

# Evaluation des „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen“<sup>1,2</sup>

Eva Kiesswetter, Carina Burger, Dorothee Volkert, Erlangen-Nürnberg;  
Ulrike Arens-Azevêdo, Rowena Alber, Ulrike Pfannes, Hamburg

## Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Studie war es, die Bekanntheit und Akzeptanz sowie Umsetzung und Auswirkungen des „DGE-Qualitätsstandard (QSt) für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen“ zu evaluieren.

An einer bundesweiten schriftlichen Befragung nahmen 590 Senioreneinrichtungen mit unterschiedlichen Anteilen pflegebedürftiger Bewohner teil. Mit einer Teilstichprobe von 75 Verpflegungsverantwortlichen wurden vertiefende telefonische Interviews geführt.

Gut zwei Dritteln der teilnehmenden Heime ist der QSt bekannt, die meisten von diesen setzen ihn auch zumindest teilweise um und bewerten ihn als hilfreich. Einige Kriterien der Qualitätsbereiche „Lebensmittel“ und „Nährstoffe“ wurden von Einrichtungen, die den QSt kennen, signifikant häufiger erfüllt als von denen, die ihn nicht kennen. Alle erfragten Kriterien der übrigen Qualitätsbereiche wurden unabhängig von der Bekanntheit des QSt von der großen Mehrheit der Einrichtungen erfüllt. Als Auswirkungen der Umsetzung des QSt wurden am häufigsten Änderungen bei der Einsatzhäufigkeit bestimmter Lebensmittelgruppen, größere Auswahlmöglichkeiten sowie Steigerungen beim Wareneinsatz und bei der Bewohnerzufriedenheit genannt. Die größten Hürden zur Umsetzung des QSt stellten Kosten und knappes Budget, mangelnde zeitliche Ressourcen sowie die mangelnde Akzeptanz bestimmter Lebensmittelgruppen dar.

Die Ergebnisse sollen als Grundlage zur Weiterentwicklung des QSt dienen.

**Schlüsselwörter:** Senioreneinrichtungen, Gemeinschaftsverpflegung, DGE-Qualitätsstandard, Verpflegung, Pflegeheim

### Zitierweise:

Kiesswetter E, Burger C, Volkert D, Arens-Azevêdo U, Alber R, Pfannes U (2016) Evaluation of the „DGE Quality Standard for Catering in Institutions for Older People“. Ernährungs Umschau 63(12): 246–253

The English version of this article is available online:  
DOI: 10.4455/eu.2016.052

## Einleitung

Aufgrund der demografischen Entwicklung leben immer mehr ältere Menschen in stationären Senioreneinrichtungen. Da v. a. die Zahl hochbetagter Senioren ansteigt und im hohen Alter ein vermehrter Pflegebedarf besteht, hat sich dabei das früher klassische Seniorenheim, bei dem das Wohnen unter Betreuung im Vordergrund stand, immer mehr zum sog. Pflegeheim entwickelt, in dem auch alte Menschen mit Pflegebedarf versorgt werden. Aus der aktuellen Pflegestatistik

des Statistischen Bundesamtes geht hervor, dass Ende 2013 in Deutschland 764 000 Menschen – knapp ein Drittel aller Pflegebedürftigen – in bundesweit ca. 13 000 nach SGB XI zugelassenen Pflegeheimen versorgt wurden. Knapp 11 000 dieser Einrichtungen boten vollstationäre Dauerpflege an, die übrigen Heime haben ausschließlich Kurzzeit- oder Teilzeitpflege. In fast allen Heimen (94 %) handelt es sich um überwiegend ältere Menschen [1].

2013 war jeder fünfte Pflegeheimbewohner schwerstpflegebedürftig (Pflegestufe 3), fast zwei Drittel waren in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt [1]. Mit diesen Einschränkungen gehen häufig Ernährungsprobleme wie Appetitlosigkeit, Kau- und Schluckbeschwerden und Hilfebedürftigkeit beim Essen einher, die wiederum mit einer geringen Essmenge und einem hohen Mangelernährungsrisiko verbunden sind [2–5].

In der ErnSTES-Studie, der größten deutschen Studie zur Ernährungssituation älterer Menschen in stationären Einrichtungen, litten 39 % der teilnehmenden 773 Bewohner zumindest gelegentlich unter Appetitlosigkeit, 24 % unter Kau- und 8 % unter Schluckbeschwerden. 55 % benötigten Hilfe beim Kleinschneiden der Nahrung und 40 % nahmen zumindest gelegentlich auffällig geringe Essmengen zu sich. Mittels

<sup>1</sup> Dieser Artikel ist eine Kurzfassung des gleichnamigen Kapitels im Ernährungsbericht 2016 der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE).

<sup>2</sup> Mit Förderung durch das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL)

Mini Nutritional Assessment (MNA®) wurde bei 11 % eine Mangelernährung und bei 48 % ein Risiko für Mangelernährung festgestellt [6].

Um eine mengenmäßig ausreichende Ernährung zu ermöglichen, müssen beim Essensangebot daher neben Aspekten der Nährstoffbedarfsdeckung ganz wesentlich die Bedürfnisse und Ressourcen der Bewohner berücksichtigt werden. Im Unterschied zur Gemeinschaftsverpflegung in anderen Bereichen wie Schul- oder Betriebsgastronomie handelt es sich bei der Verpflegung in Senioreneinrichtungen zudem um eine Vollverpflegung, die sämtliche Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten des Tages beinhaltet. Darüber hinaus ist der Aufenthalt in Seniorenheimen in der Regel dauerhaft und erstreckt sich über die gesamte noch verbleibende Lebenszeit. Die Gemeinschaftsverpflegung ist in diesem Bereich somit vor besondere Herausforderungen gestellt.

Mit dem Ziel, die Verpflegungsverantwortlichen in Senioreneinrichtungen bei dieser anspruchsvollen Aufgabe zu unterstützen und den Bewohnern die Auswahl aus einem bedarfs- und bedürfnisgerechten Angebot zu ermöglichen, wurde im Jahr 2009 im Rahmen des Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ der „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen“ (QSt) entwickelt, der mittlerweile in der dritten Auflage vorliegt [7].

Bisher ist nicht bekannt, wie weit der QSt verbreitet ist, ob dieser von den Einrichtungen als hilfreich erachtet wird und wie er sich auf die Qualität der Verpflegung auswirkt. Ziel der vorliegenden Studie, die für den Ernährungsbericht 2016 durchgeführt und durch das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) gefördert wurde, war es daher, die Bekanntheit und Akzeptanz sowie die Umsetzung und die Auswirkungen des QSt zu untersuchen.

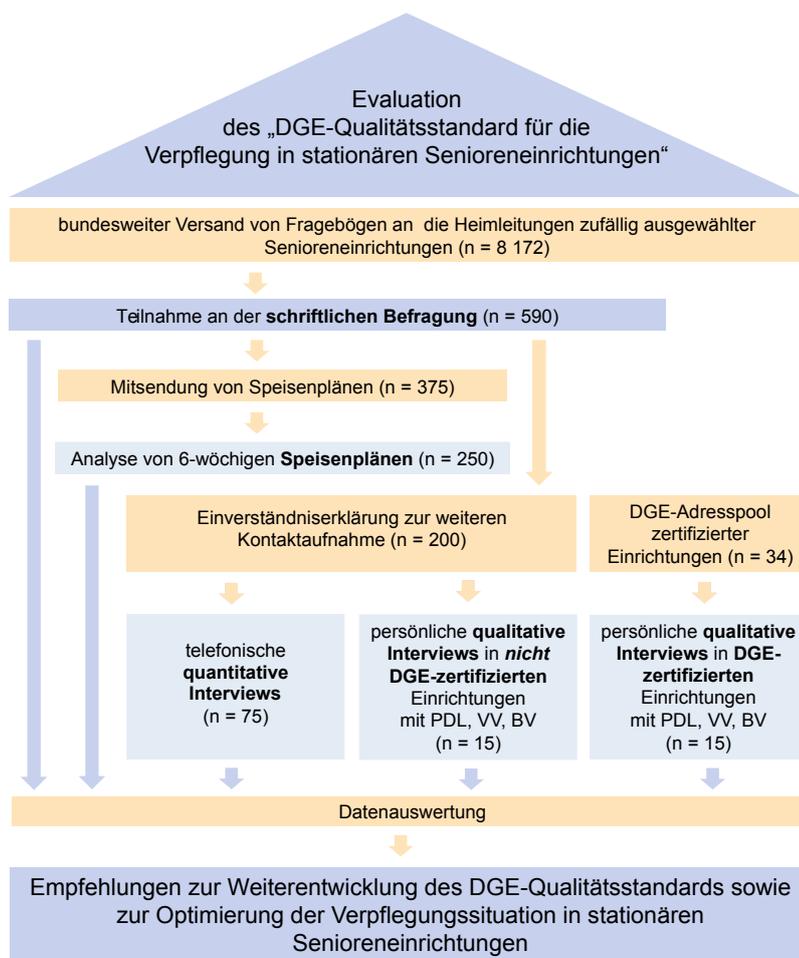


Abb. 1: Ablaufschema und Erhebungsinstrumente des bundesweiten Forschungsprojekts zur Evaluation des „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen“  
DGE = Deutsche Gesellschaft für Ernährung; PDL = Pflegedienstleitung, VV = Verpflegungsverantwortlicher, BV = Bewohnervertreter

## Methodik

Die Evaluation des QSt erfolgte in vier Projektteilen mit unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten (♦ Abbildung 1). Die Darstellung beschränkt sich aus Platzgründen auf Teile der schriftlichen Befragung und der telefonischen Interviews. Die vollständige Methodik ist im Ernährungsbericht 2016 beschrieben [8].

In allen Projektteilen wurden diverse Einrichtungscharakteristika (u. a. Träger, Anzahl vollstationärer Plätze) und Verpflegungsstrukturen (u. a. Betreiber der Küche, Verpflegungssystem) der jeweiligen Studienkollektive erfasst.

## Schriftliche Befragung

Mithilfe einer bundesweiten schriftlichen Befragung sollten Bekanntheit und Akzeptanz des QSt sowie die Um-

setzung einzelner Kriterien ermittelt werden. Dafür wurde ein Fragebogen entwickelt, der insgesamt 66 Fragen umfasste: 56 geschlossene (davon 14 ja/nein-Fragen) und 10 offene Fragen (9 zu Zahlenangaben, 1 mit offener Textantwort). Inhaltlich war der Fragebogen in die Themen „Strukturdaten“ (8 Fragen), „Organisation der Verpflegung“ (15 Fragen), „Lebensmittelauswahl“ (14 Fragen), „Speisenplanung“ (14 Fragen) und „Qualitäts- und Ernährungsmanagement“ (15 Fragen) gegliedert. Der Fragebogen konnte in Papierform (4 DIN A4-Seiten) oder online ausgefüllt werden.<sup>3</sup> Aus einer Adressdatei von 10 589 stationären Pflegeeinrichtungen (97 %

<sup>3</sup> Nähere Informationen zum Fragebogen sind bei den Autoren erhältlich.

aller deutschen Senioreneinrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege, n = 10 949 [1]) wurden eine Zufallsstichprobe von 5 000 Einrichtungen per Post und zusätzlich weitere 3 172 Einrichtungen per E-Mail angeschrieben und um Teilnahme gebeten.

### Telefon-Interviews

Von den 200 Einrichtungen, die sich im Zuge der schriftlichen Befragung auch zu einer weiteren telefonischen Kontaktaufnahme bereit erklärten, wurden 75 zufällig ausgewählte Häuser in die standardisierte telefonische Befragung einbezogen. Die Interviews wurden mit dem/der Verpflegungsverantwortlichen des Hauses (Küchen- oder Hauswirtschaftsleitung) durchgeführt und hatten einen Zeitumfang von 20–30 Minuten. Im Rahmen der telefonischen Befragung wurde ebenfalls die Bekanntheit des QSt erfragt, darüber hinaus wurden Auswirkungen und Nutzen der Umsetzung sowie dabei zu bewältigende Hürden erfasst.

### Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte mit üblichen Methoden der deskriptiven Statistik. Einrichtungen, die den QSt kennen bzw. nicht kennen, wurden verglichen und Unterschiede bei kategorischen Variablen mittels Chi-Quadrat-Test nach PEARSON bzw. Fischer-Exakt-Test auf Signifikanz geprüft. Teilnehmer mit fehlenden Angaben wurden dabei nicht berücksichtigt. Das Signifikanzniveau wurde bei  $p < 0,05$  festgelegt.

### Ergebnisse

An der schriftlichen Befragung nahmen 590 Einrichtungen teil, dies entspricht 7,2 % der kontaktierten (n = 8 172) bzw. 5,4 % aller Seniorenheime in Deutschland mit vollstationärer Dauerpflege (n = 10 949). Die Heime haben im Mittel 80 Plätze. 41 % der Heime befinden sich in pri-

vater und 58 % in freigemeinnütziger bzw. öffentlicher Trägerschaft. Die meisten Einrichtungen betreiben eine eigene Küche (69 %). Servicegesellschaften der Träger (21 %) und Caterer (8 %) kommen seltener vor. Das Mittagessen wird zu 82 % in einer Mischküche vor Ort hergestellt, 11 % der Einrichtungen erhalten das Mittagessen warm angeliefert und 5 % nutzen gekühlte oder tiefgekühlte Mahlzeiten, die angeliefert und vor Ort regeneriert werden.

### Bekanntheit und Akzeptanz des QSt

Mehr als zwei Drittel (68 %) der Teilnehmer der schriftlichen Befragung gaben an, den QSt zu kennen und die meisten (61 %), diesen auch ganz (16 %) oder teilweise (45 %) umzusetzen, 7 % beantworteten die Frage nach der Umsetzung mit nein. 50 % derjenigen, die den QSt kennen (n = 403), gaben an, durch ein Seminar oder

eine Fortbildung darauf aufmerksam geworden zu sein. Weitere Informationsquellen stellten Fachzeitschriften (44 %), das Internet (33 %), die DGE (32 %), Messen (16 %), Kollegen (12 %) und Broschüren (12 %) dar (Mehrfachnennung möglich).

Im Telefoninterview gaben 60 % der 75 befragten Verpflegungsverantwortlichen an, mit den Inhalten des QSt vertraut zu sein, 56 % setzen ihn ganz (11 %) oder teilweise (45 %) um. 40 % gaben an, nicht mit den Inhalten vertraut zu sein.

### Umsetzung einzelner Aspekte des QSt

Alle nachfolgenden Ergebnisse zur Umsetzung beziehen sich auf die schriftliche Befragung.

#### Qualitätsbereich Lebensmittel

Die Erfüllung der Empfehlungen zur Angebotshäufigkeit bestimmter Lebensmittelgruppen zeigt ♦ Abbildung 2, getrennt für Einrichtungen, die den

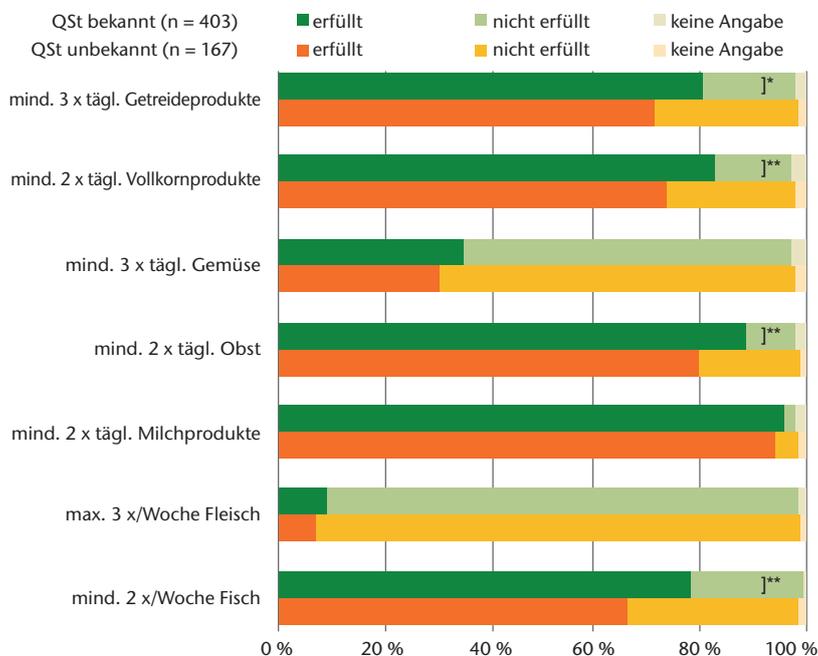


Abb. 2: Erfüllung der Empfehlungen zur Angebotshäufigkeit bestimmter Lebensmittelgruppen in der Vollverpflegung bzw. für Fleisch im Mittagessen (bezogen auf eine Menülinie Vollkost laut schriftlicher Befragung differenziert nach Bekanntheit des Qualitätsstandards [QSt])

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; Chi-Quadrat-Test

Erfragung der Angebotshäufigkeiten mit jeweils 5 Antwortkategorien (mehr als 3/3/2/1/ weniger als 1 Portion/Tag bzw. Woche), beim Fleischangebot mit 7 Antwortkategorien (von mehr als 5 bis weniger als 1 mal/Woche)

QSt kennen bzw. nicht kennen. Während Obst und Milchprodukte von den meisten Heimen empfehlungsgerecht angeboten wurden, wurden die Empfehlungen zum Gemüse- und insbesondere zum Fleischangebot überwiegend nicht umgesetzt.

Seniorenheime, die den QSt kennen, erfüllten signifikant häufiger die Empfehlungen zum Angebot von Getreideprodukten (80 vs. 71 %,  $p < 0,05$ ), Vollkornprodukten (83 vs. 74 %,  $p < 0,01$ ), Obst (89 vs. 80 %,  $p < 0,01$ ) und Fisch (78 vs. 66 %,  $p < 0,01$ ) als Heime, die den QSt nicht kennen (♦ Abbildung 2). Seniorenheime, die den QSt kennen, gaben auch signifikant häufiger an, dass sie oder ihr Lieferant Rapsöl als Standardöl verwenden, als Heime, die den QSt nicht kennen (63 vs. 45 %,  $p < 0,001$ ; Antwortmöglichkeiten: ja, nein, nicht bekannt).

Unabhängig von der Bekanntheit des QSt steht in fast allen Einrichtungen jederzeit Tafel- oder Mineralwasser zur Verfügung (97 vs. 96 %; Frage nach der ständigen Verfügbarkeit von 5 verschiedenen Getränken). Fisch aus nachhaltiger Fischerei wurde dagegen nur in 22 bzw. 15 % der Einrichtungen immer verwendet (Antwortmöglichkeiten: immer, teilweise, nie, nicht bekannt).

#### Qualitätsbereich Speisenplanung und -herstellung

Unabhängig von der Bekanntheit des QSt gaben in einer offenen Frage nach der Wochenanzahl mehr als drei Viertel aller Einrichtungen an, einen **Menüzyklus** von mindestens sechs Wochen zu haben (76 %). **Vegetarische Kost** ist in deutlich mehr Heimen verfügbar, die den QSt kennen, als in Einrichtungen, denen der QSt unbekannt ist (80 vs. 65 %,  $p < 0,001$ ; Frage nach dem Angebot 14 verschiedener Kostformen, darunter vegetarische Kost).

#### Qualitätsbereich Lebenswelt

Nahezu alle Einrichtungen (99 %) gaben an, jederzeit **Zwischenmahlzeiten** verfügbar zu haben (ja/nein-Frage). Weiterhin wurde erfragt, welche der sechs folgen-

den Serviceleistungen bzw. **Hilfestellungen** die Bewohner erhalten (Mehrfachantworten möglich): Jeweils 97 % der Einrichtungen gaben an, Wünsche und Portionsgrößen zu erfragen bzw. Speisen und Getränke bei Bedarf anzureichen, bei 93 % werden die Bewohner bei der Speisenauswahl beraten und in 88 % der Heime werden die Speisen beim Servieren benannt. Geeignete Hilfsmittel werden in 87 % der Heime bereitgestellt. Die Serviceleistung „fachliche Beratung zu individuellen Diäten und Kostformen“ wurde mit 74 % am seltensten angeboten.

Für die Hauptmahlzeiten wurde erfragt, in welchen **Zeiträumen** diese eingenommen werden können (jeweils Uhrzeit von ... bis). Überwiegend wurde mindestens eine Stunde angesetzt (Frühstück 90 %, Mittag-86 % und Abendessen 87 %).

Unterschiede zwischen Einrichtungen, die den QSt kennen bzw. nicht kennen, gab es bei diesen Kriterien nicht.

#### Qualitätsbereich Hygieneaspekte

Nahezu alle Seniorenheime gaben, ebenfalls unabhängig von der Bekanntheit des QSt, an, die folgenden fünf Maßnahmen zur Hygienesicherung umzusetzen (Mehrfachnennungen möglich): einen Reinigungs- und Hygieneplan gibt es in 97 %, regelmäßige Schulungen in 96 %, Temperaturmessungen in 96 % und Verfahrensanweisungen zur guten Hygienepraxis (z. B. Händehygiene) in 95 % der Einrichtungen. Lediglich die Entnahme von Rückstellproben der Speisen wurde in Einrichtungen, die den QSt kennen, signifikant häufiger durchgeführt als in Einrichtungen, die ihn nicht kennen (95 vs. 89 %,  $p < 0,05$ ). Außerdem beantworteten mehr Seniorenheime, die den QSt kennen, die Frage nach dem Vorhandensein eines HACCP-Konzepts (*Hazard Analysis and Critical Control Points*) in der Einrichtung positiv als Häuser, die den QSt nicht kennen (96 vs. 87 %,  $p < 0,001$ ; ja/nein-Frage).

#### Qualitätsbereich Nährstoffe

Einrichtungen, die den QSt kennen,

gaben signifikant häufiger an, zumindest für einen Großteil der Speisen schriftliche **Rezepturen** (62 vs. 48 %,  $p < 0,01$ ) und explizite **Zubereitungshinweise** (53 vs. 38 %,  $p < 0,01$ ) zu haben als Seniorenheime, denen der QSt unbekannt ist (Antwortmöglichkeiten: ja für alle, ja für einen Großteil, ja für manche Speisen/Rezepte, nein).

Unabhängig von der Bekanntheit des QSt gaben rund zwei Drittel (66 %) der Heime an, für mindestens eine Menülinie eine **Nährwertberechnung** durchzuführen (ja/nein-Frage). Diese Einrichtungen wurden weiterführend gefragt, ob die Nährstoffzusammensetzung der berechneten Menülinie den Referenzwerten für die Nährstoffzufuhr entspricht ( $n = 389$ ; Antwortmöglichkeiten ja, nein, weiß nicht). Einrichtungen, die den QSt kennen ( $n = 281$ ) bejahten diese Frage signifikant häufiger als Häuser, die den QSt nicht kennen ( $n = 100$ ) (77 vs. 45 %,  $p < 0,001$ ). Zudem gaben Heime, die den QSt kennen, signifikant häufiger an, eine **Software zur Nährwertberechnung** einzusetzen als Häuser, denen der QSt unbekannt ist (58 vs. 39 %,  $p < 0,01$ ; ja/nein-Frage).

#### Bewertung des QST

Der Großteil (85 %) der Einrichtungen, die angaben, den QSt zu kennen ( $n = 403$ ), bewertete diesen in der schriftlichen Befragung auch als **hilfreich** (ja/nein-Frage), wobei 8 % keine Angabe hierzu machten. Von acht abgefragten Themen wurden die Inhalte des QSt zu Speisenplanung (68 %), Lebensmittelauswahl (58 %) und Mangelerkrankung (55 %) am häufigsten als hilfreich empfunden. Die Themen Qualitätsmanagement (45 %), Sonderkostformen (40 %), Speisenherstellung (39 %) und rechtliche Bestimmungen (37 %) wurden von mindestens einem Drittel als hilfreich bewertet, während die Informationen zur Essatmosphäre nur 26 % geholfen haben.

Von denjenigen, die den QSt nicht oder nur teilweise umsetzen ( $n = 301$ ), wurden von neun vorgeschlagenen **Gründen für die**

bewertete Themenbereiche des QSt	mit Kenntnis QSt (n = 45) <sup>a</sup>					ohne Kenntnis QSt (n = 30) <sup>a</sup>		
	zu stark	genau richtig	zu wenig	sollte nicht enthalten sein	weiß nicht	sollte enthalten sein	sollte nicht enthalten sein	weiß nicht
Speisenplanung	8,9	68,9	0,0	6,7	13,3	90,0	6,7	0,0
Lebensmittelauswahl	15,6	57,8	4,4	11,1	8,9	73,3	23,3	0,0
Speisenherstellung	6,7	55,6	4,4	13,3	17,8	66,7	30,0	0,0
Sonderkostformen	2,2	60,0	17,8	2,2	15,6	93,3	3,3	0,0
Mangelernährung	0,0	71,1	13,3	0,0	13,3	96,7	0,0	0,0
Qualitätsmanagement	2,2	64,4	2,2	6,7	22,2	86,7	10,0	0,0
rechtliche Bestimmungen	2,2	68,9	4,4	2,2	20,0	93,3	3,3	0,0
Essatmosphäre	6,7	62,2	4,4	11,1	13,3	86,7	6,7	3,3

<sup>a</sup> Je ein Befragter ohne bzw. mit Kenntnis ohne Angabe.

Tab. 1: Bewertung durch die Verpflegungsverantwortlichen im Telefoninterview, ob die acht Themenbereiche im Qualitätsstandard (QSt) angemessen ausführlich dargestellt sind, differenziert nach Kenntnis des QSt (alle Angaben in %)

**Nicht-Umsetzung** am häufigsten die mangelnde Bewohnerakzeptanz von Vollkornprodukten (70 %) und fleischlosen Gerichten (55 %) sowie die fehlende Passung für Bewohnerbedürfnisse (40 %) angekreuzt.

Im Telefoninterview wurden alle acht zuvor genannten Themenbereiche von mindestens der Hälfte derjenigen, die angaben, mit den Inhalten des QSt vertraut zu sein (n = 45), als „genau richtig“ eingeschätzt (♦ Tabelle 1). Die Themen Lebensmittelauswahl und Speisenplanung wurden am häufigsten als „zu stark thematisiert“ empfunden, während zu den Themen Sonderkostformen und Mangelernährung am häufigsten mehr Information gewünscht wurde. Zwischen 9 und 22 % der Befragten konnten bei den einzelnen Themen keine Einschätzung vornehmen.

**Auswirkungen, Nutzen und Hürden bei der Umsetzung des Qualitätsstandards**

Im Telefoninterview wurden diejenigen, die angaben, den QSt umzusetzen, nach den **Auswirkungen** der Umsetzung gefragt (Antwortmöglichkeiten jeweils: gestiegen, gesunken, gleich geblieben, weiß nicht). Bei gut der Hälfte (55 %) der Befragten (n = 42) ergaben sich Änderungen in Bezug auf die Einsatzhäufigkeit bestimmter Lebensmittelgruppen in der Speisenplanung. Die Angebotshäufigkeit von Gemüse und Salat

(74 %), Obst (52 %), Fisch (48 %) und Vollkornprodukten (48 %) stieg in den meisten dieser 23 Heime, während die von Fleisch bei mehr als der Hälfte (57 %) sank. Zudem wurde bei den Auswahlmöglichkeiten des Speisenangebots (45 %), dem Wareneinsatz (41 %) und der Bewohnerzufriedenheit (31 %) häufig eine Steigerung genannt, wobei die Veränderung bei der Zufriedenheit der Bewohner von vielen Befragten nicht eingeschätzt werden konnte (24 %). Bei der Anzahl der Menülinien (79 %), dem Personaleinsatz (79 %), der Länge des Menüzyklus (74 %) sowie der Motivation und Zufriedenheit der Mitarbeiter (je 62 %) ergaben sich beim Großteil der Befragten keine Veränderungen.

Bei der offenen Frage nach dem größten **Nutzen**, der sich aus der Einführung des QSt ergab, nannten 38 %, eine Orientierungshilfe zu haben, 17 % das veränderte Lebensmittelangebot und 14 % die gesteigerte Bewohnerzufriedenheit. Je zwei Einrichtungen erzielten durch den QSt einen verbesserten Fokus auf die Ernährung in der Einrichtung bzw. eine größere Transparenz, jeweils eine Einrichtung gab eine bessere Kalkulation und Planung der Verpflegung bzw. eine gute Vereinbarkeit der Qualitätsstandards für Kita, Schule und Senioreneinrichtungen als Nutzen an. 17 % der Befragten konnten keinen Nutzen benennen.

Die häufigsten **Hürden** bei der Umsetzung des QSt stellten in den befragten Einrichtungen Kosten und

knappes Budget, mangelnde zeitliche Ressourcen sowie die mangelnde Akzeptanz bestimmter Lebensmittelgruppen dar (♦ Abbildung 3). Die Hürde „schwierige Integration in bestehende Arbeitsläufe“ wurde mit 86 % am häufigsten bewältigt, die Hürden „unpassend für Bewohnerbedürfnisse“ (31 %), „mangelnde Mitarbeitermotivation“ (44 %) und „mangelnde Akzeptanz bestimmter Lebensmittelgruppen“ (48 %) konnten von weniger als der Hälfte der Heime, die dies als Hürde benannten, überwunden werden (♦ Abbildung 3).

**Diskussion**

590 Einrichtungen aus ganz Deutschland nahmen an der Befragung teil, wobei die Rücksendequote mit 7 % gering war. Ursachen dafür könnten ein eher untergeordnetes Interesse der angeschriebenen Heimleitungen an der Ernährung bzw. an wissenschaftlichen Befragungen generell sein, vermutlich in Verbindung mit einer allgemeinen Zeitknappheit. Auch die Tatsache, dass je nach Heimstruktur unter Umständen weitere Personen – Verpflegungsverantwortliche und/oder Pflegedienstleitung – zur Beantwortung einbezogen werden mussten und dies zu aufwändig erschien, könnte eine Erklärung sein.

Die Repräsentativität der Daten lässt sich leider nicht beurteilen, da bundesweite Vergleichsdaten weitgehend fehlen. Aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme muss von einer Positivselektion ernährungsinteressierter Einrichtungen ausgegangen werden.

## Bekanntheit und Akzeptanz des QSt

Laut schriftlicher Befragung ist der QSt mehr als zwei Dritteln der teilnehmenden Einrichtungen bekannt. Es ist zu vermuten, dass die tatsächliche Bekanntheit aufgrund der Positivselektion und einer möglicherweise sozial erwünschten Beantwortung der Frage deutlich geringer ist.

Inwieweit der QSt auch inhaltlich bekannt ist, lässt sich durch die einfache Frage nach der Bekanntheit leider nicht genauer sagen. Das Unvermögen einiger Teilnehmer des Telefoninterviews, eine Bewertung einzelner Themenbereiche vorzunehmen, lässt vermuten, dass die Inhalte häufig nicht im Einzelnen präsent sind.

## Umsetzung des QSt

Erfreulicherweise gab der Großteil der schriftlich bzw. telefonisch Befragten, die den QSt kennen, auch an, diesen zumindest teilweise in ihrer Einrichtung umzusetzen. Art und Umfang der Umsetzung lassen sich aus dieser Antwort allerdings

keinesfalls ableiten, sie reflektiert lediglich die sehr grobe, subjektive Einschätzung der Einrichtung.

Durch Fragen zu einzelnen Qualitätskriterien wurde versucht, die Umsetzung genauer zu erfassen. Auch hier ergab sich ein überwiegend positives Bild. Sämtliche erfragten Kriterien aus den Qualitätsbereichen „Speisenplanung und -herstellung“, „Lebenswelt“ und „Hygieneaspekte“ wurden laut eigenen Angaben von mehr als drei Vierteln der Einrichtungen erfüllt, viele sogar von über 90 %.

Im Bereich **Hygieneanforderungen** ist die fast hundertprozentige Umsetzung nicht erstaunlich, da einige Kriterien des QSt gesetzlichen Vorgaben entsprechen. Betriebskontrollen, die im Jahr 2013 im Rahmen des bundesweiten Überwachungsplans in 1 069 Senioreneinrichtungen durchgeführt wurden, identifizierten hingegen bei 60 % der überprüften Einrichtungen leichte bis schwere Mängel im Hygienemanagement [9]. Diese Diskrepanz verdeutlicht die Schwierigkeit insgesamt, Qualitätskriterien im Rahmen von Befragungen zu überprüfen. Die sehr positiven Ergebnisse müssen zum Teil sicherlich auf eine Überschätzung der eigenen Qualität bzw. auf sozial erwünschte anstelle wahrheitsgemäßer Angaben zurückgeführt werden.

Im **Qualitätsbereich „Lebensmittel“**, entsprechen die Angebotshäufigkeiten von Getreide- und Vollkornprodukten, Obst und Fisch nach eigenen Angaben meistens den Empfehlungen. Andere Kriterien aus diesem Qualitätsbereich, wie die Angebotshäufigkeiten von Fleisch und Gemüse und die Verwendung von Fisch aus bestandserhaltender Fischerei wurden dagegen nur von einem relativ geringen Teil der Einrichtungen umgesetzt. Diese Kriterien scheinen entweder weniger bekannt zu sein, werden als weniger wichtig empfunden oder sind schwieriger umsetzbar.

Bei den Fragen zum **Qualitätsbereich „Nährstoffe“** gaben viele Einrichtungen an, schriftliche Rezeptur-

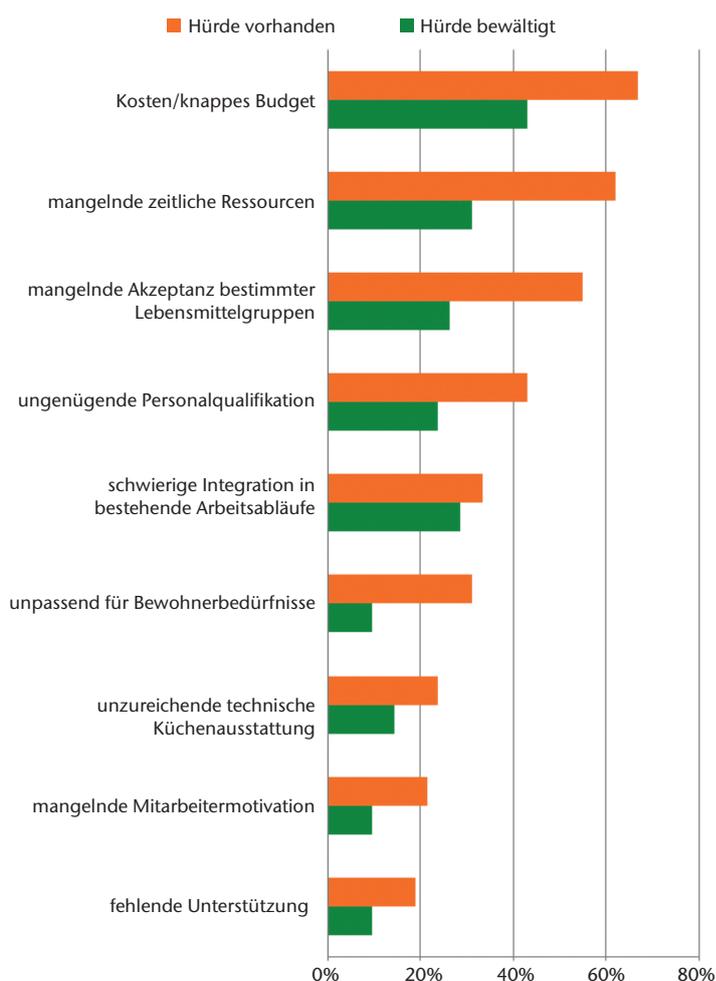


Abb. 3: Häufigkeit von Hürden bei der Umsetzung des Qualitätsstandards (QSt) und deren Bewältigung nach Angaben der Verpflegungsverantwortlichen im Telefoninterview, die den QSt kennen und zumindest teilweise umsetzen (n = 42)

Einzelne Abfrage der 9 Hürden mit den Antwortmöglichkeiten: ja, nein, weiß nicht. Bei ja-Antwort weitere Frage nach der Bewältigung (Antwortmöglichkeiten: ja, nein)

ren und Zubereitungshinweise für alle oder einen Großteil der Speisen vorliegen zu haben und Nährwertberechnungen durchzuführen. Mindestens ein Drittel der Einrichtungen führt die Nährwertberechnungen jedoch ohne Software durch, und insgesamt muss offen bleiben, welche Qualität diese Berechnungen haben, auch wenn häufig bejaht wird, die Referenzwerte zu erfüllen. Auch die Qualität der schriftlichen Rezepturen ist unbekannt: Lediglich zwei Einrichtungen kamen der im Telefoninterview geäußerten Bitte um Zusendung von Rezepturen nach, sodass ursprünglich geplante Auswertungen zum Nährstoffgehalt der angebotenen Speisen nicht durchgeführt werden konnten. Genauere Aussagen zur ernährungsphysiologischen Qualität des Essensangebots sind demnach nicht möglich.

Einige Kriterien wurden von Einrichtungen, die den QSt kennen, häufiger umgesetzt als von Einrichtungen, die angaben, den QSt nicht zu kennen: So wurden die Empfehlungen zur Angebotshäufigkeit von Getreideprodukten, Vollkornprodukten, Obst und Fisch häufiger erfüllt. Zudem wurde häufiger Rapsöl als Standardöl verwandt und vegetarische Kost auf Anfrage angeboten, war häufiger ein HACCP-Konzept verfügbar und wurden öfter Rückstellproben genommen. Weiterhin waren öfter Rezepturen zur Speisenherstellung und explizite Zubereitungshinweise für mindestens einen Großteil der Speisen vorhanden, und sofern eine Nährwertberechnung durchgeführt wurde, entsprach die Nährstoffzusammensetzung nach Angaben der Einrichtungen häufiger den Referenzwerten, ohne dass diese Aussagen von außen überprüft werden konnten. Ebenso wurde von Einrichtungen, die den QSt kennen, häufiger eine Software zur Nährwertberechnung eingesetzt als von Einrichtungen, die den QSt nicht kennen.

Dass die Kenntnis des Qualitätsstandards bei den Befragten auch bei nur teilweiser Umsetzung in der Praxis zu diesen ganz konkreten Verbesserungen im Verpflegungsangebot führte, ist erfreulich. Einschränkend

muss jedoch angemerkt werden, dass aufgrund des Querschnittsdesigns der Studie nicht auszuschließen ist, dass diese Kriterien möglicherweise unabhängig vom QSt durch allgemeines Ernährungsinteresse und gute Kenntnisse bereits vorher umgesetzt wurden. Auch Einrichtungen, die den QSt nicht kennen, scheinen generell gut über die Qualitätskriterien informiert zu sein.

### Bewertung des QSt

War der QSt bekannt, wurde er überwiegend als hilfreich empfunden.

Die Mehrheit der Einrichtungen bewertete alle Themenbereiche des QSt als relevant für einen Verpflegungsstandard; insbesondere die Themen „Mangelernährung“ und „Sonderkostformen“ scheinen von Interesse zu sein.

Als Themen, die nicht bzw. weniger stark im QSt enthalten sein sollten, wurden erstaunlicherweise am häufigsten „Lebensmittelauswahl“ und „Speisenherstellung“ benannt, was daran liegen könnte, dass diese Themen als bekannt und daher uninteressant empfunden werden.

### Auswirkungen und Nutzen der Umsetzung des QSt

Als Auswirkungen der Umsetzung des QSt wurden im Telefoninterview von gut der Hälfte der Befragten Veränderungen beim Lebensmittelangebot berichtet, im Rahmen der qualitativen Interviews außerdem Verbesserungen bei Arbeitsabläufen und bei der Speisenzubereitung [8]. Die von einem Drittel der Befragten genannte Steigerung der Bewohnerzufriedenheit ist erfreulich, allerdings konnten die Auswirkungen diesbezüglich vielfach auch nicht eingeschätzt werden, was vermuten lässt, dass viele Verpflegungsverantwortliche die Bedürfnisse ihrer Tischgäste und die Akzeptanz ihrer Mahlzeiten nicht gut genug kennen. Defizite in der Kommunikation und beim Schnittstellenmanagement wurden auch bei der schriftlichen Befragung und den qualitativen In-

terviews deutlich [8] (hier aus Platzgründen nicht näher dargestellt), die zukünftig dringend der Verbesserung bedürfen.

Den größten Nutzen der Umsetzung des QSt sahen viele Verpflegungsverantwortliche laut Telefoninterview darin, mit diesem eine Orientierungshilfe für die Gestaltung der Verpflegung zu haben und damit Sicherheit für das eigene Arbeiten zu gewinnen, was der Zielsetzung des QSt durchaus entspricht.

Mit 17 % konnten relativ viele der Befragten dem QSt gar keinen Nutzen zuschreiben. Eine bereits hohe Verpflegungsqualität oder Fehleinschätzung des eigenen Verbesserungspotenzials könnten Gründe hierfür darstellen. Eine kritische Eigenschaft der Einrichtungen und weitere Nachforschungen, wie der QSt noch besser an den Bedarf der Einrichtungen angepasst werden kann, wären hier wünschenswert.

### Hürden und Herausforderungen

Budget- und Personalthemen wurden bei den Hürden zur Umsetzung des QSt gleichermaßen in telefonischen und persönlichen Befragungen [8] mit Abstand am häufigsten genannt. Dies zeigt, dass die Rahmenbedingungen zur Umsetzung einer hochwertigen Verpflegung sehr häufig als problematisch empfunden werden.

Eine weitere häufig genannte Hürde bei der Umsetzung war die „mangelnde Akzeptanz bestimmter Lebensmittelgruppen“. Möglicherweise ist nicht allen Verpflegungsverantwortlichen klar, dass es im QSt darum geht, ein gesundheitsförderliches Angebot als Auswahlmöglichkeit zu schaffen und nicht die Bewohner zu einer bestimmten Ernährungsweise zu verpflichten. Zudem könnte ein Wissensdefizit bezüglich der bewohnergerechten praktischen Umsetzung einer den Empfehlungen entsprechenden Lebensmittelauswahl bestehen. Weiterhin sollte zukünftig überlegt werden, wie die Schnittmengen zwischen einem möglichst vollwertigen und einem

möglichst gut akzeptierten Angebot aussehen könnten und wie dies in zukünftige Qualitätsstandards einfließen könnte.

Es ist nicht auszuschließen, dass sich die in Bezug auf die Umsetzung des QSt genannten Hürden und Bewältigungsmaßnahmen auch auf allgemeine Hürden im Verpflegungsalltag beziehen.

## Fazit und Empfehlungen

Die vorliegenden Ergebnisse sind zur Weiterentwicklung des QSt hilfreich. Zukünftig sollte bspw. der potenzielle Nutzen des QSt und Mehrwert für die Einrichtung durch die Implementierung klarer formuliert und kommuniziert werden, da häufig kein Nutzen genannt werden konnte.

Die genannten Gründe für Nichtumsetzung – mangelnde Bewohnerazeptanz, fehlende Passung für Bewohnerbedürfnisse – lassen vermuten, dass viele Einrichtungen die Empfehlungen als Vorgaben für alle Bewohner sehen, die ohne Alternative umgesetzt werden müssen. Die Intention des QSt, den Bewohnern unter Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse und Ressourcen die Auswahl aus einem gesundheitsfördernden Verpflegungsangebot zu ermöglichen, sollte deutlicher formuliert und kommuniziert werden. Durch konkrete Beispiele sollte außerdem aufgezeigt werden, wie sich die Kriterien – bspw. ein vermehrter Einsatz von Gemüse oder Vollkornprodukten – bedürfnis- und bewohnergerecht umsetzen lassen.

Wie häufig gewünscht, sollte weiterhin die Verpflegung bei besonderen Anforderungen wie Mangelernährung, Schluckstörungen oder Demenz, die im Pflegeheim einen breiten Raum einnehmen, im Qualitätsstandard ausführlicher thematisiert werden.

Außerdem sollten konkrete Anregungen zur Kommunikation und zum Schnittstellenmanagement formuliert werden, um die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit der Mitarbeiter zu fördern.

Unabhängig von den Inhalten könnte

die Implementierung des QSt zudem wesentlich dadurch unterstützt werden, dass zentrale Inhalte bei obligatorischen Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mitberücksichtigt werden bzw. zukünftig gemeinsame Audits für die gesamte Ernährungsversorgung – vom Speisenangebot bis zur pflegerischen Betreuung – entwickelt werden.

Die vorliegenden Ergebnisse zur Umsetzung und zu den Auswirkungen des Qualitätsstandards sollten zukünftig durch Untersuchungen vor Ort ergänzt werden, da die detaillierte Erfassung und Beurteilung zahlreicher Aspekte im Rahmen von Befragungen leider nicht zuverlässig möglich ist. In zukünftigen Untersuchungen sollte zudem geklärt werden, wie sich die Umsetzung des QSt und die Einhaltung bestimmter Qualitätskriterien auf den Ernährungszustand und die Zufriedenheit der Bewohner auswirkt.

---

**Dr. Eva Kiesswetter<sup>1</sup>**

**Carina Burger<sup>1</sup>**

**Prof. Dr. Dorothee Volkert<sup>1,2</sup>**

**Prof. Ulrike Arens-Azevêdo<sup>3</sup>**

**Rowena Alber<sup>3</sup>**

**Prof. Dr. Ulrike Pfannes<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Friedrich-Alexander-Universität  
Erlangen-Nürnberg  
Institut für Biomedizin des Alterns  
Kobergerstraße 60, 90408 Nürnberg

<sup>2</sup> E-Mail: dorothee.volkert@fau.de

<sup>3</sup> Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
Hamburg  
Fakultät Life Sciences  
Ulmenliet 20, 21033 Hamburg

---

### Interessenkonflikt

Prof. Arens-Azevêdo ist Präsidentin, Prof. Volkert Mitglied des Wissenschaftlichen Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE).

Die Studie wurde von der DGE für den Ernährungsbericht 2016 in Auftrag gegeben und mit Mitteln des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) finanziert.

Darüber hinaus erklären die Autorinnen keinen Interessenkonflikt.

---

## Literatur

1. Statistisches Bundesamt (Hg). *Pflege- statistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.* Wiesbaden (2015)
2. Pauly L, Stehle P, Volkert D (2007) Nutritional situation of elderly nursing home residents. *Z Gerontol Geriatr* 40: 3–12
3. Valentini L, Schindler K, Schlaffer R et al. (2009) The first nutrition day in nursing homes: participation may improve malnutrition awareness. *Clin Nutr* 28: 109–116
4. Bell CL, Lee AS, Tamura BK (2015) Malnutrition in the nursing home. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 18: 17–23
5. Kaiser MJ, Bauer JM, Rämisch C et al. (2010) Frequency of malnutrition in older adults: A multinational perspective using the Mini Nutritional Assessment. *J Am Geriatr Soc* 58: 1734–1738
6. Hesecker H, Stehle P, Bai JC et al. Ernährung älterer Menschen in stationären Einrichtungen (ErnSTES-Studie). In: *Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hg). Ernährungsbericht 2008.* Bonn (2008), S. 157–204
7. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hg). *DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen.* 3. Aufl., Bonn (2014)
8. Volkert D, Arens-Azevêdo U, Pfannes U et al. Evaluation des „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen“. In: *Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hg). 13. DGE-Ernährungsbericht – Vorveröffentlichung Kapitel 2 und Kapitel 3.* (2016) URL: [www.dge.de/fileadmin/public/doc/ws/dgeeb/13DGEEB\\_Vorveroeffentlichung.pdf](http://www.dge.de/fileadmin/public/doc/ws/dgeeb/13DGEEB_Vorveroeffentlichung.pdf)
9. Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL) (Hg). *Berichte zur Lebensmittelsicherheit 2013. Bundesweiter Überwachungsplan 2013.* Berlin (2015)

DOI: 10.4455/eu.2016.052