



Medizinischer Qualitätsindikator

# «Mangelernährung»

## Faktenblatt Medizinischer Qualitätsindikator (MQI) für die stationäre Langzeitpflege

### 1. Anleitung

#### Definition des MQI

Prozentualer Anteil an Bewohnenden,

- mit einem Gewichtsverlust von 5 % und mehr in den letzten 30 Tagen  
oder
- mit einem Gewichtsverlust von 10 % und mehr in den letzten 180 Tagen.

Die Bewohnenden werden in die Berechnung des MQI eingeschlossen, wenn mindestens eines der oben genannten Kriterien erfüllt ist (1).



- **Ausschlusskriterien:** Die folgenden Bewohnenden werden aus der Berechnung des MQI ausgeschlossen (1):
  - Bewohnende mit einer Lebenserwartung von weniger als 6 Monaten (ein Gewichtsverlust ist zu erwarten und ist kein Qualitätsmerkmal für die im Pflegeheim geleistete Pflege)
  - Bewohnende, bei denen bei Eintritt ein Gewichtsverlust festgestellt wurde (Angabe von Gewichtsverlust im Eintrittsassessment), werden nicht berücksichtigt für die Berechnung (=Ausschluss), da dieser nicht durch das Pflegeheim beeinflusst wird (= kein Qualitätsmerkmal für die im Pflegeheim geleistete Pflege).

#### Erhebung MQI Daten

Die Erhebung und Dokumentation des Gewichts geschehen im Rahmen der täglichen Pflege. Für die Erhebung der MQI Daten werden die erfassten Daten in der Bewohnerdokumentation verwendet. Im Rahmen der Bedarfsermittlung werden sie in das Bedarfsermittlungsinstrument (BESA, RAI, interRAI LTCF), das Programm IQM (Plaisir) oder in separate Module der Bewohnerdokumentationssysteme übertragen, je nach dem im eigenen Betrieb verwendeten System. Die Angaben für die MQI werden jährlich aus diesen Systemen zusammengestellt und dem Bundesamt für Statistik (BFS) übermittelt.



Ein Instrument von **senesuisse** und **CURAVIVA**, Branchenverband von **ARTISET**, zur kontinuierlichen Entwicklung der Pflegequalität auf Basis solider Daten, erarbeitet in Zusammenarbeit mit Forschungsinstituten. Auftrag und Finanzierung: Eidgenössische Qualitätskommission (EQK). | Version September 2025  
[www.artiset.ch/pflegequalitaet](http://www.artiset.ch/pflegequalitaet) | © senesuisse und CURAVIVA ([www.artiset.ch/pflegequalitaet/lizenzen](http://www.artiset.ch/pflegequalitaet/lizenzen))

### Für die Erhebung der MQI Daten gilt folgendes Vorgehen:

1. Überprüfen Sie in der Bewohnerdokumentation, ob während der Beobachtungsperiode ein aktuelles Gewicht mit Datum gemessen wurde. Falls kein aktuelles Gewicht vorhanden ist, machen Sie eine Gewichtsmessung.
2. Bei der Gewichtsmessung beachten sie folgendes:

Das Wiegen sollte immer unter **denselben Bedingungen** stattfinden:

- gleiche Tageszeit, z. B. immer vor dem Frühstück
- gleiche Waage, die regelmässig kalibriert wird
- gleiche Bedingungen, z. B. mit/ohne Kleider, vor/nach dem Essen, vor/nach WC-Gang
- Pflegerollstuhl auf einer Rollstuhlwaage, z. B. bei bettlägerigen Bewohnenden im Rahmen der vorgesehenen Mobilisation

Bewohnende sollten **bei Eintritt** und idealerweise **mindestens monatlich** gewogen werden. Es kann dafür ein bestimmtes Datum (immer am 15.) oder ein bestimmter Wochentag (immer am ersten Montag im Monat) festgelegt werden.

3. Überprüfen Sie, ob ein Gewicht vor 30 und vor 180 Tagen dokumentiert wurde:
  - a. Überprüfen Sie, ob ein **Gewicht vor 30 Tagen** dokumentiert wurde, und erfassen Sie die Messung und das Datum der Gewichtsmessung.

- Wenn kein Gewicht vor 30 Tagen vorhanden ist, dann suchen Sie nach der nächst liegenden Messung (für die Berechnung des Gewichtsverlusts werden Gewichte im Bereich von 28-120 Tagen vor dem aktuellen Gewicht berücksichtigt).
- Wenn kein Gewicht in diesem Bereich dokumentiert wurde, dann wird der Wert als fehlend eingetragen und kann nicht zur Berechnung des MQI verwendet werden.

- b. Überprüfen Sie, ob ein **Gewicht vor 180 Tagen** dokumentiert wurde, und erfassen Sie die Messung und das Datum der Gewichtsmessung.

- Wenn kein Gewicht vor 180 Tagen vorhanden ist, dann suchen Sie nach der nächst liegenden Messung (für die Berechnung des Gewichtsverlusts werden Gewichte im Bereich von 121-365 Tagen vor dem aktuellen Gewicht berücksichtigt).
- Wenn kein Gewicht in diesem Bereich dokumentiert wurde, dann wird der Wert als fehlend eingetragen und kann nicht zur Berechnung des MQI verwendet werden.

4. Schätzen Sie mit Ihrem Team zusammen ein, ob beim Bewohner/bei der Bewohnerin die geschätzte Lebenserwartung mehr oder weniger als 6 Monate beträgt. Aktualisieren Sie diese Einschätzung bei jeder Messung:

Die **Frage nach der Lebenserwartung** bei der Mangelernährung wird deshalb gestellt, weil Menschen am Lebensende natürlicherweise Gewicht verlieren. Die Einschätzung der Lebenserwartung ist immer mit Unsicherheiten behaftet und es kann gut sein, dass sich die Situation wieder ändert. Mit dem Ankreuzen der Schätzung, dass die Lebenserwartung weniger als 6 Monate beträgt, ändert sich nichts an der Pflege und Therapie. Es hilft jedoch, dass der Gewichtsverlust dieser Bewohnenden nicht in die Berechnung des MQI Mangelernährung einfließt. Liegt ein Gewichtsverlust vor, kann dies ein Hinweis sein, die Situation des Bewohners/der Bewohnerin im interprofessionellen Team und mit Angehörigen zu besprechen und die Gewichtsmessungen weiterzuführen.

5. Erfassen Sie die Antworten (Gewicht und Datum der Gewichtsmessung) im Bedarfsermittlungsinstrument (BESA, RAI, InterRAI LTCF), Programm IQM (Plaisir) oder im entsprechenden Modul in der Bewohnerdokumentation (je nach betriebseigenem System). Diese Antworten werden zur Berechnung des MQI verwendet.
6. Gehen Sie zusammen mit dem Behandlungsteam den Ursachen eines vorhandenen Gewichtsverlustes von Ihren Bewohnenden nach und legen Sie gemeinsam weitere Massnahmen fest (s. «Vertiefung»).



# Der Medizinische Qualitätsindikator (MQI)

## «Mangelernährung»

### 2. Vertiefung

#### Was ist Mangelernährung?

Mangelernährung wird definiert als Vorhandensein der folgenden Kriterien: unbeabsichtigter Gewichtsverlust, tiefer Body Mass Index, verminderte Muskelmasse, verringerte Nahrungszufuhr oder -absorption sowie Erkrankung / entzündliche Prozesse (2,3). Der unbeabsichtigte Gewichtsverlust gilt als Hauptmerkmal von Mangelernährung und wurde daher zur Berechnung des MQI gewählt.

Weitere Hinweise auf eine Mangelernährung, wie zum Beispiel ein offensichtlicher anhaltender Appetitverlust, sollten ebenso beachtet und mit den entsprechenden Massnahmen behandelt werden, bevor ein grösserer Gewichtsverlust eintritt (2).

#### Ist jeder Gewichtsverlust ein Problem?

Bewohnende können aus verschiedenen Gründen Gewicht verlieren. Nicht immer hat Gewichtsverlust mit einer Mangelernährung zu tun. Eine Gewichtsreduktion kann auch absichtlich geschehen (wobei dabei auf eine ausreichende Zufuhr von Protein und Mikronährstoffen zu achten ist, kombiniert mit körperlicher Aktivität und ärztlicher Kontrolle) oder im Zusammenhang mit einer Diuretikumtherapie auftreten. Für den MQI wird davon ausgegangen, dass es in jedem Pflegeheim Bewohnende gibt, die aus solchen Gründen Gewicht verlieren. Da es um wenige Bewohnende geht und alle Pflegeheime solche Situationen haben, ist die Bedeutung für den Vergleich des MQI vernachlässigbar. Beim Analysieren der Fälle mit Gewichtsverlust im eigenen Pflegeheim ist es jedoch wichtig, Wassereinlagerungen oder Diuretika-induzierte Diurese und deren Bedeutung zu berücksichtigen (2).

*Beispiel: Frau J. hat eine Herzinsuffizienz und seit 3 Wochen neu ein Diuretikum verschrieben bekommen. Aufgrund der vermehrten Hilfestellung, die Pflege- und Betreuungspersonen bei ihr leisten, ist Frau J. in der Beobachtungsperiode. Bei der Dokumentation des Gewichts in der Bewohnerdokumentation fällt auf, dass das Gewicht von Fr. J. in den letzten 30 Tagen von 76.0 kg auf 71.8 kg gesunken ist und sie somit in die 5 %-Grenze der Mangelernährung fällt. Die diplomierte Pflegefachperson erklärt den Umstand beim Mittagsrapport und führt ihn auf die neu verordnete Diuretikum Gabe zurück. Sie notiert diese Beobachtung für die nächste Visite.*

#### Welche Bedeutung und Auswirkung hat die Mangelernährung auf die Bewohnenden?

Ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko für Mangelernährung, das nach dem Eintritt in ein Pflegeheim weiter steigen kann. Gemessen mit dem Gewichtsverlust zeigt sich, dass in Schweizer Pflegeheimen durchschnittlich um die 5 % der Bewohnenden mangelernährt sind (4).

Mangelernährung ist nicht einfach zu erkennen und wird häufig unterschätzt. Nährstoffe sind wichtig für den Erhalt von Muskeln, das Immunsystem und die Gehirnfunktionen. Mögliche Auswirkungen der Mangelernährung sind dementsprechend (5–12):

- Schwäche, Gebrechlichkeit / Frailty und eingeschränkte Beweglichkeit, was die Selbstversorgungsfähigkeit verringert
- Höheres Risiko für Infektionen, Stürze, Knochenbrüche, Dekubitus
- Verschlechterung chronischer Krankheiten oder deren Behandlung, z. B. Krebserkrankung
- Bei akuter Krankheit oder nach Operation längere Rekonvaleszenz und verzögerte Wundheilung
- Fehlende Energie für soziale Teilhabe, depressive Verstimmung und reduzierte Lebensqualität

- Zunahme der kognitiven Beeinträchtigung und höherer Schweregrad an Demenz

Mangelernährung erhöht auch den Pflegeaufwand und ist verbunden mit steigenden Kosten im Gesundheitswesen. Die Messung des Gewichtsverlusts hilft, Mangelernährung frühzeitig zu erkennen, Ursachen zu identifizieren und behandelbare Ursachen anzugehen. Dadurch kann die Lebensqualität der Bewohnenden im Pflegeheim verbessert werden.

Beispiel: Frau S. hat eine fortgeschrittene Demenz, wiegt 55 kg und isst seit sechs Monaten immer weniger, ihr Bewegungsdrang hingegen nimmt zu. Beim monatlichen Wiegen mittwochs nach der Morgenpflege in ihren Tageskleider und Hausschuhen fällt dem Pflgeteam auf, dass Frau S. monatlich etwa ein halbes bis ein Kilo abgenommen hat. Sie besprechen es mit der Hausärztin. Nach Ausschluss von akuten Ereignissen, Zahnproblemen und andere möglichen medizinischen Ursachen, bespricht die Hausärztin mit der Tochter, die Mangelernährung mit Anpassung der Ernährung anzugehen. Das Pflege- und Betreuungsteam ist sensibilisiert, dass sich Frau S. an den Fingerfood-Stationen bedient und zusätzlich proteinreiche Trinknahrung erhält.

## Was beeinflusst die Ergebnisse für den MQI Mangelernährung und was kann das Pflegeheim tun?

Leitlinien enthalten evidenzbasierte Empfehlungen zur Behandlung der Mangelernährung. Dabei ist es wichtig, sowohl den aktuellen Ernährungszustand zu verbessern als auch die zugrunde liegenden Ursachen zu beheben. Die Massnahmen betreffen die Bewohnenden sowie ihre Angehörigen, das beteiligte Betreuungsteam und die Organisation selbst. In der folgenden Tabelle finden Sie einige Hinweise zu möglichen Einflussfaktoren und präventiven Massnahmen (nicht abschliessend) (3–7,9,10,13–22):

Ebene Bewohnende	
Einflussfaktoren	Massnahmen
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Physische und funktionale Gründe:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chronische Erkrankungen (z. B. Herzinsuffizienz, COPD), End-of-Life-Situation</li> <li>- Allgemeine Schwäche, Abgeschlagenheit</li> <li>- Gastrointestinale Erkrankungen und Symptome (z. B. Malabsorptionssyndrom, Dysphagie, Helicobacter pylori)</li> <li>- Stoffwechselstörungen, Diabetes</li> <li>- Chronische Infektionen</li> <li>- Bösartige Tumorerkrankungen</li> <li>- Körperliche Einschränkungen (z. B. bei Arthrose, Folgen eines zerebrovaskulären Insults)</li> <li>- Abhängigkeit in Aktivitäten des täglichen Lebens, Angewiesensein auf Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, eingeschränkte Mobilität oder Kraft</li> <li>- Alkoholismus, andere Suchterkrankungen</li> <li>- Schluck- und Kauprobleme (z. B. bei Parkinson, Demenz, zerebrovaskulärer Insult)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Screening auf Mangelernährung (z. B. Einsatz von Screeninginstrumenten wie Mini Nutritional Assessment (MNA) mit regelmässiger Gewichtsmessung, Essmenge beobachten)</li> <li>- Bei Hinweis auf Mangelernährung: Durchführung eines umfassenden Assessments im interprofessionellen Team. Überprüfen von Risikofaktoren, Ernährungsgewohnheiten und Gesundheitsproblemen</li> <li>- Ziele festlegen und Massnahmen ergreifen:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beseitigung ursächlicher Probleme (z. B. Kontrolle des Mund-/Zahnstatus)</li> <li>- Appetitfördernde Massnahmen (z. B. Angenehme Essensumgebung schaffen, körperliche Aktivität fördern)</li> <li>- Unterstützung anbieten beim Essen, Hilfsmittel zur Verfügung stellen</li> <li>- Anpassung von Mahlzeiten und Lebensmitteln (z. B. Wunschkost, Fingerfood, proteinreiche Ernährung)</li> </ul> </li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mangelnde orale Gesundheit (z. B. schlechter Zahnstatus, schlechtsitzende Prothese, trockener Mund, Infektionen im Mundbereich)</li> <li>– Appetitlosigkeit (z. B. als Nebenwirkung von Medikamenten)</li> <li>– Geschmacksveränderungen, veränderte Sinneswahrnehmung</li> <li>– Auswirkungen von Krankheiten, Nebenwirkungen von Medikamenten oder Therapien, z. B. Schmerzen, Übelkeit</li> <li>– Polymedikation</li> <li>– Psychische Erkrankungen und kognitive Beeinträchtigungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Affektive Störungen, Depression, Angst</li> <li>– Essstörungen, Anorexie</li> <li>– Demenz, Delirium</li> </ul> </li> <li>– Soziale Gründe: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Soziale Isolation, Einsamkeit</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anreicherung von Speisen (z. B. gehaltvolle Lebensmittel wie Rahm, Butter, Öl oder Nährstoffkonzentrate wie Maltodextrin, Proteinpulver)</li> <li>– Trinknahrung verordnen lassen und in kleinen Portionen verabreichen</li> <li>– Förderung individueller Lebensgestaltung durch beziehungsorientierte Betreuung zur Vermeidung sozialer Isolation</li> </ul>
--	---

<b>Ebene involvierte Berufsgruppen</b>	
<b>Einflussfaktoren</b>	<b>Massnahmen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fehlende Ausbildung über Mangelernährung, fehlende Kenntnisse zur Wichtigkeit des Screenings von Mangelernährung und deren Behandlung</li> <li>– Fehlende interprofessionelle Zusammenarbeit (z. B. ärztliche Fachpersonen, Pflege, Küche, Hotellerie, Ernährungsberatung, Logopädie), keine regelmässigen Treffen, keine gemeinsame Evaluation</li> <li>– Fehlende Unterstützung der Bewohnenden beim Essen, Nicht Beachtung individueller Bedürfnisse der Bewohnenden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Regelmässige Fort- und Weiterbildung, Schulung zum Umgang mit besonders vulnerablen Gruppen (z. B. Menschen mit Demenz, mit Sehbehinderung oder Dysphagie)</li> <li>– Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit bei Ernährungsfragen (z. B. mit Pflege, Küche und Hotellerie), insbesondere auch mit Ernährungsberatung</li> <li>– Essbiografien erfassen und Angebotsplanung danach ausrichten</li> <li>– Konsistenz des Essens der Kau- und Schluckfähigkeit anpassen</li> <li>– Überprüfung der Polymedikation, Medikationsreview</li> </ul>

## Ebene Pflegeheim als Organisation

Einflussfaktoren	Massnahmen
<ul style="list-style-type: none"><li>– Fehlender Leitfaden / fehlende Handlungsanweisung zum Umgang mit Mangelernährung</li><li>– Nicht zufriedenstellendes Essensangebot (Menge, Geschmack, Temperatur, Aussehen, Konsistenz), keine altersgerechte Küche</li><li>– Unangenehme Essensumgebung (Geräusche, Gerüche, Unterbrechungen, Tischnachbarn, Dekoration und Raumgestaltung)</li><li>– Inadäquate, unflexible Essenszeiten</li><li>– Fehlende Hilfsmittelangebote (z. B. Besteck und Teller für Menschen mit Hemiplegie)</li><li>– Fehlende oder inadäquate Geräte zur Gewichtsmessung</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Standardisierte Handlungsanleitungen einführen mit klarer Regelung der Verantwortlichkeiten zu Screening, Abklärung und Behandlung</li><li>– Schaffung einer Fachgruppe Ernährung, nach Möglichkeit mit Einbezug von Bewohnenden</li><li>– Angenehme Essatmosphäre schaffen, gemeinsame Mahlzeiten zusammen mit anderen Bewohnenden ermöglichen</li><li>– Bedarfsgerechte Angebotsplanung, Auswahlmöglichkeiten</li><li>– Verfügbarkeit von Nahrungszusätzen, Trinknahrung sicherstellen</li><li>– Verfügbarkeit von Hilfsmitteln fürs Essen gewährleisten</li><li>– Flexibilisierung der Essenszeiten, ausreichende Zeit zum Essen, Angebote von Zwischenmahlzeiten</li><li>– Angemessene Personalausstattung für die Unterstützung der Nahrungsaufnahme</li><li>– Zusammenarbeit mit Ernährungsberatung</li><li>– Zugang zu zahnärztlicher Behandlung und/oder Therapie ermöglichen (z. B. mit monatlicher Dentalhygiene)</li></ul>



# Der Medizinische Qualitätsindikator (MQI)

## «Mangelernährung»

### 3. Berechnung

#### Berechnungsformel

Für den MQI wird der prozentuale Anteil an Bewohnenden berechnet, die eines oder beide der zu messenden Kriterien erfüllen (1):

Gewichtsverlust  $\geq 5\%$  in 30 Tagen **UND/ODER** Gewichtsverlust  $\geq 10\%$  in 180 Tagen

\*100 = MQI %

Alle nicht ausgeschlossenen Bewohnenden

#### Beispiel für die Auswahl auf Ebene der Bewohnenden

In der folgenden Tabelle werden vier Beispiele von Gewichtsverläufen gezeigt. Es wird jeweils pro Datum und Beispiel das Gewicht angezeigt und ob ein Gewichtsverlust von 5% und mehr in den letzten 30 Tagen, resp. ein Gewichtsverlust von 10% und mehr in den letzten 180 Tagen vorliegt. Die letzte Spalte gibt an, ob der Gewichtsverlust des Bewohners/der Bewohnerin für die Berechnung des MQI berücksichtigt wird oder nicht.

	Erhebungstag	Vor 30 Tagen ( $\geq 5\%$ ) <sup>*</sup>	Vor 180 Tagen ( $\geq 10\%$ ) <sup>**</sup>	
Datum	30.06.2025	29.05.2025	20.12.2024	
1. Beispiel:	80 kg	84 kg 4.8 % = nein	83 kg 3.6 % = nein	Nein + nein = MQI-Kriterien nicht erfüllt
2. Beispiel:	80 kg	82 kg 2.4 % = nein	89 kg 10.1 % = ja	Nein + ja = MQI-Kriterien erfüllt
3. Beispiel:	80 kg	85 kg 5.9 % = ja	88 kg 9.1 % = nein	Ja + nein = MQI-Kriterien erfüllt
4. Beispiel:	80 kg	85 kg 5.9 % = ja	89 kg 10.1 % = ja	Ja + ja = MQI-Kriterien erfüllt

**\*Manuelle Berechnung des Gewichtsverlaufs der letzten 30 Tage** (Zahlen von Beispiel 1):

- a. Hat ein Gewichtsverlust stattgefunden?

Gewicht am Erhebungstag – Gewicht vor 30 Tagen = Gewichtsverlust 30 Tage liegt vor bei negativer Zahl  
z. B. 80 kg – 84 kg = -4 → Gewichtsverlust von 4 kg in den letzten 30 Tagen vorhanden.

- b. Wenn ja, dann überprüfen Sie, ob der Gewichtsverlust 5 % oder mehr war:

Gewichtsverlust 30 Tage / Gewicht vor 30 Tagen \* 100 = Gewichtsverlust in %  
z. B. 4 kg / 84 kg \* 100 = 4.8 %

- c. Vergleichen Sie: Ist der Gewichtsverlust in % gleich oder grösser als 5 %?

z. B. 4.8 % < 5 % → Gewichtsverlust vorhanden, aber erfüllt Kriterium für MQI nicht.

**\*\*Manuelle Berechnung des Gewichtsverlaufs der letzten 180 Tage** (Zahlen von Beispiel 1):

- a. Hat ein Gewichtsverlust stattgefunden?

Gewicht am Erhebungstag – Gewicht vor 180 Tagen = Gewichtsverlust in 180 Tagen liegt vor bei negativer Zahl

z. B. 80 kg – 83 kg = -3 → Gewichtsverlust von 3 kg in den letzten 180 Tagen vorhanden

- b. Wenn ja, dann überprüfen Sie, ob der Gewichtsverlust 10 % oder mehr war:

Gewichtsverlust in 180 Tagen / Gewicht vor 180 Tagen \* 100 = Gewichtsverlust in %  
z. B. 3 kg / 83 kg \* 100 = 3.6 %

- c. Vergleichen Sie: Ist der Gewichtsverlust in % gleich oder grösser als 10 %?

z. B. 3.6 % < 10 % → Gewichtsverlust vorhanden, aber erfüllt Kriterium für MQI nicht.

## Beispiel für die Berechnung des MQI auf Pflegeheimebene

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat die Angaben aller Bewohnenden des Pflegeheims erhalten, die im letzten Jahr anwesend waren. Von den insgesamt 100 Bewohnenden werden zuerst die Ausschlusskriterien angeschaut:

- Von 12 Bewohnenden ist das letzte vorhandene Assessment ein Eintrittsassessment.
- Bei 8 Bewohnenden steht im letzten gültigen Assessment, dass die Lebenserwartung weniger als 6 Monate beträgt.
  - Die 12 + 8 = 20 Bewohnenden werden aus der Berechnung ausgeschlossen, es bleiben 80 Bewohnende.
- Von diesen 80 Bewohnenden wird bei 8 ein Gewichtsverlust von 5 % oder mehr in den letzten 30 Tagen, oder 10 % und mehr in den letzten 180 Tagen angegeben.
  - $8 / 80 * 100 = \underline{10\%}$  der Bewohnenden erfüllen eines oder beide Kriterien des MQI und sind gemäss MQI mangelernährt.

## Risikoadjustierung

Für den fairen Vergleich der MQI-Zahlen von unterschiedlichen Pflegeheimen werden bei der MQI-Berechnung durch die Behörden folgende Merkmale der Bewohnenden zusätzlich berücksichtigt (23):

- Pflegestufe
- Kognitive Einschränkung, gemessen anhand interRAI *Cognitive Performance Scale* (CPS) (24))



## Der Medizinische Qualitätsindikator (MQI) «Mangelernährung»

# 4. Weiterführende Ressourcen und Quellen

### Weiterführende Ressourcen

- Handbücher /Erfassungsanleitungen von BESA, RAI, interRAI LTCF und Plaisir/Plex (s. dort)
- Homepage Bundesamt für Gesundheit: [Medizinische Qualitätsindikatoren](#)
- Homepage Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen: [Ernährung für Seniorinnen und Senioren](#)
- Homepage Schweizerische Gesellschaft für Ernährung: [Lebensphasen Ältere Erwachsene](#)
- Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Osnabrück: DNQP.; *Expertenstandard bestellbar unter: [Homepage](#)*
- Volkert D. Aktuelle ESPEN-Leitlinie Klinische Ernährung und Hydratation in der Geriatrie. Aktuelle Ernährungsmedizin. 2020;45(05):348–55. ; *Verfügbar via Thieme-Abonnement ; [Link](#)*
- Volkert D, Bauer J, Benzinger P et al. S3-Leitlinie Klinische Ernährung und Hydrierung im Alter. AWMF 2025 ; [Link](#)
- senesuisse. FOCUS, Fachmagazin senesuisse, Wenn das Küchenteam eng im Heimalltag eingebunden ist: Im Austausch entstehen Ideen für mehr Lust und Freude am Essen. 2022 [Internet]. 1. ; [Link](#)

Weiteres Material zum MQI: [www.artiset.ch/pflegequalitaet](http://www.artiset.ch/pflegequalitaet)

## Quellen

1. Bundesamt für Gesundheit. Medizinische Qualitätsindikatoren im Bereich der Pflegeheime 2023. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2025.
2. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, u. a. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr.* 2019;38(1):1–9.
3. Mathewson SL, Azevedo PS, Gordon AL, Phillips BE, Greig CA. Overcoming protein-energy malnutrition in older adults in the residential care setting: A narrative review of causes and interventions. *Ageing Res Rev.* 2021;70:101401.
4. Stahl J, Hauser C, Simon M, Valenta S, Favez L, Zúñiga F. Institutional Factors Associated with Residents' Malnutrition in Nursing Homes: A Cross-Sectional Study. *J Am Med Dir Assoc.* Juli 2023;24(7):1074–81.
5. Wirth R, Pourhassan M, Volkert D. Protein-Energie-Malnutrition im Alter. *Dtsch Med Wochenschr* 1946. März 2025;150(6):260–5.
6. Brunner S, Mayer H, Qin H, Breidert M, Dietrich M, Müller Staub M. Interventions to optimise nutrition in older people in hospitals and long-term care: Umbrella review. *Scand J Caring Sci.* 2022;36(3):579–98.
7. Cruz-Jentoft A, Volkert D. Malnutrition in Older Adults. *N Engl J Med.* Juni 2025;392:2244–55.
8. Tucker E, Luscombe-Marsh N, Ambrosi C, Lushington K. Nutritional status and quality-of-life of older adults in aged care: A systematic review and meta-analysis. *Exp Gerontol.* 2022;162:111764.
9. Volkert D. Aktuelle ESPEN-Leitlinie Klinische Ernährung und Hydratation in der Geriatrie. 2020. 2020;45(05):348–55.
10. Galicia Ernst I, Siebentritt H, Tarantino S, Hiesmayr M, Volkert D. Malnutrition in nursing home residents: A nutritionDay analysis of staff judgment of residents' nutritional status and a validated tool. *Clin Nutr ESPEN.* 2025;68:326–34.
11. Sanders CL, Wengreen HJ, Schwartz S, Behrens SJ, Corcoran C, Lyketsos CG, u. a. Nutritional Status is Associated With Severe Dementia and Mortality: The Cache County Dementia Progression Study. *Alzheimer Dis Assoc Disord* [Internet]. 2018;32(4). Verfügbar unter: [https://journals.lww.com/alzheimerjournal/fulltext/2018/10000/nutritional\\_status\\_is\\_associated\\_with\\_severe.6.aspx](https://journals.lww.com/alzheimerjournal/fulltext/2018/10000/nutritional_status_is_associated_with_severe.6.aspx)
12. Noale M, Prinelli F, Conti S, Sergi G, Maggi S, Brennan L, u. a. Undernutrition, cognitive decline and dementia: The collaborative PROMED-COG pooled cohorts study. *Clin Nutr.* 2024;43(10):2372–80.
13. Blum K, Bieri-Brüning G. Adäquate Ernährung in der stationären Langzeitpflege. Was Essbiografie bietet und welche Verantwortung die Institutionen haben. *NOVAcura* [Internet]. 2024;7. Verfügbar unter: <https://www.gerontologieblog.ch/adaequate-ernaehrung-in-der-stationaeren-langzeitpflege/>
14. Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen BLV. Schweizer Ernährungsempfehlungen für ältere Erwachsene, Information für Fachpersonen und Multiplikatoren [Internet]. 2019. Verfügbar unter: <https://www.blv.admin.ch/blv/de/home/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/empfehlungen-informationen/lebensphasen-und-ernaehrungsformen/ernaehrung-fuer-aeltere-menschen.html>
15. Chang HR, Spencer JC, Ho MH, Kasa AS, Ataiza C, Lambert K, u. a. Effectiveness of interventions on feeding difficulties among people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Australas J Ageing.* 2023;42(2):280–92.
16. Donaldson AIC, Smith TO, Alder S, Johnstone AM, De Roos B, Aucott LS, u. a. Effect of nonmeat, high-protein supplementation on quality of life and clinical outcomes in older residents of care homes: a systematic review and meta-analysis. *Nutr Rev.* 2019;77(2):116–27.
17. McLaren-Hedwards T, D’Cunha K, Elder-Robinson E, Smith C, Jennings C, Marsh A, u. a. Effect of communal dining and dining room enhancement interventions on nutritional, clinical and functional outcomes of patients in acute and sub-acute hospital, rehabilitation and aged-care settings: A systematic review. *Nutr Diet.* 2022;79(1):140–68.

18. Poncin E, de Goumoëns V, Kiszio B, Van Grootven B, Thuillard S, Benkert B, u. a. Evidence on interventions in quality indicators areas, implementation strategies and scale up evaluation. Final report for the attention of ARTISET industry association CURAVIVA and senesuisse as part of the National Implementation Programme – Strengthening quality of care in partnership with residential long-term care facilities for older people (NIP-Q-UPGRADE) on behalf of the Federal Quality Commission. Lausanne: Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, HES-SO University of Applied Sciences Western Switzerland; 2024.
19. Scheidegger-Balmer F, Lehmann U. Ernährungsinterventionen erhöhen Lebensqualität - Warum Ernährungsmanagement in Pflegeheimen mehr Aufmerksamkeit braucht. NOVAcura. 2024;55(07):21–3.
20. Sossen L, Bonham M, Porter J. Can fortified, nutrient-dense and enriched foods and drink-based nutrition interventions increase energy and protein intake in residential aged care residents? A systematic review with meta-analyses. *Int J Nurs Stud.* 2021;124:104088.
21. Tang HC, Koo FK, You WP, Razaghi K, Chang HR. Improving nutritional care in residential aged care facilities (RACFs): A scoping review of nutrition education for nursing staff. *Nurse Educ Today.* 2025;153:106789.
22. Volkert D, Kiesswetter E, Cederholm T, Donini LM, Eglseder D, Norman K, u. a. Development of a model on determinants of malnutrition in aged persons: A MaNuEL Project. *Gerontol Geriatr Med.* 2019;5:2333721419858438.
23. Bundesamt für Gesundheit. Medizinische Qualitätsindikatoren im Bereich der Pflegeheime. Berechnung der risikoadjustierten medizinischen Qualitätsindikatoren. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2025.
24. Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Phillips C, Mor V, u. a. MDS Cognitive Performance Scale©. *J Gerontol.* Juli 1994;49(4):M174–82.

## Impressum

Ein Instrument von senesuisse und CURAVIVA, Branchenverband von ARTISET, zur kontinuierlichen Entwicklung der Pflegequalität auf Basis solider Daten, erarbeitet in Zusammenarbeit mit Forschungsinstituten.

Auftrag und Finanzierung: Eidg. Qualitätskommission (EQK).

[www.artiset.ch/pflegequalitaet](http://www.artiset.ch/pflegequalitaet) | Version September 2025

### Autor:innen

Prof. Dr. Franziska Zúñiga, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

Daniela Braun, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

Magda Osinska, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

Sonja Baumann, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

Angelika Barco Rüttimann, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

Brigitte Benkert, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

Prof. Dr. Laurie Corna, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana, Lugano

Dr. Nereide Curreri, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana, Lugano

Prof. Dr. Nathalie Wellens, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne

Alexandra Brodard, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne

Nathalie Rebetez, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne

Dr. Raphaëlle-Ahsley Guerbaai, Rehabilitation, Ageing and Independent Living (RAIL) Research Centre, School of Primary and Allied Health Care, Monash University, Frankston, AUS

### Zugezogene Fachpersonen

Priska Avis, Alters- & Pflegeheim Marienhaus, Basel

Karin Blum Sadgrove, Stadtspital Zürich & Medical Nutrition Services, Zürich

Dr. Silvia Brunner, Stadtspital Zürich, Zentrum für Alterstraumatologie Zürich, Zürich

Caroline Gachet, Home médicalisé de la Sarine, Villars-sur-Glâne.

Debora Gebauer, Adullam Spitäler und Pflegezentren, Basel

Rahel Giger, Alterszentrum und Spitex Neuhausen am Rheinflall, Neuhausen am Rheinflall

Marianne Gurtner Graf, Nestlé Health Science, Vevey

Niklas Hug, Adullam Spitäler und Pflegezentren, Basel

Chantal Janzi, WiA Wohnen im Alter, Thun

Dr. clin. nutr. Caroline Kiss, Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER, Basel.

Margot Klein, Seewadel Zentrum für Gesundheit und Alter, Affoltern am Albis

Anna-Kristina Konrad, Alter und Pflege Stadt Winterthur, Alterszentrum Adlergarten, Winterthur

Dr. med. Blaise Martin, conseiller et représentant de la commission technique PLAISIR, Genève.

Natascha Nielen, BESA QSys AG, Bern

Christine Papilloud-Rey, BESA QSys AG, Bern

Doris Schmutz, Alterszentrum Sumiswald AG, Sumiswald

### Herausgeber

ARTISET | CURAVIVA | senesuisse

### Lizenzrechte

© senesuisse und CURAVIVA

Mehr Informationen zur Verwendung der Unterlagen: [www.artiset.ch/pflegequalitaet/lizenzen](http://www.artiset.ch/pflegequalitaet/lizenzen)

### Zitierweise

ARTISET | CURAVIVA | senesuisse (2025), Faktenblatt: Medizinischer Qualitätsindikator «Mangelernährung» für die stationäre Langzeitpflege. Hrsg.: ARTISET | CURAVIVA | senesuisse

Online: [www.artiset.ch/pflegequalitaet](http://www.artiset.ch/pflegequalitaet)

### Auskünfte/Informationen

E-Mail: [quality@senesuisse.ch](mailto:quality@senesuisse.ch)