisation der wesentliche Auslöser für die Entstehung der Sarkopenie, unter welcher man den fortgeschrittenen Verlust an Muskelmasse und Muskelkraft versteht. In der Folge ist eine deutliche Erhöhung des Risikos für Stürze und Frakturen sowie für eine Pflegeheimaufnahme zu beobachten. Mangelernährung hat zahlreiche weitere bedrohliche Folgen für den älteren Menschen. Sie schwächt das Immunsystem und beeinträchtigt die Wundheilung. So weisen mangelernährte Krankenhauspatienten eine um das Dreifache erhöhte Mortalität auf¹. Die Vermeidung von Mangelernährung kann daher einen wesentlichen Beitrag zum Erhalt von Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter leisten.

Die Ursachen einer Mangelernährung im Alter sind vielfältig. Bei vielen älteren Menschen ist im höheren Alter ein zunehmend labiles Appetitverhalten zu beobachten. Hier übt zum Beispiel eine Polypharmazie, das heißt die parallele Einnahme zahlreicher Medikamente, einen nachteiligen Einfluss aus. Jedoch können auch viele Akuterkrankungen, wie Lungenentzündungen oder Harnwegsinfekte, aber auch eine Herzschwäche eine nachhaltige Appetitstörung begünstigen. Daher sind in besonderer Weise ältere Krankenhauspatienten durch eine Mangelernährung und die daraus resultierenden Folgen gefährdet. Die Häufigkeit der Mangelernährung liegt im Krankenhaus bei Patienten über 70 Jahren je nach Fachabteilung bei 20 bis 30 Prozent. Im Zusammenwirken aus Mangelernährung, Immobilisation und entzündlicher Akuterkrankungen ergibt sich ein dramatischer kataboler Effekt, welcher beim älteren Patienten einen Muskelmassenverlust von bis zu 1 Kilogramm in 3 Tagen hervorrufen kann. Dem Auftreten einer Pflegebedürftigkeit nach einem Krankenhausaufenthalt liegt daher sehr häufig dieser Entstehungsmechanismus zugrunde.

Im ambulanten Bereich wird die Häufigkeit der Mangelernährung bei älteren Menschen, die noch selbstständig leben, mit etwa 4 bis 6 Prozent angegeben, während sie in Pflegeheimen im Mittel etwa 20 Prozent beträgt. Das diesbezügliche Ursachenspektrum unterscheidet sich von dem der stationären Patienten. Das Vorliegen einer Depression stellt in dieser Bevölkerungsgruppe eine der wichtigsten Ursachen dar. Ebenso sind Schluckstörungen, wie sie nach Schlaganfall, bei einer Parkinsonerkrankung oder auch bei Demenz beobachtet werden, von besonderer Bedeutung. Bei vielen älteren Menschen treten mehrere ursächliche Faktoren für eine Mangelernährung gleichzeitig auf. In größeren Analysen verteilen sich die wichtigsten ursächlichen Faktoren wie folgt: 10 bis 15 Prozent neuro-psychiatrische Faktoren, 10 bis 15 Prozent Medikation, 20 bis 30 Prozent Appetitstörung, 5 bis 10 Prozent als Folge einer Behinderung und 15 bis 25 Prozent aufgrund sozioökonomischer Faktoren^{2, 3}. Mit Blick auf die Letzteren ist auf die drohende Zunahme der Altersarmut zu achten, welche in einem relevanten Umfang das Auftreten einer Mangelernährung begünstigt.

Um die negativen Folgen auf die Funktionalität älterer Menschen zu verhindern, sollte hinsichtlich der Folgen einer Mangelernährung das Problembewusstsein sowohl bei den Betroffenen als auch bei den sie versorgenden Angehörigen noch verbessert werden. Eine Gewichtsabnahme bedarf auch im Alter immer einer medizinischen Abklärung und sie darf nicht als natürliches Alterungsphänomen missverstanden werden. Insbesondere eine frühzeitige Erkennung einer Mangelernährung kann die oben beschriebenen negativen Folgen für ältere Menschen verhindern. Dies muss geschehen, bevor sich der Teufelskreis aus Appetitstörung, Gewichtsabnahme und Muskelschwäche verstetigt hat. Ein routinemäßiges Screenen im Krankenhaus und eine zumindest jährliche Beurteilung des Gewichtsverlaufs im ambulanten Bereich stellen in diesem Zusammenhang effektive Maßnahmen dar, die eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein sollten. Um die systematische Durchführung des Screenings zu sichern, bedarf es jedoch einer Honorierung der entsprechenden Maßnahmen im Gesundheitssystem, anderenfalls wird keine Umsetzung dieses aufgrund der Vermeidung von Komplikationen an sich kostensparenden Vorgehens erfolgen. An ein auffälliges Screening muss sich eine profunde Ursachensuche anschließen. Deren Ergebnisse gehen anschließend in das anzuwendende Behandlungskonzept ein, welches gleichzeitig die Behebung kausaler Faktoren, zum Beispiel Modifikation der Pharmakotherapie oder die Behandlung einer Depression, sowie ernährungstherapeutische Maßnahmen umfasst. Der Erfolg eines individualisierten Ernährungskonzeptes für ältere Krankenhauspatienten wurde unlängst eindrucksvoll belegt⁴. Dabei ist man nie zu alt, um von diesem oben skizzierten Vorgehen hinsichtlich des Erhalts von Selbstständigkeit und Lebensqualität zu profitieren. In Anbetracht der für die nächsten Jahre projizierten deutlichen Zunahme der Zahl älterer Menschen jenseits des 80. Lebensjahres hat diese Aussage ein besonderes Gewicht.

Quellen:

¹Mori N, Maeda K, Fujimoto Y, et al. Clin Nutr. 2023 Feb;42(2):166-172.

² Dent E et al. Lancet. 2023 Mar 18;401(10380):951-966.

³ Volkert D et al. Gerontol Geriatr Med. 2019 Jun 21;5:2333721419858438.

⁴ Schuetz P et al. Lancet. 2019 Jun 8;393(10188):2312-2321.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Heidelberg, November 2025

STATEMENT

Diabetes mellitus und Überernährung: unterschätzte Risikofaktoren für Nährstoffmangel

Professorin Dr. Julia Szendrödi, Präsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft, Ärztliche Direktorin, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie, Universitätsklinik Heidelberg

Mangelernährung ist kein Randphänomen und betrifft nicht nur untergewichtige Menschen – auch Patientinnen und Patienten mit Adipositas oder Typ-2-Diabetes können mangelernährt sein. Trotz ausreichender oder sogar erhöhter Kalorienzufuhr finden sich in dieser Patientengruppe häufig Defizite an essenziellen Mikronährstoffen wie Vitamin D, Zink, Eisen oder Vitamin C, die Immunabwehr, Wundheilung und Muskelfunktion beeinträchtigen können. Besonders relevant ist das Risiko einer sarkopenen Adipositas – einem Zustand aus Muskelabbau bei gleichzeitigem Fettzuwachs, der die Insulinresistenz verschärft, den Therapieerfolg mindert und das Risiko für Frailty, Stürze und Frakturen erhöht. Menschen mit Diabetes tragen zudem ein deutlich erhöhtes Risiko für Osteoporose und Frakturen, das durch Mangelernährung und Bewegungsmangel weiter zunimmt.

Eine wesentliche Ursache dieser paradoxen Form der Mangelernährung liegt in krankheitsbedingten Stoffwechselveränderungen, einer durch Polypharmazie beeinträchtigten Nährstoffaufnahme und unzureichender Ernährungskompetenz im Versorgungssystem. Besonders gefährdet sind ältere und multimorbide Menschen sowie stationäre Patientinnen und Patienten, bei denen eine verminderte Nahrungsaufnahme und eine katabole Stoffwechsellage häufig zusammentreffen.

Aktuelle Daten zeigen, dass 20 bis 30 Prozent aller Klinikpatientinnen und -patienten mangelernährt sind. Die Folgen sind schwerwiegend: verlängerte Liegezeiten, erhöhte Re-Hospitalisierungsraten und eine bis zu dreifach gesteigerte Sterblichkeit. Gleichzeitig entstehen dem Gesundheitssystem jährliche Mehrkosten von bis zu 8,6 Milliarden Euro, während eine frühzeitige Ernährungstherapie klinische Outcomes verbessert und Kosten reduziert. Studien wie EFFORT und NOURISH belegen, dass gezielte Ernährungstherapie die Mortalität stationärer Patientinnen und Patienten um bis zu 50 Prozent senken kann (Schuetz et al., Lancet 2019, doi: 10.1016/S0140-6736(18)32776-4; Deutz et al., Clin Nutr 2016, doi: 10.1016/j.clnu.2015.12.010).

Die Ernährungstherapie ist damit eine wirksame, kosteneffiziente und menschenwürdige Intervention – und zugleich eine Frage des Menschenrechts auf adäquate Ernährungsfürsorge. Neben strukturell verankerten Screening-Programmen (zum Beispiel NRS 2002), interprofessionellen Ernährungsteams und einer angemessenen Vergütung

ernährungsmedizinischer Leistungen ist auch gezieltes Muskeltraining entscheidend, um Muskelmasse und -funktion zu erhalten und den Therapieerfolg zu sichern.

Am Universitätsklinikum Heidelberg arbeiten wir gemeinsam mit anderen Unikliniken im Rahmen des NUM Ernährungsmedizin daran, die Prävalenz und Versorgung von Mangelernährung bundesweit zu erfassen, Versorgungsstrukturen zu verbessern und digitale Erfassungssysteme zu etablieren. Ernährung und Bewegung sind zentrale Bestandteile einer modernen, patientenzentrierten Medizin – und sollten in jedem Versorgungspfad mitgedacht werden.

Die Ernährungsstrategie der Bundesregierung unterstreicht, dass eine ausreichende Nährstoffversorgung, gesundes Altern und sozial gerechter Zugang zu Ernährung öffentliche Aufgaben sind. Dazu gehören verbindliche Qualitätsstandards in Kliniken, Schulen und Pflegeeinrichtungen, Stärkung ernährungsmedizinischer Kompetenz sowie Förderung bewegungsaktiver Lebenswelten.

Nur wenn wir Mangelernährung systematisch erkennen, interdisziplinär behandeln und Bewegung als Teil der Therapie begreifen, können wir die Lebensqualität, Selbstständigkeit und Prognose unserer Patientinnen und Patienten nachhaltig verbessern – und zugleich einen Beitrag zu einer gerechten und nachhaltigen Gesundheits- und Ernährungspolitik leisten.

Quellen:

1. Deutz, Nicolaas E., et al.: Reduced mortality risk in malnourished hospitalized older adult patients with COPD treated with a specialized oral nutritional supplement: Sub-group analysis of the NOURISH study. Clinical Nutrition, Volume 40, Issue 3, 1388–1395.
[https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(20\)30447-7/abstract](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(20)30447-7/abstract)
2. <https://www.bmleh.de/DE/themen/ernaehrung/ernaehrungsstrategie/ernaehrungsstrategie.html>
3. https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Stellungnahmen/LO_Stellungnahme_Klinikreform_final_end-1-23_05_12.pdf
4. Schuetz, Philipp, et al.: Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. The Lancet, Volume 393, Issue 10188, 2312–2321.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32776-4/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32776-4/abstract)

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Heidelberg, November 2025

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) ist die medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft für Ernährungsmedizin in Deutschland. Sie ist eine multidisziplinäre Vereinigung aller Berufsgruppen, die sich mit Ernährungsmedizin befassen. Die Gesellschaft vereint mehr als 3 000 Ärztinnen und Ärzte sowie Ernährungs- und Pflegefachkräfte und Apothekerinnen und Apotheker – Expertinnen und Experten sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die ernährungsmedizinisch forschen, lehren, behandeln und beraten.

Die DGEM fördert Wissenschaft, Praxis und Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Ernährungsmedizin und Stoffwechselforschung. Regelmäßig veranstaltet sie Fortbildungskurse und Kongresse, um Kenntnisse und Erfahrungen nutzbar zu machen und den interdisziplinären Austausch zu anderen in- und ausländischen Institutionen, die auf diesem Gebiet arbeiten, aufzunehmen und zu vertiefen. Sie schreibt Stipendien und Forschungsgelder für die Grundlagenforschung und die klinisch angewandte Forschung aus.

Die Malnutrition Awareness Week

Mangelernährung bekämpfen – eine gemeinsame Herausforderung

Zwischen 20 und 60 Prozent aller Patientinnen und Patienten sind bereits bei ihrer Aufnahme in die Klinik von einer krankheitsbedingten Mangelernährung betroffen. Oftmals verschlechtert sich der Ernährungszustand während des Aufenthalts sogar noch weiter. Dies hat negative Folgen für den Verlauf der Erkrankung und kann den Heilungsprozess stark beeinträchtigen. Jede Patientin und jeder Patient muss sich darauf verlassen können, dass ein Ernährungsrisiko in der Klinik frühzeitig erkannt und bei Bedarf mit einer strukturierten Ernährungstherapie behandelt wird.

Um politische Entscheidungsträgerinnen und -träger, Expertinnen und Experten verschiedener Fachbereiche und Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige für dieses gesamtgesellschaftlich wichtige Thema zu sensibilisieren und den Forderungen Nachdruck zu verleihen, findet in der Woche vom 10. bis 14. November 2025 die 3. Malnutrition Awareness Week (MAW) in Deutschland statt.



Seit 2023 ist die DGEM Initiatorin der deutschen Malnutrition Awareness Week. Gemeinsam mit 10 Partnerorganisationen richtet die DGEM e.V. auch in diesem Jahr die Aktionswoche aus:

- Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE)
- Bundesverband Deutscher Ernährungsmedizinerinnen und Ernährungsmediziner e.V. (BDEM)
- Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V. (DAEM)
- Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG)
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)
- Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS)
- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG)
- Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG)
- Nierenkrebs-Netzwerk Deutschland e.V.
- Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)

Mangelernährung gemeinsam
bekämpfen!
#MAW2025



MALNUTRITION AWARENESS WEEK

Programm

Malnutrition Awareness Week 2025

„Mangelernährung gemeinsam bekämpfen –
Sektorenübergreifende Versorgung“

10. – 14. November 2025

Veranstaltet durch: In Kooperation mit:



Hintergrund

Mangelernährung ist nicht nur ein Problem in den von Katastrophen geprägten Regionen der Welt, sondern tritt häufig auch krankheitsbedingt auf. Etwa 20 – 30 % aller Klinikpatient:innen sind betroffen, vor allem Menschen mit chronischen und gravierenden Erkrankungen sowie im höheren Lebensalter. Mangelernährung vermindert die Lebensqualität und erhöht die Komplikationsrate. Die Sterblichkeit während einer Klinikbehandlung ist um das zwei- bis dreifache erhöht.

Die jährlichen Mehrkosten durch Mangelernährung für das deutsche Gesundheitssystem werden allein im stationären Bereich auf 5 – 8,6 Milliarden Euro geschätzt.

Ernährungstherapeutische Maßnahmen sind dagegen vergleichsweise einfach, verbessern die Prognose und reduzieren die Behandlungskosten. Aktuelle Metaanalysen zeigen, dass ein systematisches Ernährungsmanagement die Kliniksterblichkeit um 27 % und die Wiederaufnahme in die Klinik nach Entlassung um 24 % senken kann.

Fakt ist: Mangelernährung wird häufig übersehen oder nicht angemessen behandelt. Gründe dafür sind mangelnde Kenntnisse in medizinischen Fachberufen und eine unzureichende Vergütung von ernährungsmedizinischen Maßnahmen. Dadurch lassen wir eine besonders verletzbare Gruppe der Bevölkerung in einem lebenswichtigen Aspekt unversorgt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit den Qualitätsverträgen „Diagnostik, Therapie und Prävention der Mangelernährung“ die Relevanz der Thematik gewürdigt und damit eine modellhafte Möglichkeit der Finanzierung eines Ernährungsmanagements geschaffen.

Es ist höchste Zeit, die nächsten Schritte zu gehen und Strukturen zur besseren Behandlung der krankheitsbedingten Mangelernährung zu verstetigen. Wir laden Sie herzlich dazu ein, sich an der Malnutrition Awareness Week aktiv zu beteiligen, die 2025 zum dritten Mal in Deutschland stattfindet.

Ernährungsfürsorge ist ein Menschenrecht!

*Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. in Kooperation mit:
BDEM e.V., DAEM e.V., DDG e.V., DGG e.V., DKG e.V., VDD e.V., VDOE e.V., DGVS e.V.,
DGE e.V. und Nierenkrebs-Netzwerk Deutschland e.V.*

Ein besonderer Dank gilt unserem Sponsor Diätverband e.V.

Vorläufige Programmübersicht

10. November
Expert:innentag

WEBINAR, 18:00 - 20:00 UHR
„Mangelernährung gemeinsam bekämpfen – Praxis trifft Evidenz“

11. November
Politiktag

PRESSEKONFERENZ, 11:00 - 12:00
„Mangelernährung im Überfluss:
Herausforderungen für Medizin, Prävention und Versorgung“

12. November
Patient:innentag

VOR-ORT-AKTIVITÄTEN
Aktionen in Kliniken, Rehas und Pflegeeinrichtungen rund
ums Thema Mangelernährung

13. November
nutritionDay

WEBINAR, 18:00 - 20:00 UHR
„Qualitätsvertrag Mangelernährung: Von der politischen Idee
zur Regelversorgung“

**ZUR TEILNAHME AM DEUTSCHLANDWEITEN nutritionDay
WIRD EINGELADEN.**

Informationen dazu unter: <https://www.nutritionday.org/de/>

14. November
Nachwuchstag

WEBINAR, 16:00 - 18:00 UHR
„Interdisziplinär gegen Mangelernährung - Der Behandlungspfad
aus Sicht junger Fachkräfte“

Webinar

Thema: „Mangelernährung gemeinsam bekämpfen –
Praxis trifft Evidenz“



10. November 2025



18:00 - 20:00 Uhr



online & kostenfrei



zur [Registrierung](#)

Programm

Moderation: Iris Flöhrmann und Dr. med. Gert Bischoff

18:00 Uhr

Eröffnung und Einführung der MAW

Prof. Dr. med. Matthias Pirlich

18:10 Uhr

Überernährung als Risikofaktor für Mangelernährung

Prof. Dr. med. Julia Szendrödi

18:45 Uhr

S3-Leitlinie „Klinische Ernährung in der Onkologie“

Dr. med. Jann Arends

19:20 Uhr

**S3-Leitlinie „Klinische Ernährung und
Hydrierung im Alter“**

Prof. Dr. rer. nat. Dorothee Volkert

Pressekonferenz

Titel: „Mangelernährung im Überfluss: Herausforderungen für Medizin, Prävention und Versorgung“



11. November 2025



11:00 - 12:00 Uhr



online



[zur Registrierung](#)

Inhalt

Etwa die Hälfte aller geriatrischen Patientinnen und Patienten ist bei Aufnahme in die Klinik bereits mangelernährt oder von einem erhöhten Ernährungsrisiko betroffen. Die Folgen sind gravierend: Der Heilungsprozess verlangsamt sich, Komplikationen nehmen zu und die Aufenthaltsdauer verlängert sich erheblich.

Doch Mangelernährung betrifft nicht nur die stationäre Versorgung: Auch in Pflegeeinrichtungen, bei der ambulanten Betreuung und im häuslichen Umfeld ist sie ein ernstzunehmendes und häufig unterschätztes Gesundheitsproblem. Dabei könnte eine gezielte Ernährungstherapie entscheidend dazu beitragen, Heilungsprozesse zu beschleunigen, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern und Krankenhausaufenthalte zu verkürzen. Doch vielerorts fehlen verbindliche Screening-Verfahren, strukturierte Ernährungsprogramme und eine ausreichende Finanzierung der Ernährungstherapie.

Bei der Pressekonferenz diskutieren Expertinnen und Experten neben der Mangelernährung im Alter auch weitere Risikofaktoren wie Überernährung und Diabetes mellitus. Zudem werden Instrumente der Qualitätssicherung für Angebote in der Ernährungstherapie vorgestellt.

Politiktag

11.11.

Parlamentarisches Frühstück

Titel: „Vom politischen Schwergewicht zur Traumfigur – von Ernährung im Parlament zu systemischen Fragen im Gesundheitswesen“

Inhalt

Eine gesunde Ernährung ist im politischen Alltag häufig ein Gesprächsthema – sei es zwischen Sitzungen, auf langen Plenartagen oder unterwegs im Wahlkreis. Was dabei leicht vergessen wird: Auch in der medizinischen Versorgung spielt Ernährung eine zentrale Rolle. Und doch ist die Ernährungsmedizin in unserem Gesundheitssystem bislang kaum systematisch verankert.

Im Rahmen des Politiktags der MAW findet am 12.11.2025 ein parlamentarisches Frühstück unter der **Schirmherrschaft von Dr. Stephan Pilsinger MdB** im Jakob-Kaiser-Haus in Berlin statt.

Mit fachlichen Impulsvorträgen von **Monika Bischoff** sowie von **Prof. Dr. Matthias Pirlich** möchten wir auf diese Problematik aufmerksam machen. Gemeinsam möchten wir darüber sprechen, wie wir im Rahmen der stationären Versorgung bessere Voraussetzungen für die frühzeitige Erkennung und Behandlung von krankheitsbedingter Mangelernährung schaffen können – zum Schutz der vulnerabelsten Patientengruppen und zur Stärkung einer qualitätsorientierten und kosteneffizienten Versorgung.

Das Gesundheitsgespräch



05. November 2025



10:05 - 11:00 Uhr



Radio Bayern 2



[zur Mediathek](#)

Bayern 2 - Das Gesundheitsgespräch

Am **Mittwoch, 05.11.2025, von 10:05 bis 11:00 Uhr** beantworten Dr. Gert Bischoff und Monika Bischoff in der Radiosendung "Bayern 2 - Das Gesundheitsgespräch" Ihre Fragen Rund um das Thema Mangelernährung.

Sie können sie uns Ihre Fragen gerne vorab per Sprachnachricht oder per Email schicken oder direkt in der Sendung anrufen.

- WhatsApp oder Signal: 0151/72202207
- Mail: gesundheitsgesprach@br.de
- Rufen Sie kostenfrei in der Sendung an: 0800/246 246 9

12.11. Patient:innentag

Vor-Ort-Aktionen Patient:innentag

Am **Patient:innenentag** sind interessierte Krankenhäuser, Reha-Kliniken, Pflegeeinrichtungen etc. eingeladen, mit selbstorganisierten Vor-Ort-Aktionen an der Malnutrition Awareness Week teilzunehmen.

Angeboten werden könnten z. B.:

- Verkostung von hochkalorischen Snacks
- BIA- und Gewichtsmessungen
- Vorträge zum Thema Mangelernährung
- Auslegung von Informationsmaterialien
- und vieles mehr

Das MAW-Team unterstützt die Einrichtungen mit kostenfreien Medienpaketen, die auf der Website www.mangelernahrung-bekaempfen.de in gedruckter Form bestellt werden können.

Die Medien stehen dort außerdem als Download zur Verfügung:



Ihre Institution nutzt Social Media? Dann berichten Sie gerne unter Verwendung des Hashtags **#MAW2025** von Ihrem Patient:innentag!

nutritionDay



13. November 2025



ganztägig



deutschlandweit

Der jährliche, weltweite **nutritionDay** (nDay) soll das Wissen und das Bewusstsein für Mangelernährung in Gesundheitseinrichtungen stärken und die Qualität der Ernährungsversorgung insgesamt verbessern. Dafür braucht es vergleichbare Daten.

Am nDay sind Krankenhausstationen und Pflegeheime eingeladen, auf der ganzen Welt an einer eintägigen Querschnitterhebung teilzunehmen. Seit 2023 können auch ambulante Praxen und Einrichtungen/ Ernährungsberatungspraxen am nDay Primary Care teilnehmen.

Erhebungsbögen in verschiedenen Sprachen und weitere Informationen zum nDay finden Sie unter www.nutritionday.org/de

nutritionDay

13.11.

Webinar

Thema: „Qualitätsvertrag Mangelernährung: Von der politischen Idee zur Regelversorgung“



13. November 2025



18:00 - 20:00 Uhr



online & kostenfrei



[zur Registrierung](#)

Programm

Moderation:

PD Dr. med. Michael Adolph und
Prof. Dr. rer. med. Lars Selig.

18:00 Uhr

Qualitätsverträge Mangelernährung aus Sicht der Krankenkassen

David Falaschi

18:30 Uhr

Die Sicht des Kliniklers: Erste Erfahrungen und typische Stolpersteine

Dr. med. Gert Bischoff

19:00 Uhr

Qualitätsverträge – Die Rolle des IQTIG

Markus Anders

19:30 Uhr

Diskussion und Fragen

Webinar

Thema: „Interdisziplinär gegen Mangelernährung - Der Behandlungspfad aus Sicht junger Fachkräfte“



14. November 2025



16:00 - 18:00 Uhr



online & kostenfrei



[zur Registrierung](#)

Programm

Moderation: N.N.

16:00

Blick der Ärzt:innen

Dr. med. Eva-Maria Jacob

16:30

Blick der Diätassistent:innen

Michael Rigl

17:00

Blick der Pflegekräfte

Lisa Marie Sievert

17:30

Blick der Ökotropholog:innen/ Ernährungswissenschaftler:innen

Hannah Kleinmann und Lenny Sasse

Beteiligte Personen

PD Dr. med. Michael Adolph

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Tübingen

Markus Anders

Fachbereich Evaluation, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)

Dr. med. Jann Arends

Klinik für Innere Medizin I - Hämatologie, Onkologie und Stammzelltransplantation, Universitätsklinikum Freiburg

Dr. med. Gert Bischoff

Zentrum für Ernährungsmedizin und Prävention, Barmherzige Brüder Krankenhaus München

Dipl. oec. troph. Monika Bischoff

Zentrum für Ernährungsmedizin und Prävention, Barmherzige Brüder Krankenhaus München

David Falaschi

AOK Bayern

Dr. rer. nat. Melanie Ferschke

Onkologisches Zentrum, Varisano Klinikum Frankfurt Höchst

Iris Flöhrmann

Ernährungsberatung Stormarn, Ahrensburg

Dr. med. Eva-Maria Jacob

Stabsstelle für Ernährungsmedizin Klinik Neuperlach

Hannah Kleinmann

Krankenhaus Nordwest, Frankfurt

Prof. Dr. med. Matthias Pirlich

Praxis an der Kaisereiche, Berlin

Michael Rigl

Ernährungsteam, Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum Leipzig

Lenny Sasse

Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg

**IMPRESSUM:**

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V., Karl-Marx-Allee 77, 10243 Berlin
Tel.: 030 – 311 719 340 // E-Mail: infostelle@dgem.de // Internet: www.dgem.de

Beteiligte Personen

Prof. Dr. rer. medic. Lars Selig

Ernährungsteam, Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum Leipzig

Lisa Marie Sievert

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Prof. Dr. med. Julia Szendrödi

Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie, Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. rer. nat. Dorothee Volkert

Institut für Biomedizin des Alterns - Lehrstuhl für Innere Medizin (Geriatric), Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg



IMPRESSUM:

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V., Karl-Marx-Allee 77, 10243 Berlin
Tel.: 030 – 311 719 340 // E-Mail: infostelle@dgem.de // Internet: www.dgem.de