

Selbstbewertungsfragebogen

Mangelernährung — Schnellcheck

Wie hoch ist Ihr Risiko für verlängerte Verweildauer, ungenutzte DRG-Potenziale und vermeidbare Komplikationen durch unerkannte Mangelernährung?

Operative Selbstbewertung für QM und Klinikteams · 5–10 Minuten

Stand: Juni 2026 · Schnellcheck v2.0 · 13 Fragen in 6 Blöcken · Steffen Lübow

Warum dieser Check?

Die meisten Kliniken haben Screening- und Assessment-Prozesse für Mangelernährung etabliert. Trotzdem entstehen die größten Versorgungslücken **nach** dem Screening — zwischen Diagnose, tatsächlicher Nahrungsaufnahme und Codierung.

Aus operativen Mandaten in Akutkliniken und Reha-Einrichtungen zeigt sich ein wiederkehrendes Muster: **Die Strecke zwischen erkanntem Risiko und tatsächlicher Bedarfsdeckung wird selten systematisch gemessen.** Was als Ernährungsthema wahrgenommen wird, hat reale Konsequenzen in der DRG-Marge, in der Verweildauer und in der Wiederaufnahme-Statistik.

Dieser Schnellcheck bewertet genau diese Strecke — kompakt, in sechs Wirkungsbereichen, mit klaren Folgen je Block.

Mit Defiziten typischerweise verbunden:

- längere Verweildauer und verzögerte Mobilisierung
- mehr Komplikationen (Dekubitus, Wundheilung, Infektionen)
- höhere Wiederaufnahme-Raten
- ungenutzte E43-/E44-Codierungen und damit ungenutzte DRG-Potenziale
- erhöhter Pflegeaufwand und Personalressourcen-Verbrauch

Über diesen Fragebogen

Dieser Schnellcheck dient der strukturierten Selbstbewertung Ihres Krankenhauses im Umgang mit Mangelernährung. Er deckt sechs Wirkungsbereiche ab — von der strategischen Verankerung bis zur wirtschaftlichen Codierung. Grundlage sind die Standards der DGEM und ESPEN sowie operative Erkenntnisse aus zahlreichen Küchen-Erfahrungen in Klinik und Pflege.

Zielgruppe. Qualitätsmanagement, Pflegedirektion, Ärztliche Direktion, Diätetik-Leitung und Verpflegungsleitung in Akutkliniken und Reha-Einrichtungen.

Diese Kurzversion ist als Schnelldiagnose konzipiert — als Einstieg in das Thema und zur Identifizierung der wichtigsten Baustellen. Eine ausführliche Variante mit 47 Fragen (Bearbeitungszeit 30–45 Min) ist auf Anfrage erhältlich und empfiehlt sich, wenn der Schnellcheck deutliche Lücken zeigt und das Haus systematisch vertiefen will.

Hinweise zur Bearbeitung

Bearbeitungszeit. 5–10 Minuten. Allein, am Schreibtisch, ohne Team-Termin.

Wer füllt aus. Eine Person aus QM, Pflegedirektion oder Diätetik-Leitung — das reicht für eine erste Standortbestimmung. *Optional:* Ein kurzer Team-Abgleich von 5–10 Minuten mit Küchen-/Verpflegungsleitung verfeinert das Ergebnis. Pflicht ist das ausdrücklich nicht.

Ehrlichkeits-Anker. Eine „2 — vollständig umgesetzt“ bedeutet: schriftlich dokumentiert, im Alltag gelebt, im Audit nachweisbar. Wer „intern wissen wir das“ als 2 bewertet, verschenkt die diagnostische Wirkung dieses Tools. Eine ehrliche Selbsteinschätzung mit vielen 0 und 1 ist wertvoller als eine geschönte mit lauter 2.

Bewertungsskala:

- 0** nicht vorhanden
- 1** teilweise umgesetzt
- 2** vollständig umgesetzt (dokumentiert, gelebt, auditfähig)

Allgemeine Angaben

Krankenhaus

Abteilung / Bereich

Datum

Ausgefüllt von (Name + Funktion)

A. Strategie und Verantwortung

Frage	Bewertung
Gibt es ein schriftlich verabschiedetes Konzept zum Umgang mit Mangelernährung, das in QM oder Klinikstrategie verankert ist?	
Gibt es eine verantwortliche Leitungsperson oder ein Ernährungsteam (Nutrition Support Team, NST) mit klaren Zuständigkeiten?	
<i>Gesamtbewertung (max. 4)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Ernährung als Diätetik-Nebensache · diffuse Verantwortlichkeiten · keine nachweisbare Verantwortungskette

B. Screening und Therapie

Frage	Bewertung
Werden alle stationären Patientinnen und Patienten bei Aufnahme systematisch auf Mangelernährungsrisiko gescreent (z. B. NRS-2002 oder MNA-SF)?	
Erfolgt bei positivem Screening zeitnah ein standardisiertes Assessment (z. B. nach DGEM-Leitlinie)?	
Erhalten positiv gescreente Patientinnen und Patienten einen individualisierten Ernährungsplan , an dem die Diätetik frühzeitig beteiligt ist?	
<i>Gesamtbewertung (max. 6)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Späte Risikerkennung · keine Therapie-Folge · Lücken zwischen Screening und individuellem Plan

C. Verpflegung und Service

Frage	Bewertung
Gibt es eine spezielle Menülinie mit kleinen, energie- und proteinreichen Portionen für gefährdete Patientinnen und Patienten?	
Sind Zwischenmahlzeiten, Desserts und proteinreiche Getränke jederzeit verfügbar — auch außerhalb der regulären Essenszeiten?	
Können gefährdete Patientinnen und Patienten flexibel und bedarfsnah bestellen , und gibt es Hilfe bei Auswahl und Essensaufnahme, wenn sie zu schwach sind?	
<i>Gesamtbewertung (max. 6)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Hohe Tellerreste und fehlende Bedarfsdeckung · keine Flexibilität für schwache Patienten · Verweildauer-Effekt

D. Verzehrkontrolle

Frage	Bewertung
Wird der tatsächliche Verzehr bei Risikopatientinnen und -patienten systematisch dokumentiert (Tellerrest-Methode, Verzehrprotokoll) — und gibt es eine Eskalations-Schwelle , ab der reagiert wird (z. B. wenn die Bedarfsdeckung an drei Tagen unter 60 % liegt)?	
<i>Gesamtbewertung (max. 2)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Bedarfsdeckung wird nicht gemessen · keine Eskalation bei unter 60 % über drei Tage · kein Trinknahrungs-Wirkungsnachweis

E. Personal und Übergänge

Frage	Bewertung
Sind die relevanten Berufsgruppen (Pflege, Küche, Ärzte) im Erkennen und Umgang mit Mangelernährung geschult — und gibt es interprofessionelle Fallbesprechungen?	
Gibt es bei Entlassung mangelernährter Patientinnen und Patienten einen strukturierten Weiterbehandlungsplan mit Anschluss an Hausarzt, Reha oder Pflege ?	
<i>Gesamtbewertung (max. 4)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Pflegekräfte nicht systematisch geschult · Entlassung ohne strukturierten Weiterbehandlungsplan · ambulanter Versorgungsabriss

F. Wirtschaftliche Wirkung

Dieser Block fehlt in den meisten Audit-Tools — und ist in den meisten Häusern unausgeschöpft.

Frage	Bewertung
Werden Mangelernährungs-Diagnosen systematisch nach ICD-10 E43–E46 codiert (DRG-relevant, erlöswirksam)?	
Wird der Effekt der Ernährungstherapie auf Verweildauer und Wiederaufnahmen gemessen?	
<i>Gesamtbewertung (max. 4)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Ungenutzte E43-/E44-Codierungen · entgangene DRG-Erlöse · Verweildauer-Effekte ohne Wirkungsnachweis

Auswertung

Block	Maximale Punktzahl	Ihre Bewertung
A — Strategie und Verantwortung	4	
B — Screening und Therapie	6	
C — Verpflegung und Service	6	
D — Verzehrkontrolle	2	
E — Personal und Übergänge	4	
F — Wirtschaftliche Wirkung	4	
Gesamt	26	

Was bedeutet ein schwacher Block konkret?

Schwacher Block	Typische Folgen
A — Strategie und Verantwortung	Ernährung als Diätetik-Nebensache · diffuse Verantwortlichkeiten · keine nachweisbare Verantwortungskette
B — Screening und Therapie	Späte Risikoerkennung · keine Therapie-Folge · Lücken zwischen Screening und Plan
C — Verpflegung und Service	Hohe Tellerreste · keine Flexibilität für schwache Patienten · Verweildauer-Effekt
D — Verzehrkontrolle	Bedarfsdeckung wird nicht gemessen · keine Eskalation · kein Trinknahrungs-Wirkungsnachweis
E — Personal und Übergänge	Pflege nicht geschult · ambulanter Versorgungsabbriss · Wiederaufnahmen
F — Wirtschaftliche Wirkung	Ungenutzte E43-/E44-Codierungen · entgangene DRG-Erlöse · ungemessene Verweildauer-Effekte

Diese Folgen sind keine Prognose, sondern eine wiederkehrende Erfahrung aus operativen Mandaten in Akutkliniken und Reha-Einrichtungen. Sie zeigen, wo nicht-bearbeitete Defizite typischerweise zuerst sichtbar werden — und wo der größte Hebel liegt.

Einordnung Ihres Gesamtergebnisses

0 – 8 Punkte (bis 30 %)

Das Thema ist strukturell unzureichend umgesetzt. Es besteht deutlicher Handlungsbedarf bei Screening, Verantwortlichkeit und Therapieprozess. Empfehlung: zunächst Block A und B konsolidieren (Strategie, Screening), bevor Verpflegung und Service angegangen werden.

9 – 17 Punkte (bis 65 %)

Einzelne Bausteine sind vorhanden, aber die Versorgung ist noch nicht konsistent. Besonders wahrscheinlich sind Lücken zwischen Diagnose und tatsächlicher Nahrungsaufnahme — also zwischen

den Blöcken B/C und D. Hier liegen erfahrungsgemäß die größten Hebel.

18 – 26 Punkte (über 65 %)

Gute Grundlagen. Das Haus arbeitet bereits strukturiert. Schwerpunkt sollte jetzt auf Feinsteuerung liegen — Verzehrmonitoring (D), Entlassungsmanagement (E) und wirtschaftliche Codierung (F) sind typischerweise auch bei fortgeschrittenen Häusern unterentwickelt. Insbesondere Block F birgt häufig erhebliches DRG-Erlöspotenzial.

Schwächster Block

Tragen Sie ein, welcher Block prozentual am schwächsten abschneidet (Ihre Bewertung ÷ Maximum). Dieser Block ist Ihre operative Baustelle für die nächsten 90 Tage. Wer einen zweiten Block dazu nehmen will, der prozentual ebenfalls deutlich zurückbleibt, hat in den meisten Häusern damit das Programm der nächsten zwei Quartale.



Wie es weitergeht

Der Schnellcheck ist als Selbsteinschätzung gedacht, kein Audit-Ersatz. Häuser, die ehrlich ausfüllen, finden meistens ein bis zwei konkrete Baustellen — und die Lösungen sind weder teuer noch organisatorisch komplex. Sie liegen aber in der Schnittstelle Küche–Pflege–Diätetik und werden ohne externen Blick selten zuerst angegangen.

Wenn Sie tiefer einsteigen wollen. Die ausführliche Vertiefungs-Variante mit 47 Fragen in 10 Blöcken (Bearbeitungszeit 30–45 Min, im Team) gibt eine vollständigere Diagnose. Sie ist auf Anfrage per E-Mail erhältlich.

Angebot: Ein vertrauliches **60-Minuten-Erstgespräch** — kostenfrei, ohne Verkaufsdruck. Sie bekommen eine ehrliche Einschätzung Ihrer Ergebnisse und einen Vorschlag, wo der wirtschaftlich größte Hebel liegt. Aus 180+ Küchen-Erfahrungen quer durch Klinik, Pflege, Catering und Betriebsgastronomie.

Wenn ein konkretes Mangelernährungs-Programm sinnvoll ist, läuft das typischerweise als **8–16-Wochen-Begleitung** mit klar definierten Ergebnis-Indikatoren (Bedarfsdeckung, Tellerrest-Quote, codierte E43-/E44-Fälle, Verweildauer-Effekte).

Zur Person



Steffen Lübow ist freiberuflicher Sanierer und Interimsmanager für institutionelle Gemeinschaftsverpflegung mit Sitz in Modautal. Operative Praxis aus über 180 Küchen quer durch Klinik, Pflege, Catering und Betriebsgastronomie.

Ausbildung: Koch · BSc Ökotrophologie (JLU Gießen) · MA Prävention und Gesundheitsmanagement (DHfPG) · Ausbildung Team-Coach.

Kontakt

Adresse	Brandauer Weg 8, 64397 Modautal — deutschlandweit tätig
Telefon	0151 / 563 80 400
WhatsApp	0151 / 563 80 400
E-Mail	info@luebow-consulting.de
Web	luebow-consulting.de
LinkedIn	linkedin.com/in/steffen-luebow-consulting/

Termine direkt per E-Mail, Telefon oder WhatsApp.

Dieser Schnellcheck wird laufend aktualisiert. Aktuelle Fassung und die ausführliche Vertiefungs-Variante (47 Fragen, 30–45 Min) jederzeit per E-Mail anforderbar.