

# Selbstbewertungsfragebogen

## Mangelernährung in Pflegeeinrichtungen — Schnellcheck

**Wie hoch ist Ihr Risiko für ungewollten Gewichtsverlust, MD-Prüfauffälligkeiten und vermeidbare Krankenhauseinweisungen?**

*Operative Selbstbewertung für Heim- und Pflegedienstleitung · 5–10 Minuten*

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

---

## Warum dieser Check?

---

Ungewollter Gewichtsverlust gehört zu den häufigsten Qualitätsrisiken in stationären Pflegeeinrichtungen. Die Ursache liegt selten allein in der Pflege.

Aus operativen Mandaten in Pflegeeinrichtungen und Seniorenresidenzen zeigt sich ein wiederkehrendes Muster: **Die Probleme entstehen meist an der Schnittstelle Pflege ↔ Küche ↔ Hauswirtschaft.** Dort, wo viele klassische Dokumentations-Checklisten nicht hinschauen.

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

### Mit Defiziten typischerweise verbunden:

- ungewollte Gewichtsverluste und Mangelernährungs-Eintragungen
- Notierungen bei MD-Prüfungen, schwer auflösbare Dokumentations-Lücken
- Beschwerden von Angehörigen, sinkende Bewohnerzufriedenheit
- erhöhter Pflegeaufwand durch vermeidbare Komplikationen (Dekubitus, Stürze, Aspirationen)
- vermeidbare Krankenhauseinweisungen

## Über diesen Fragebogen

Dieser Schnellcheck dient der strukturierten Selbstbewertung Ihrer Pflegeeinrichtung oder Seniorenresidenz im Umgang mit Mangelernährung. Er deckt sechs Wirkungsbereiche ab — von der strategischen Verankerung über Essbegleitung, Demenz und Dysphagie bis zur Qualitätssteuerung und MD-relevanten Wirkung.

**Bewusste Positionierung gegenüber bestehenden Instrumenten.** DNQP-Expertenstandard und MNA-SF sind die fachlichen Anker für Pflege-Screening. Dieser Schnellcheck orientiert sich daran, ergänzt aber bewusst um die Verpflegungs- und Essbegleitungs-Praxis — die Bereiche, in denen Pflegedokumentation oft endet und der eigentliche operative Alltag beginnt.

**Zielgruppe.** Heimleitung, Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagement, Küchen- und Hauswirtschaftsleitung, Trägerverbands-Referentinnen.

**Diese Kurzversion** ist als Schnelldiagnose konzipiert — als Einstieg in das Thema und zur Identifizierung der wichtigsten Baustellen. Eine ausführliche Variante mit 53 Fragen in 11 Blöcken (Bearbeitungszeit 30–45 Min) ist auf Anfrage erhältlich und empfiehlt sich, wenn der Schnellcheck deutliche Lücken zeigt und die Einrichtung systematisch vertiefen will.

## Hinweise zur Bearbeitung

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

**Wer füllt aus.** Eine Person aus Pflegedienstleitung, Heimleitung oder QM — das reicht für eine erste Standortbestimmung. *Optional:* Ein kurzer Team-Abgleich von 5–10 Minuten mit Küchen- und Hauswirtschaftsleitung 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

**Einrichtung**

---

**Träger**

---

**Anzahl Bewohner / Plätze**

---

**Datum**

---

**Ausgefüllt von (Name + Funktion)**

---

## A. Strategie und Verantwortung

Frage	Bewertung
Gibt es ein <b>schriftlich verabschiedetes Konzept</b> zum Umgang mit Mangelernährung, das in QM oder Pflegekonzept verankert ist?	
Gibt es eine <b>eindeutig benannte Leitungsverantwortung</b> für das Thema — mit klaren Schnittstellen Pflege ↔ Küche ↔ Hauswirtschaft?	
<i>Gesamtbewertung (max. 4)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

**Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:**

Ernährung wird zur Pflege-Nebensache · diffuse Verantwortlichkeiten · MD-Prüf-Unsicherheit

## B. Aufnahme und Risikoerkennung

Frage	Bewertung
Wird bei jedem Einzug ein <b>Ernährungsrisiko-Screening mit anerkanntem Instrument</b> durchgeführt (MNA-SF oder vergleichbar)?	
Werden <b>Gewichtsverläufe, Kau- und Schluckbeschwerden sowie kognitive Einschränkungen</b> einheitlich erfasst und bei jedem Risikobewohner zusammengeführt?	
<i>Gesamtbewertung (max. 4)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

**Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:**

Späte Erkennung von Gewichtsverlust · keine gezielten Maßnahmen für Risikobewohner · MD-Bearstandungen

## C. Verpflegung, Demenz und Dysphagie

Frage	Bewertung
Gibt es für gefährdete Bewohner <b>kleine, energie- und proteinreiche Mahlzeiten</b> sowie geeignete Zwischenmahlzeiten — auch außerhalb der regulären Essenszeiten?	
Gibt es <b>spezielle Konzepte für Demenz</b> (z. B. Fingerfood, reizarmes Setting, biografisch verankerte Speisen) und <b>für Dysphagie</b> (definierte Koststufen, Andicken)?	
<i>Gesamtbewertung (max. 4)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

### Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Hohe Tellerreste und Akzeptanzlücken · Aspirationsrisiko und Pneumonien bei Dysphagie · Verhaltenseskalationen bei Demenz

## D. Essbegleitung und Esskultur

Frage	Bewertung
Erhalten Bewohner mit Unterstützungsbedarf <b>ausreichend Hilfe bei der Nahrungsaufnahme</b> — mit ausreichend Zeit und richtigem Tempo, durch geschultes Personal?	
Werden <b>Essbiografien erfasst</b> und in der Speisenplanung berücksichtigt — und werden Mahlzeiten als soziales Ereignis gestaltet (Tischgemeinschaft, Atmosphäre)?	
<i>Gesamtbewertung (max. 4)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

### Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Ungewollte Gewichtsverluste trotz vorhandener Mahlzeiten · Angehörigenbeschwerden · erhöhter Pflegeaufwand

## E. Verzehrkontrolle und Eskalation

Frage	Bewertung
Werden <b>Gewichtsverläufe und tatsächliche Nahrungsaufnahme</b> bei Risikobewohnern systematisch dokumentiert (nicht nur „hat gegessen“ / „hat nicht gegessen“)?	
Gibt es <b>definierte Eskalationsschwellen</b> , ab denen reagiert wird (z. B. ungewollter Gewichtsverlust >5 % in 3 Monaten oder Bedarfsdeckung <60 % über drei Tage)?	
<i>Gesamtbewertung (max. 4)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

### Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Gewichtsverluste werden nicht datenbasiert erkannt · späte Reaktion · keine belastbare Anpassungs-Grundlage

## F. Personal, Prüfanschluss und Qualitätssteuerung

*Dieser Block ist in den meisten Pflege-Audit-Tools unterentwickelt — er verbindet die Schulungsbasis mit der externen Prüfanschlussfähigkeit und der internen Wirkungsmessung.*

Frage	Bewertung
Sind die relevanten Berufsgruppen ( <b>Pflege, Küche, Hauswirtschaft</b> ) im Erkennen und Umgang mit Mangelernährung, Demenz und Dysphagie <b>geschult</b> — und gibt es interdisziplinäre Fallbesprechungen?	
Werden <b>ernährungsbezogene Qualitätsanforderungen</b> (Kriterien des Medizinischen Dienstes, Wirkungsindikatoren wie Dekubitus-Inzidenz oder vermeidbare Krankenhauseinweisungen) in Dokumentation und Maßnahmenplanung nachvollziehbar abgebildet?	
<i>Gesamtbewertung (max. 4)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

### Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Mitarbeitende erkennen Risiken nicht aktiv · MD-Notierungen, fehlende Wirkungsnachweise · Verbesserungen versenden

## Auswertung

Block	Maximale Punktzahl	Ihre Bewertung
A — Strategie und Verantwortung	4	
B — Aufnahme und Risikoerkennung	4	
C — Verpflegung, Demenz und Dysphagie	4	
D — Essbegleitung und Esskultur	4	
E — Verzehrkontrolle und Eskalation	4	
F — Personal, Prüfanschluss und Qualitätssteuerung	4	
<b>Gesamt</b>	<b>24</b>	

### Was bedeutet ein schwacher Block konkret?

Schwacher Block	Typische Folgen
<b>A — Strategie und Verantwortung</b>	Ernährung wird zur Pflege-Nebensache · diffuse Verantwortlichkeiten · MD-Prüf-Unsicherheit
<b>B — Aufnahme und Risikoerkennung</b>	Späte Erkennung von Gewichtsverlust · keine gezielten Maßnahmen · MD-Bearstandungen
<b>C — Verpflegung, Demenz und Dysphagie</b>	Hohe Tellerreste · Aspirationsrisiko · Verhaltenseskalationen bei Demenz
<b>D — Essbegleitung und Esskultur</b>	Gewichtsverluste trotz Mahlzeiten · Angehörigenbeschwerden · erhöhter Pflegeaufwand
<b>E — Verzehrkontrolle und Eskalation</b>	Nicht datenbasierte Erkennung · späte Reaktion · keine belastbare Anpassungs-Grundlage
<b>F — Personal, Prüfanschluss und Qualitätssteuerung</b>	Inaktive Risikoerkennung · MD-Notierungen · versandende Verbesserungen

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

### Einordnung Ihres Gesamtergebnisses

#### 0 – 8 Punkte (bis 33 %)

Das Thema ist strukturell unzureichend umgesetzt. Es besteht deutlicher Handlungsbedarf bei Strategie, Verantwortlichkeit und Risikoerkennung. Empfehlung: zunächst Blöcke A und B konsolidieren (Konzept, Screening, Schnittstellen Pflege ↔ Küche). Die Demenz- und Dysphagie-Themen warten — sie überfordern eine Einrichtung, die die Grundlagen noch nicht hat.

#### 9 – 16 Punkte (bis 66 %)

Einzelne Bausteine sind vorhanden, aber die Versorgung ist noch nicht konsistent. Besonders wahrscheinlich sind Lücken zwischen Risikoerkennung und tatsächlicher Maßnahmenumsetzung — also zwischen Block B und den Blöcken C/D/E. Hier liegt erfahrungsgemäß die operative Schnittstelle Pflege ↔ Küche ↔ Hauswirtschaft als größte Baustelle.

**17 – 24 Punkte (über 66 %)**

Gute Grundlagen. Die Einrichtung arbeitet bereits strukturiert. Schwerpunkt sollte jetzt auf Feinsteuerung liegen — Essbegleitung und Esskultur (D), Verzehrmonitoring (E) und Block F (Prüfanschluss und Qualitätssteuerung) sind typischerweise auch bei fortgeschrittenen Einrichtungen unterentwickelt. Insbesondere Block F birgt häufig erhebliche Hebel — vor allem in der Verzahnung von interner Wirkungsmessung und MD-Prüfvorbereitung.

### **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 MD- oder 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 53 Fragen in 11 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 größte Hebel liegt — sowohl für die Versorgungsqualität als auch für die Verzahnung mit MD-Prüfvorbereitung und Wirkungsmessung. Aus 180+ Küchen-Erfahrungen quer durch Klinik, Pflege, Catering und Betriebsgastronomie.

Wenn ein konkretes Mangelernährungs-Programm sinnvoll ist, läuft das in der Pflege typischerweise als **4–8-Wochen-Begleitung** mit klar definierten Ergebnis-Indikatoren (Anteil Risikobewohner mit aktivem Maßnahmenplan, Stabilisierung von Gewichtsverläufen, reduzierte ungewollte Krankenhauseinweisungen, Dokumentations-Qualität für MD-Prüfvorbereitung, Bewohner- und Angehörigenzufriedenheit).

## 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

---

<b>Adresse</b>	Brandauer Weg 8, 64397 Modautal — deutschlandweit tätig
<b>Telefon</b>	0151 / 563 80 400
<b>WhatsApp</b>	0151 / 563 80 400
<b>E-Mail</b>	info@luebow-consulting.de
<b>Web</b>	luebow-consulting.de
<b>LinkedIn</b>	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 (53 Fragen, 30–45 Min) jederzeit per E-Mail anforderbar.*