

Selbstbewertungsfragebogen

Mangelernährung in Pflegeeinrichtungen

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

Operative Selbstbewertung für Pflege- und Verpflegungsteams

Stand: Juni 2026 · Version 2.0 · 53 Fragen in 11 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.

Genau diese Schnittstellen bewertet dieser Check — strukturiert, in elf 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 Fragebogen dient der strukturierten Selbstbewertung Ihrer Pflegeeinrichtung oder Seniorenresidenz im Umgang mit Mangelernährung. Er deckt elf Wirkungsbereiche ab — von der strategischen Verankerung über Demenz, Dysphagie und Esskultur bis zur Qualitätssteuerung und MD-relevanten Wirkung.

Bewusste Positionierung gegenüber bestehenden Instrumenten. DNQP-Expertenstandard und MNA-SF sind die fachlichen Anker für Pflege-Screening und -Dokumentation. Dieser Fragebogen 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. Demenz, Dysphagie, Flüssigkeitsversorgung, Esskultur und die Schnittstelle Pflege ↔ Küche ↔ Hauswirtschaft bekommen eigene Räume.

Zielgruppe. Heimleitung, Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagement, Küchen- und Hauswirtschaftsleitung, Trägerverbands-Referentinnen in stationären Pflegeeinrichtungen, Senioren- und Pflegeresidenzen.

Hinweise zur Bearbeitung

Bearbeitungszeit. 30–45 Minuten.

Wer füllt aus. Idealerweise im Team — Pflegedienstleitung, Küchen-/Hauswirtschaftsleitung, Qualitätsmanagement und gegebenenfalls Ernährungsfachkraft bearbeiten gemeinsam. Das Ergebnis trägt mehr Aussagekraft, wenn drei bis 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

Einrichtung

Träger

Anzahl Bewohner / Plätze

Datum

Ausgefüllt von (Name + Funktion)

A. Strategie und Verantwortung

Frage	Bewertung
Gibt es ein schriftlich verabschiedetes, bereichsübergreifendes Konzept zum Umgang mit Mangelernährung, das in QM, Pflegekonzept oder Trägerstrategie verankert ist?	
Gibt es eine eindeutig benannte Leitungsverantwortung für das Thema (Pflegedienstleitung, QM oder dedizierte Ernährungsbeauftragte)?	
Sind Pflege, Küche, Hauswirtschaft und Ernährungsfachkraft (ggf. zusätzlich Logopädie, Ergotherapie, Hausarzt) verbindlich eingebunden?	
Gibt es definierte Schnittstellen Pflege ↔ Küche ↔ Hauswirtschaft für die operative Umsetzung des Konzepts?	
Gibt es definierte Eskalationswege bei Risikoauffälligkeiten (an wen wird gemeldet, in welcher Frist, mit welcher Dokumentation)?	
<i>Gesamtbewertung (max. 10)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Ernährung wird zur Pflege-Nebensache statt strukturierter Querschnittsaufgabe · Verantwortlichkeiten diffundieren, niemand korrigiert systematisch · bei MD-Prüfungen schwer nachweisbare Verantwortungskette

B. Aufnahme, Screening und Verlauf

Frage	Bewertung
Wird bei jedem Einzug ein Ernährungsrisiko-Screening mit anerkanntem Instrument durchgeführt (MNA-SF oder vergleichbar)?	
Werden Gewicht, BMI und ungewollter Gewichtsverlauf systematisch erfasst und dokumentiert?	
Werden Kau- und Schluckbeschwerden auch bei Verdachtsfällen aktiv erfasst (nicht nur bei diagnostizierter Dysphagie)?	
Werden Zahnstatus, Prothesensitz, Mundtrockenheit und Schmerzen beim Essen systematisch berücksichtigt?	
Werden kognitive Einschränkungen mit Bezug auf das Essverhalten erfasst (Erkennung — die Maßnahmen folgen in Block F)?	
Wird das Screening regelmäßig wiederholt (mindestens quartalsweise, nach Krankenhausaufenthalten und bei relevanten Zustandsveränderungen)?	
<i>Gesamtbewertung (max. 12)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Ungewollte Gewichtsverluste werden zu spät erkannt · Risikobewohner bekommen keine gezielten Maßnahmen · Beanstandungen bei der nächsten MD-Prüfung

C. Ernährungstherapie und Maßnahmenplanung

Frage	Bewertung
Wird bei jedem Risiko-Bewohner ein individueller Maßnahmenplan erstellt (Energieanreicherung, Proteinanreicherung, gezielte Zwischenmahlzeiten)?	
Wird Trinknahrung bedarfsgerecht eingesetzt — mit dokumentierter Verbrauchskontrolle (nicht nur am Nachttisch platziert, sondern tatsächlich getrunken)?	
Wird eine Ernährungsfachkraft oder Diätassistentin frühzeitig eingebunden (bei positivem Screening innerhalb von Tagen, nicht Wochen)?	
Werden Maßnahmen regelmäßig evaluiert (mindestens monatlich) und bei fehlender Wirkung angepasst?	
Werden Angehörige einbezogen , wenn sie einen Versorgungsbeitrag leisten können (Essensvorlieben, Begleitung bei Mahlzeiten, Besuche)?	
<i>Gesamtbewertung (max. 10)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Risiko-Bewohner haben keinen individuellen Plan · Trinknahrung wird verordnet, aber nicht systematisch getrunken · Maßnahmen verpuffen ohne Wirksamkeitskontrolle

D. Verpflegungsangebot und Speisenqualität

Frage	Bewertung
Gibt es energie- und proteinreiche Menüoptionen in kleinen, attraktiven Portionen für „kleine Esser“?	
Sind hochwertige Zwischenmahlzeiten und Snacks jederzeit verfügbar — auch außerhalb der regulären Essenszeiten?	
Sind Getränke und Trinkangebote jederzeit zugänglich , an mehreren Orten der Einrichtung?	
Werden individuelle Vorlieben, kulturelle Besonderheiten und Lieblingsgerichte in die Speisenplanung übernommen?	
Ist die sensorische Präsentation (Optik, Tellergestaltung, Tischkultur) appetitanregend und nicht überfordernd?	
<i>Gesamtbewertung (max. 10)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Hohe Tellerreste und Lebensmittelverschwendung · sinkende Bewohnerzufriedenheit, Beschwerden von Angehörigen · mangelnde Akzeptanz selbst bei diätetisch korrekter Kost

E. Essbegleitung und Esskultur

Frage	Bewertung
Wird Hilfebedarf bei der Nahrungsaufnahme systematisch erkannt — nicht erst bei sichtbarem Gewichtsverlust?	
Gibt es ausreichend Personal mit ausreichend Zeit für Essbegleitung in dem Tempo, das die Bewohner brauchen (kein Hetzen)?	
Sind Essbegleiter geschult (Grundlagen Mangelernährung, Demenz, Dysphagie, Hilfsmittel)?	
Werden Mahlzeiten als soziales Ereignis gestaltet (Tischgemeinschaft, Atmosphäre, ggf. flexible Essenszeiten bei individuellem Bedarf)?	
Werden Essbiografien erfasst und in der Speisenplanung berücksichtigt (was haben die Menschen ihr Leben lang gerne gegessen)?	
<i>Gesamtbewertung (max. 10)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Ungewollte Gewichtsverluste trotz vorhandener Mahlzeiten · Angehörigenbeschwerden („meine Mutter isst nicht mehr“) · erhöhter Pflegeaufwand durch vermeidbare Folgen

F. Demenzgerechte Ernährung

Frage	Bewertung
Gibt es ein eigenständiges Konzept für die Ernährung bei Demenz (nicht nur Verweis auf den allgemeinen Mangelernährungs-Standard)?	
Werden Fingerfood-Angebote für Menschen mit veränderter Esskoordination eingesetzt?	
Werden Mahlzeiten in reizarmem Setting angeboten (kleine Gruppen, ruhige Umgebung, klare Tellergestaltung)?	
Werden bekannte und biografisch verankerte Speisen bevorzugt eingesetzt — und können Essenszeiten flexibilisiert werden (bei Bedarf abends Frühstück)?	
<i>Gesamtbewertung (max. 8)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Bewohner mit Demenz verlieren überproportional Gewicht · Schwierigkeiten bei Mahlzeiten eskalieren zu Verhaltensauffälligkeiten · spürbare Vernachlässigung wird von Angehörigen wahrgenommen

G. Dysphagie-Management

Frage	Bewertung
Werden Schluckstörungen mit standardisiertem Screening systematisch erkannt (nicht nur bei akuten Vorfällen)?	
Gibt es klare Maßnahmen bei Aspirationszeichen wie Husten beim Essen, Verschlucken, feuchter Stimme, wiederkehrenden Pneumonien oder Verdacht auf Aspiration?	
Gibt es definierte Koststufen mit klaren Texturen (z. B. IDDSI-Stufen 1–7 oder vergleichbares System)?	
Werden Getränke nach individuellem Bedarf andickt — mit Standard zur Dosierung und Schulung des Personals?	
Ist Logopädie oder qualifizierte Fachberatung für Dysphagie verfügbar (intern oder über externe Kooperation)?	
<i>Gesamtbewertung (max. 10)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Aspirationsrisiko und Pneumonien · vermeidbare Krankenhausaufnahmen wegen Aspirationsereignissen · Haftungsrelevanz bei nicht erkannten Schluckstörungen

H. Flüssigkeitsversorgung

Frage	Bewertung
Wird das Trinkverhalten regelmäßig beobachtet und dokumentiert (bei Risikobewohnern mit Trinkprotokoll)?	
Gibt es individuelle Trinkangebote (Lieblingsgetränke, attraktive Darreichung, geeignete Temperatur)?	
Werden Trinkhilfen bedarfsgerecht eingesetzt (Strohalm, Schnabelbecher, Trinkbecher mit Ausgießer, Trinklöffel)?	
Gibt es definierte Maßnahmen für Hitzeperioden und Dehydratationsrisiko (Sommer-Standard, akute Eskalation)?	
<i>Gesamtbewertung (max. 8)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Dehydratation, Stürze, Mobilitätsverlust · Verwirrheitszustände durch Flüssigkeitsmangel · verstärkte Sommer-Belastung im Pflegealltag

I. Verzehrkontrolle und Monitoring

Frage	Bewertung
Werden Gewichte bei Risikobewohnern regelmäßig kontrolliert (mindestens monatlich, bei akuten Veränderungen häufiger)?	
Werden Tellerreste und tatsächliche Nahrungsaufnahme bei Risikobewohnern erfasst (nicht nur „hat gegessen“ / „hat nicht gegessen“)?	
Gibt es definierte Eskalationsschwellen (z. B. ungewollter Gewichtsverlust >5 % in 3 Monaten oder Bedarfsdeckung <60 % über drei Tage)?	
Werden Maßnahmen nachverfolgt und ihre Wirkung bewertet (nicht nur angeordnet, sondern überprüft)?	
Werden Kennzahlen ausgewertet (Anteil Bewohner mit Mangelernährungsrisiko, Anteil mit aktivem Maßnahmenplan, Tellerrest-Quote, dokumentierte ungewollte Gewichtsverluste)?	
<i>Gesamtbewertung (max. 10)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Gewichtsverluste werden nicht datenbasiert erkannt · Reaktion erst, wenn die Lage akut ist · keine belastbare Grundlage für Maßnahmen-Anpassung

J. Personal und Qualifikation

Frage	Bewertung
Sind Pflegekräfte im Erkennen und Umgang mit Mangelernährung geschult (regelmäßige Auffrischung, nicht nur Einarbeitung)?	
Sind Küchen- und Hauswirtschaftsmitarbeitende für energie- und proteinreiche Kleinportionen sowie Konsistenz-Anforderungen geschult?	
Gibt es regelmäßige Fortbildungen zu Demenz, Dysphagie, Esskultur und Schluck-Coaching für relevante Berufsgruppen?	
Gibt es interdisziplinäre Fallbesprechungen Pflege–Küche–Hauswirtschaft (mindestens monatlich, bei akuten Lagen ad hoc)?	
<i>Gesamtbewertung (max. 8)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Mitarbeitende erkennen Risiken nicht aktiv · Schnittstellen Pflege ↔ Küche ↔ Hauswirtschaft funktionieren nur informell · Wissensverlust bei Personalwechsel ohne Sicherung

K. Qualität, Prüfung und kontinuierliche Verbesserung

Dieser Block verbindet die internen Qualitätsindikatoren mit der externen Prüfanschlussfähigkeit (Medizinischer Dienst, Heimaufsicht). Er ist in den meisten Pflege-Audit-Tools unterentwickelt — und genau hier liegen die Hebel für nachhaltige Wirkung und für eine ruhige Prüfzubereitung.

Frage	Bewertung
Wird die Bewohner- und Angehörigenzufriedenheit zur Verpflegung regelmäßig systematisch erhoben (nicht nur informell)?	
Gibt es ein strukturiertes Beschwerdemanagement zur Verpflegung mit dokumentierten Reaktionen?	
Werden die Qualitätskriterien des Medizinischen Dienstes (MD) zur Ernährung in der eigenen Dokumentation gespiegelt — und ist die Einrichtung auf den nächsten MD-Prüftermin in diesem Punkt vorbereitet?	
Werden Wirkungsindikatoren der Ernährungsarbeit erfasst und ausgewertet (z. B. Anteil mangelernährter Bewohner, Tellerrest-Quote, Dekubitus-Inzidenz, Mobilitäts-Erhalt, vermeidbare Krankenhauseinweisungen) als Teil der internen Qualitätssteuerung?	
Gibt es einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess mit dokumentierten Verantwortlichkeiten, Fristen und Wirksamkeitskontrolle?	
<i>Gesamtbewertung (max. 10)</i>	

Notizen / besondere Beobachtungen:

Wenn dieser Block schwach ist, sind diese Folgen wahrscheinlich:

Notierungen bei MD-Prüfungen · Wirkungsindikatoren bleiben unsichtbar, Trägerseite kann nicht steuern · Verbesserungen versanden ohne strukturierte Nachverfolgung

Auswertung

Block	Maximale Punktzahl	Ihre Bewertung
A — Strategie und Verantwortung	10	
B — Aufnahme, Screening und Verlauf	12	
C — Ernährungstherapie und Maßnahmenplanung	10	
D — Verpflegungsangebot und Speisenqualität	10	
E — Essbegleitung und Esskultur	10	
F — Demenzgerechte Ernährung	8	
G — Dysphagie-Management	10	
H — Flüssigkeitsversorgung	8	
I — Verzehrkontrolle und Monitoring	10	
J — Personal und Qualifikation	8	
K — Qualität, Prüfung und kontinuierliche Verbesserung	10	
Gesamt	106	

Was bedeutet ein schwacher Block konkret?

Schwacher Block	Typische Folgen
A — Strategie und Verantwortung	Ernährung wird zur Pflege-Nebensache · diffuse Verantwortlichkeiten · MD-Prüf-Unsicherheit
B — Aufnahme, Screening und Verlauf	Späte Erkennung von Gewichtsverlust · keine gezielten Maßnahmen für Risikobewohner · MD-Beanstandungen
C — Ernährungstherapie und Maßnahmenplanung	Risikobewohner ohne individuellen Plan · Trinknahrung ohne Verzehrkontrolle · verpuffende Maßnahmen
D — Verpflegungsangebot und Speisenqualität	Hohe Tellerreste · sinkende Bewohnerzufriedenheit · Angehörigenbeschwerden
E — Essbegleitung und Esskultur	Gewichtsverluste trotz Mahlzeiten · Angehörigenbeschwerden · erhöhter Pflegeaufwand
F — Demenzgerechte Ernährung	Überproportionaler Gewichtsverlust bei Demenz · Mahlzeiten-Eskalationen · wahrnehmbare Vernachlässigung
G — Dysphagie-Management	Aspirationsrisiko und Pneumonien · vermeidbare Krankenhausaufnahmen · Haftungsrelevanz
H — Flüssigkeitsversorgung	Dehydratation, Stürze, Mobilitätsverlust · Verwirrtheit · Sommer-Belastung

I — Verzehrkontrolle und Monitoring	Nicht datenbasierte Erkennung · späte Reaktion · keine belastbare Anpassungs-Grundlage
J — Personal und Qualifikation	Risiken werden nicht aktiv erkannt · informelle Schnittstellen · Wissensverlust bei Personalwechsel
K — Qualität, Prüfung und Verbesserung	MD-Notierungen · unsichtbare Wirkungsindikatoren · 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 (Quartile)

0 – 26 Punkte (Quartil 1 — bis 25 %)

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

27 – 53 Punkte (Quartil 2 — bis 50 %)

Einzelne Bausteine sind vorhanden, aber die Versorgung ist noch nicht konsistent. Besonders wahrscheinlich sind Lücken zwischen Screening und tatsächlicher Maßnahmenumsetzung (B/C → D/E/I). Die Schnittstelle Pflege ↔ Küche ↔ Hauswirtschaft ist erfahrungsgemäß die größte Baustelle in diesem Quartil.

54 – 79 Punkte (Quartil 3 — bis 75 %)

Gute Grundlagen. Die Einrichtung arbeitet bereits strukturiert, hat aber meist noch Potenzial bei den Spezialfeldern Demenz (F), Dysphagie (G) und in der Essbegleitung (E). Diese drei Blöcke sind die typischen Differenzierungs-Felder, in denen sich gute Einrichtungen von sehr guten unterscheiden.

80 – 106 Punkte (Quartil 4 — über 75 %)

Sehr guter Reifegrad. Schwerpunkt sollte jetzt auf Feinsteuerung, Wirkungsmessung und Block K (Qualität, Prüfanschluss, Verbesserung) liegen. Auch reife Häuser nutzen die Wirkungsindikatoren und die Verzahnung zur MD-Prüfvorbereitung oft nicht systematisch 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 MD- oder 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 Pflege ↔ Küche ↔ Hauswirtschaft 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 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

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.