

Selbstbewertungsfragebogen

Mangelernährung im Krankenhaus

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

Operative Selbstbewertung für Klinikteams

Stand: Juni 2026 · Version 2.1 · 47 Fragen in 10 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 Check bewertet genau diese Strecke — strukturiert, in zehn 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 Fragebogen dient der strukturierten Selbstbewertung Ihres Krankenhauses im Umgang mit Mangelernährung. Er deckt zehn Wirkungsbereiche ab — von der strategischen Verankerung über das klinische Screening bis zur wirtschaftlichen Erfolgsmessung. 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.

Hinweise zur Bearbeitung

Bearbeitungszeit. 30–45 Minuten.

Wer füllt aus. Idealerweise im Team — Diätetik, Küchen-/Verpflegungsleitung, Pflegedienstleitung und Qualitätsmanagement bearbeiten gemeinsam. Das Ergebnis trägt mehr Aussagekraft, wenn vier Perspektiven darauf geschaut haben statt nur eine.

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, bereichsübergreifendes Konzept zum Umgang mit Mangelernährung?	
Ist das Thema Mangelernährung in der Klinikstrategie oder im Qualitätsmanagement explizit verankert?	
Gibt es eine verantwortliche Leitungsperson oder ein Ernährungsteam (Nutrition Support Team, NST) mit klaren Zuständigkeiten?	
Sind Pflege, Ärztlicher Dienst, Küche, Diätetik, Service und QM verbindlich eingebunden?	
Gibt es definierte Schnittstellen und Eskalationswege zwischen Screening, Assessment, Verpflegung und Therapie?	
<i>Gesamtbewertung (max. 10)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Ernährung wird zur Diätetik-Nebensache · Verantwortlichkeiten zwischen Pflege, Diätetik und Ärzteschaft diffundieren · keine nachweisbare Verantwortungskette

B. Screening und Assessment

Frage	Bewertung
Werden alle stationären Patientinnen und Patienten bei Aufnahme systematisch auf Mangelernährungsrisiko gescreent (z. B. mit NRS-2002 oder MNA-SF)?	
Gibt es definierte Risikogruppen mit besonderer Aufmerksamkeit, etwa Geriatrie, Onkologie, Chirurgie, Intensivmedizin oder Menschen mit Pflegebedarf?	
Erfolgt bei positivem Screening zeitnah ein standardisiertes Assessment (z. B. nach DGEM-Leitlinie)?	
Werden Gewichtsverlust, reduzierte Nahrungsaufnahme, BMI, Krankheitslast und funktionelle Einschränkungen systematisch erfasst?	
Wird das Screening bei längerer Liegedauer wiederholt — spätestens nach 7 Tagen (DGEM-Standard)?	
<i>Gesamtbewertung (max. 10)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Risikopatienten werden zu spät erkannt · DGEM-Leitlinien-Drift bleibt unbemerkt · Versorgungslücken zwischen Screening und Assessment

C. Ernährungstherapie

Frage	Bewertung
Gibt es für positiv gescreente Patientinnen und Patienten einen individualisierten Ernährungsplan ?	
Werden orale Maßnahmen, Trinknahrung, enterale oder parenterale Ernährung nach klaren Kriterien abgestuft eingesetzt (analog ESPEN-/DGEM-Leitlinien)?	
Ist die Diätetik / Ernährungsfachkraft frühzeitig beteiligt — idealerweise innerhalb 24 Stunden nach positivem Screening?	
Werden Energie- und Proteinziele patientenbezogen festgelegt (kcal/kg KG und g Protein/kg KG)?	
Wird die Wirksamkeit der Maßnahmen regelmäßig überprüft und angepasst ?	
<i>Gesamtbewertung (max. 10)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Positive Screenings führen nicht zu individuellem Plan · Trinknahrung wird verordnet, aber nicht systematisch getrunken · Maßnahmen verpuffen ohne Wirksamkeitskontrolle

D. Verpflegungsangebot und Speisenstruktur

Frage	Bewertung
Gibt es eine spezielle Menülinie für Patientinnen und Patienten mit Mangelernährung oder hohem Risiko?	
Enthält diese Menülinie kleine, energie- und proteinreiche Portionen ?	
Sind warme und kalte Zwischenmahlzeiten , Desserts und proteinreiche Getränke verfügbar?	
Sind Speisen für kleine Esser sensorisch attraktiv, gut essbar und nicht überfordernd groß portioniert ?	
Gibt es bekannte, akzeptanzstarke Gerichte statt ausschließlich „diätetisch korrekter“ Standardkost?	
Sind Getränke und geeignete Zwischenangebote jederzeit verfügbar ?	
Sind die Speisen auch für Patientinnen und Patienten mit Fatigue, Atemnot, Übelkeit, frühem Sättigungsgefühl oder kognitiven Einschränkungen praktikabel?	
<i>Gesamtbewertung (max. 14)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Hohe Tellerreste und fehlende Bedarfsdeckung · sinkende Patientenzufriedenheit · Verweildauer-Effekt durch unzureichende Energie- und Proteinaufnahme

E. Bestell- und Serviceprozess

Frage	Bewertung
Können gefährdete Patientinnen und Patienten flexibel und bedarfsnah bestellen — statt nur zu starren Zeiten? (Cook & Chill-Strukturen ermöglichen das.)	
Gibt es Hilfe bei Auswahl, Bestellung und Essensaufnahme , wenn Patientinnen und Patienten zu schwach sind?	
Werden Angehörige bei Bedarf sinnvoll einbezogen ?	
Gibt es ein Verfahren, mit dem erkennbar wird, ob tatsächlich genug Energie und Protein ausgewählt bzw. gegessen wurden ?	
Werden Patientenwünsche aktiv erhoben und für die Menüentwicklung genutzt?	
<i>Gesamtbewertung (max. 10)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Starre Bestellzeiten überfordern schwächere Patienten · Angehörige bekommen keinen klaren Rahmen für Beitrag · Patientenwünsche werden nicht aktiv erhoben

F. Verzehrkontrolle und Monitoring

Frage	Bewertung
Wird bei Risikopatienten der tatsächliche Verzehr systematisch dokumentiert (Tellerrest-Methode, Verzehrprotokoll)?	
Gibt es konkrete Schwellenwerte , ab denen eine Eskalation erfolgt — z. B. wenn die Bedarfsdeckung an drei aufeinanderfolgenden Tagen unter 60 % liegt?	
Werden Gewicht, Trinkmenge, klinischer Verlauf und Funktionsstatus nachverfolgt?	
Gibt es etablierte Kennzahlen wie Screening-Quote · Anteil positives Screening · Zeit bis Assessment · Anteil mit Ernährungsplan · Bedarfsdeckung · Tellerreste · Rehospitalisationen/Komplikationen?	
<i>Gesamtbewertung (max. 8)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Bedarfsdeckung wird nicht gemessen · keine Eskalation bei Bedarfsdeckung unter 60 % · kein Wirkungsnachweis für Trinknahrung

G. Personal und Qualifikation

Frage	Bewertung
Sind Pflegekräfte im Erkennen von Mangelernährung geschult ?	
Ist der ärztliche Dienst für die Relevanz klinischer Ernährung geschult und sensibilisiert ?	
Ist die Küche in Bezug auf energiedichte und proteinreiche Kleinportionen geschult ?	
Gibt es regelmäßige interprofessionelle Fallbesprechungen oder Schulungen ?	
Ist ausreichend Ernährungsfachpersonal verfügbar (Diätassistent, Oecotrophologie)?	
<i>Gesamtbewertung (max. 10)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Pflegekräfte erkennen Risiken nicht aktiv · Schnittstellen Pflege-Diätetik-Küche funktionieren nur informell · Ernährungsfachpersonal unterbesetzt

H. Entlassung und sektorenübergreifende Versorgung

Frage	Bewertung
Wird bei Mangelernährung vor Entlassung ein Weiterbehandlungsplan erstellt?	
Erhalten Patientinnen und Patienten konkrete Anweisungen zu Eiweiß, Energie, Zwischenmahlzeiten und Trinknahrung ?	
Gibt es eine strukturierte Übergabe an Hausarzt, Pflege, Reha, ambulante Diätetik oder kommunale Versorgung ?	
Werden besonders gefährdete Patientinnen und Patienten nach Entlassung aktiv nachverfolgt oder angebunden?	
<i>Gesamtbewertung (max. 8)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Weiterbehandlungspläne unklar · Risikopatienten verlieren ambulant den Versorgungsanschluss · Wiederaufnahmen wegen vermeidbarer Mangelernährung

I. Patientenerfahrung und Qualitätssicherung

Frage	Bewertung
Wird die Patientenzufriedenheit mit Essen und Unterstützung beim Essen systematisch erfasst?	
Gibt es ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement zur Verpflegung?	
Werden Rückmeldungen zur Akzeptanz einzelner Speisen in die Menüplanung zurückgespielt?	
Wird regelmäßig überprüft, welche Speisen tatsächlich gegessen und welche oft zurückgegeben werden ?	
Gibt es einen festen Verbesserungsprozess mit Maßnahmenplan und Verantwortlichkeiten?	
<i>Gesamtbewertung (max. 10)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Niedrige Patientenzufriedenheit zur Verpflegung · Beschwerdemanagement zu Essen nicht strukturiert · Akzeptanz-Daten fließen nicht in Menüplanung zurück

J. Wirtschaftliche Wirkung und Codierung

Dieser Block fehlt in den meisten Audit-Tools — Mangelernährung hat eine messbare Erlös- und Kostenseite.

Frage	Bewertung
Werden Mangelernährungs-Diagnosen systematisch nach ICD-10 E43–E46 codiert (DRG-relevant, erlöswirksam)?	
Werden Trinknahrungs-Verordnungen auf tatsächlichen Verzehr nachverfolgt — und nicht nur verordnet und am Bett platziert?	
Wird der Effekt der Ernährungstherapie auf Verweildauer und Wiederaufnahmen gemessen?	
Gibt es eine wirtschaftliche Bilanz zwischen Kosten der Ernährungstherapie und vermiedenen Komplikations-/Verweildauer-Kosten?	
<i>Gesamtbewertung (max. 8)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Ungenutzte E43-/E44-Codierungen → entgangene DRG-Erlöse · Verweildauer-Effekte werden zu Erlös-Verlusten · Trinknahrungs-Verordnungen ohne Verzehrkontrolle bleiben Kostenstelle ohne Wirkung

Auswertung

Block	Maximale Punktzahl	Ihre Bewertung
A — Strategie und Verantwortung	10	
B — Screening und Assessment	10	
C — Ernährungstherapie	10	
D — Verpflegungsangebot und Speisenstruktur	14	
E — Bestell- und Serviceprozess	10	
F — Verzehrkontrolle und Monitoring	8	
G — Personal und Qualifikation	10	
H — Entlassung und sektorenübergreifende Versorgung	8	
I — Patientenerfahrung und Qualitätssicherung	10	
J — Wirtschaftliche Wirkung und Codierung	8	
Gesamt	98	

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 Assessment	Späte Erkennung · DGEM-Leitlinien-Drift · Lücken zwischen Screening und Assessment
C — Ernährungstherapie	Risikopatienten ohne individuellen Plan · Trinknahrung ohne Verzehrkontrolle · verpuffende Maßnahmen
D — Verpflegungsangebot und Speisenstruktur	Hohe Tellerreste · fehlende Bedarfsdeckung · Verweildauer-Effekt
E — Bestell- und Serviceprozess	Starre Bestellzeiten · keine aktive Patientenwunsch-Erhebung · Angehörige außen vor
F — Verzehrkontrolle und Monitoring	Bedarfsdeckung wird nicht gemessen · keine Eskalation · kein Trinknahrungs-Wirkungsnachweis
G — Personal und Qualifikation	Risiken werden nicht aktiv erkannt · informelle Schnittstellen · Ernährungsfachpersonal unterbesetzt
H — Entlassung und sektorenübergreifende Versorgung	Unklare Weiterbehandlungspläne · ambulanter Versorgungsabbriss · Wiederaufnahmen
I — Patientenerfahrung und Qualitätssicherung	Niedrige Patientenzufriedenheit · unstrukturiertes Beschwerdemanagement · keine Akzeptanz-Rückkopplung

J — Wirtschaftliche Wirkung und Codierung	Ungenutzte E43-/E44-Codierungen · Verweildauer-Effekte als Erlös-Verluste · Trinknahrungs-Kosten ohne Wirkungsnachweis
--	--

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 (Quartile)

0 – 24 Punkte (Quartil 1 — bis 25 %)

Das Thema ist strukturell unzureichend umgesetzt. Es besteht deutlicher Handlungsbedarf bei Screening, Verantwortlichkeit und Therapieprozess. Empfehlung: zunächst Strategie, Verantwortlichkeit und Screening (Blöcke A + B) konsolidieren, bevor Verpflegungslogik (D + E) angegangen wird.

25 – 49 Punkte (Quartil 2 — bis 50 %)

Einzelne Bausteine sind vorhanden, aber die Versorgung ist noch nicht konsistent. Besonders wahrscheinlich sind Lücken zwischen Diagnose, Verpflegung und tatsächlicher Nahrungsaufnahme — also zwischen den Blöcken B/C und D/E/F. Hier liegen erfahrungsgemäß die größten Hebel.

50 – 73 Punkte (Quartil 3 — bis 75 %)

Gute Grundlagen. Das Haus arbeitet bereits strukturiert, hat aber meist noch Potenzial bei Menülogik (D), Verzehrmonitoring (F), Entlassungsmanagement (H) und wirtschaftlicher Codierung (J). Diese vier Blöcke sind typischerweise unterentwickelt, auch in fortgeschrittenen Häusern.

74 – 98 Punkte (Quartil 4 — über 75 %)

Sehr guter Reifegrad. Schwerpunkt sollte jetzt auf Feinsteuerung, Outcome-Messung, Patientenerfahrung und digitaler Unterstützung liegen. Achten Sie besonders auf Block J — auch reife Häuser schöpfen DRG-Erlöswirkung selten vollständig aus.

Schwächste Blöcke identifizieren

Tragen Sie ein, welche drei Blöcke prozentual am schwächsten abschneiden (Bewertung ÷ Maximum). Diese drei sind Ihre operativen Baustellen für die nächsten 90 Tage.

1. _____
2. _____
3. _____

Wie es weitergeht

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

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 Fragebogen wird laufend aktualisiert. Aktuelle Fassung jederzeit per E-Mail anforderbar.