

**Wohnküchenkonzept für die Risikoverminderung von
Mangelernährung im hohen Erwachsenenalter in einem
Pflegewohnheim – Bedarf, Umsetzbarkeit und Akzeptanz
aus Sicht der MitarbeiterInnen und BewohnerInnen**

Bachelorarbeit II

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Jaqueline Gratzer

01557786

Begutachter/in: Frau Prof. (FH) Mag. Dr. Waldherr Karin

Buchs, Mai 2020

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

28. Mai 2020

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Johannes', written in a cursive style.

Unterschrift

Abstract

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Wohnküchenkonzept zur Risikoverminderung von Mangelernährung im hohen Erwachsenenalter in einem Pflegewohnheim, mit dem Fokus auf Bedarf, Umsetzbarkeit und Akzeptanz bei den BewohnerInnen. Zum besseren Verständnis wird kurz die Mangelernährung erläutert. Des Weiteren wird auf die Risikofaktoren für Mangelernährung eingegangen und das Wohnküchenkonzept vorgestellt. Grundlage für die Beantwortung der Forschungsfragen ist eine empirische Untersuchung anhand von leitfadengestützten Interviews mit MitarbeiterInnen und BewohnerInnen eines Pflegewohnheimes. Bei der Befragung der MitarbeiterInnen stehen die Themen Bedarf von Maßnahmen zur Vorbeugung von Mangelernährung, Bedarf für ein Wohnküchenkonzept und Faktoren für die Realisierung sowie die Meinung zur Akzeptanz bei den BewohnerInnen im Fokus. Bei den BewohnerInnen stehen die Themen Akzeptanz und relevante Bedürfnisse im Vordergrund. Für die Analyse der Interviews wird die Themenanalyse von Froschauer und Lueger verwendet. Aus Sicht der MitarbeiterInnen ist kein Bedarf für ein Wohnküchenkonzept gegeben. Bedarf für Maßnahmen zur Vorbeugung von Mangelernährung wird gesehen und es werden Maßnahmen wie Vielfalt von Speisen umgesetzt. Hinsichtlich der Faktoren, die bei einer Umsetzung des Wohnküchenkonzeptes berücksichtigt werden müssen, werden verschiedene Aspekte durch die MitarbeiterInnen dargestellt. Um Bedürfnisse zu stillen, sind persönliche und auch materielle Ressourcen notwendig. Beispielsweise wird die Wichtigkeit auf Wünsche und Fähigkeiten der BewohnerInnen einzugehen, wie bekannte Gerichte zu kochen, betont. Weiters werden Herausforderungen wie das Aufrechterhalten der Motivation der BewohnerInnen genannt, da diese Problematik auch bei bereits bestehenden Aktivierungsangeboten auftritt. Das kleine Budget eines Pflegewohnheimes ist eine weitere Herausforderung für die Realisierung eines Wohnküchenkonzeptes. Die BewohnerInnen zeigen großes Interesse an einem Wohnküchenkonzept. Sie äußern Spaß am Kochen oder Backen und würden gerne ihr Wissen teilen. Als wichtig erachtet werden die Beachtung der körperlichen Fähigkeiten und persönlichen Gewohnheiten sowie eine gute Zusammenarbeit unter den BewohnerInnen. MitarbeiterInnen sind überzeugt, dass kein Interesse bei den BewohnerInnen besteht, dennoch zeigen die Ergebnisse das Gegenteil. Als Schlussfolgerung aus den Ergebnissen ist wichtig, wie ein Wohnküchenkonzept umgesetzt und an die BewohnerInnen kommuniziert wird. Freiwilligkeit und Selbstbestimmung sowie die Weitergabe von Wissen und Erfahrung sollten im Vordergrund stehen. Zukünftige Studien sollten klären, inwieweit die Verknüpfung mit anderen Maßnahmen, wie beispielsweise Förderung intergenerationeller Kontakte, sinnvoll ist.

Schlüsselbegriffe: Wohnküchenkonzept, Mangelernährung, Prävention, Risikofaktoren, Themenanalyse

Abstract

This thesis deals with the kitchen-living room concept to prevent malnutrition in old age in a nursing home with the focus on need, feasibility and residents' acceptance. For a better understanding malnutrition is briefly explained. Furthermore, risk factors for malnutrition are discussed and the kitchen-living concept is presented. An empirical study is conducted, based on guided interviews with employee's and residents of a nursing home. Interviews are transcribed and analysed using thematic analysis according to Froschauer and Lueger. The interviews with staff members focused on the need for measures to prevent malnutrition and a kitchen-living room concept, factors for the realization as well as their opinion on the residents' acceptance. It becomes apparent that the need of a kitchen-living room concept does not exist from the point of view of the employees. Moreover, measures for prevention of malnutrition are already being implemented through the variety of dishes, but there is still further need. With regard to the factors that must be taken into account in the implementation of the kitchen-living room concept, the employees mention various aspects. Personal and material resources are necessary to satisfy needs. For example, the importance of being able to respond to wishes and skills such as cooking familiar dishes or the appetising arrangement of colourful food. Furthermore, challenges such as maintaining the motivation of the residents, which in turn is already reduced in the existing activation, are mentioned. The small budget of a nursing home is seen as another problem for the realization of a kitchen-living room concept. The residents show a great interest in this concept. They sometimes would enjoy cooking and baking and would like to share their cooking knowledge. It is considered important to respect physical abilities and habits. In addition, good cooperation between the residents is emphasized. Employees are convinced that there is no interest, but the results show the opposite. In conclusion, it is important how a kitchen-living room concept is implemented and communicated to the residents. Underlying principles should be voluntariness and autonomy, and the transfer of cooking knowledge should be at the foreground of thinking. Further studies should also examine the possibility of a combination with an intergenerational programme, which in turn can increase motivation.

Keywords: malnutrition, risk factors, prevention, eat-in kitchen concept, analysis of topics

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
1.1	Zielsetzung und Forschungsfragen.....	6
1.2	Aufbau der Arbeit	6
2	Mangelernährung im hohen Erwachsenenalter	7
2.1	Definition Mangelernährung.....	7
2.2	Risikofaktoren für Mangelernährung.....	8
3	Verpflegungsform Wohnküchenkonzept	10
4	Empirische Untersuchung	13
4.1	Methodisches Vorgehen.....	13
4.1.1	Auswahl der InterviewpartnerInnen	13
4.1.2	Aufbau und Inhalt des Interviewleitfadens	14
4.1.3	Vorbereitung und Durchführung der Interviews	15
4.1.4	Analysemethode	16
4.2	Forschungsergebnisse	17
4.2.1	Bedarf von Maßnahmen zur Vorbeugung von Mangelernährung	17
4.2.2	Bedarf für ein Wohnküchenkonzept	18
4.2.3	Faktoren im Zusammenhang mit der Realisierung des Wohnküchenkonzepts	19
4.2.4	Akzeptanz der BewohnerInnen aus Sicht der MitarbeiterInnen	21
4.2.5	Akzeptanz bei den BewohnerInnen.....	22
4.2.6	Relevante Bedürfnisse der BewohnerInnen für ein.....	23
	Wohnküchenkonzept	
4.2.7	Vergleich MitarbeiterInnen und BewohnerInnen.....	24
5	Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen	27
6	Zusammenfassung und Ausblick	31
	Literaturverzeichnis	34
	Tabellenverzeichnis	37
	Anhang	38

1 Einleitung

Geriatrische PatientInnen weisen eine 50 % Prävalenz von Mangelernährung auf, im Gegensatz zu anderen medizinischen Bereichen in Krankenhäusern (Volkert, 2010, S. 386). Es gibt zahlreiche Faktoren für Mangelernährung im hohen Erwachsenenalter. Wenn eine Mangelernährung als Konsequenz einer Krankheit auftritt, wirkt sich die Mangelernährung selbst gleichzeitig auf den Krankheitsverlauf aus (Schutz & Stanga, 2010, S. 450f.).

Durch verminderte Sinneswahrnehmungen, Appetitlosigkeit und andere Einschränkungen vermindert sich die Nährstoffaufnahme. Dies resultiert in Bewegungsmangel aufgrund weniger Muskelkraft, was wiederum zu einem verminderten Energieumsatz und weiterer Appetitlosigkeit führt (Volkert, 2010, S. 361). Der aktuelle Forschungsstand ergibt außerdem, dass Demenz eine bestehende Mangelernährung verschlimmert (Konturek, Hermann & Schink, 2015, S. 2972).

Besonders in Einrichtungen für SeniorInnen stellen sich viele Herausforderungen im Zusammenhang mit Mangelernährung heraus. Da dort der Kosten- und Zeitdruck im Vordergrund steht, rückt die Aufmerksamkeit auf die Gewichtsreduktion und Bedürfnisse der SeniorInnen, wie die Unterstützung während des Essens, oftmals in den Hintergrund. Fehlende Kompetenz des Einrichtungs-Personals im Bereich Ernährung ist ein weiterer Faktor, durch den das Mangelernährungsrisiko gesteigert wird (Volkert, 2015, S. 73).

Es zeigt sich außerdem, dass präventive Maßnahmen für eine ausreichende Proteinaufnahme je nach körperlicher Verfassung individuell angepasst werden müssen. Zudem ist belegt, dass die momentane Empfehlung für eine Proteinaufnahme in dieser Zielgruppe zu niedrig angesetzt ist (Lonnie et al., 2018). Um einer verminderten Muskelkraft vorzubeugen, können entzündungshemmende Supplemente, in der die Aminosäure Leucin beinhaltet ist, sowie die Einnahme von Vitamin C eingesetzt werden (Sieber, 2019). Interventionen auf der individuellen Ebene sollten jedoch durch Maßnahmen auf Verhältnisebene ergänzt werden.

Um präventive Maßnahmen gegen Appetitmangel zu setzen, ist das Wohnküchenkonzept in einer stationären Pflegeeinrichtung ein möglicher Ansatzpunkt, der mehrere Vorteile bietet. In diesem Konzept können die Sinneswahrnehmungen der BewohnerInnen gefördert werden, indem sie in die Zubereitung der Mahlzeiten involviert werden. Außerdem steigert sich die Lebensqualität, weil das Kochen für die BewohnerInnen ein Stück Alltag darstellt. Inwieweit sich ein/eine BewohnerIn diesem Konzept anschließt oder nicht liegt an seinen/ihren Kompetenzen, Beeinträchtigungen oder Interessen. Um die BewohnerInnen für dieses

Konzept zu motivieren, muss die Hauswirtschaftskraft sowie Pflegehilfskraft soziale Fähigkeiten und Qualifikation aufweisen (Gerber et al., 2014, S. 70). Nach einer Literaturrecherche konnte festgestellt werden, dass bisher über dieses vielversprechende Konzept kaum Studien vorhanden sind, weswegen eine Untersuchung dieses Themas in Hinblick auf die praktische Relevanz umso dringlicher erscheint.

1.1 Zielsetzung und Forschungsfragen

Ziel dieser Arbeit ist, durch leitfadenbasierte Interviews mit MitarbeiterInnen und BewohnerInnen herauszufinden, inwieweit die MitarbeiterInnen einen Bedarf für ein Wohnküchenkonzept in einem Pflegewohnheim sehen und wie ein Wohnküchenkonzept aussehen müsste. Im Hinblick auf die Umsetzbarkeit soll zudem beantwortet werden, welche Faktoren bei der Umsetzung eines Wohnküchenkonzepts in einem Pflegewohnheim berücksichtigt werden müssen. Außerdem ist herauszufinden, inwieweit die BewohnerInnen dieses Konzept akzeptieren würden. Konkret geht die Arbeit folgenden Forschungsfragen nach:

- Welchen Bedarf für Maßnahmen zur Prävention von Mangelernährung allgemein und speziell ein Wohnküchenkonzept sehen MitarbeiterInnen in einem Pflegewohnheim?
- Wie müsste ein Wohnküchenkonzept aus Sicht von MitarbeiterInnen aussehen, um das Risiko für Mangelernährung im hohen Erwachsenenalter minimieren bzw. Mangelernährung reduzieren zu können?
- Welche Faktoren müssen aus Sicht der MitarbeiterInnen berücksichtigt werden, um ein Wohnküchenkonzept in einem Pflegewohnheim realisieren zu können?
- Wie ist die Akzeptanz für ein Wohnküchenkonzept bei BewohnerInnen?

1.2 Aufbau der Arbeit

Um die obengenannten Zielsetzungen zu erreichen und die Forschungsfragen beantworten zu können, wurde in dieser Arbeit folgende Vorgehensweise gewählt:

In Kapitel 2 wird auf das Thema Mangelernährung im hohen Erwachsenenalter und deren Risikofaktoren, die für die vorliegende Arbeit von Bedeutung sind, erläutert. In Kapitel 3 wird näher auf das „Wohnküchenkonzept“ als Verpflegungsform eingegangen. Des Weiteren wird der aktuelle Wissensstand zu diesem Konzept dargestellt und definiert. In Kapitel 4 wird die Untersuchungsmethode, die für die vorliegende Arbeit verwendet wurde, dargestellt. Außerdem wird die Auswahl der InterviewpartnerInnen, der Aufbau sowie der Inhalt der

Interviewleitfäden beschrieben. Im nächsten Schritt werden die Vorbereitung und Durchführung der Interviews erklärt, die Analysemethode dargestellt und näher auf die Forschungsergebnisse eingegangen. In Kapitel 5 erfolgt die Diskussion und die Beantwortung der Forschungsfragen. Kapitel 6 bildet den Abschluss mit einer Zusammenfassung der erzielten Forschungsergebnisse und einem Ausblick.

2 Mangelernährung im hohen Erwachsenenalter

In diesem Kapitel wird zum besseren Verständnis einerseits Mangelernährung erläutert und andererseits auf die Risikofaktoren im hohen Erwachsenenalter näher eingegangen, die wiederum für das Thema von Bedeutung sind.

2.1 Definition Mangelernährung

Durch eine ausreichende Energie-, Flüssigkeits-, Mikro- und Makronährstoffaufnahme wird der Ernährungszustand bestimmt. Wird die aufgenommene Energie verbraucht, ergibt sich dadurch ein Gleichgewicht in der Energiebilanz. Ein erhöhtes Risiko für Mangelernährung besteht in den Ländern, in denen es eine kleinere Vielfalt an Lebensmitteln gibt, aber auch für Menschen, die an einer Krankheit leiden. Eine Mangelernährung und eine Erkrankung können sich auch gegenseitig beeinflussen, indem beispielsweise durch eine Erkrankung eine Mangelernährung resultiert und umgekehrt (Schutz & Stanga, 2010, S. 450f.). Es gibt folgende zwei Formen einer Mangelernährung:

- Quantitative Mangelernährung
- Qualitative Mangelernährung

Bei quantitativer Mangelernährung wird dem Körper zu wenig Energie zugeführt. Verlust des Gewichts und ein verminderter Energiespeicher sind die Folgen. Anders sieht es bei qualitativer Mangelernährung aus, bei der zu wenig Mikronährstoffe zugeführt werden. Oft stehen quantitative und qualitative Mangelernährung im direkten Zusammenhang zueinander (Schutz & Stanga, 2010, S. 450).

2.2 Risikofaktoren für Mangelernährung

Körperliche Beeinträchtigungen und Medikamente

Da ältere Menschen zumeist von verschiedenen Veränderungen wie körperlichen Altersprozessen und verschlechtertem Gesundheitszustand begleitet werden, kann es zu einer Aufnahmestörung der Nährstoffe kommen und das Risiko, an einer Mangelernährung zu erkranken, sich erhöhen (Volkert, 2010, S. 362).

Einen erhöhten Bedarf an Energie und Nährstoffen haben ältere Menschen, die an akuten bzw. chronischen Krankheiten leiden. Als Folge kann es zu einer Beeinträchtigung der Verdauungs- und Nährstoffaufnahme kommen und der Appetit vermindert werden. Durch Multimorbidität werden zahlreiche Medikamente verschrieben, was zu Nebenwirkungen wie Verminderung des Appetits, Mundtrockenheit und Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmungen, wie Riechen und Schmecken, führen kann (Volkert, 2010, S. 363). Wechselwirkungen zwischen Medikamenten und der Nährstoffaufnahme zeigt eine Querschnittsstudie von Heuberger & Caudell (2011, S. 319f.). Werden Medikamente für Magen-Darm-Probleme in Kombination mit Koffein eingenommen, kann das zu einer Aufnahmestörung von Eisen, Kalzium und Magnesium führen. Oft sind AkteurInnen, die Medikamente verschreiben, unwissend in Bezug auf Wechselwirkungen zwischen den verschriebenen Medikamenten und Nährstoffen (Heuberger & Caudell, 2011, S. 315).

Psychische und geistige Verfassung

Veränderung im Ernährungszustand, und somit ein weiteres Risiko für Mangelernährung, können verschiedene Stufen von Demenz darstellen, indem das Essen vergessen wird oder die Mahlzeiten zu eintönig zubereitet werden. Psychische Probleme wie eine Depression in Kombination mit einer Anorexie und eine verminderte Selbstpflege sind oft Ursachen für Mangelernährung und Gewichtsverlust (Volkert, 2010, S. 363). Die Studie von Konturek et al. (2015, S. 2972) belegte zudem, dass die Stärke einer Depression auch die Stärke einer Mangelernährung beeinflusst. Je stärker die Depression, umso stärker ist die Mangelernährung. Es nahmen 777 Personen an dieser Untersuchung teil, die in verschiedenen Phasen einer Depression waren. Bei den schwer mangelernährten StudienteilnehmerInnen zeigten sich 11 %, die an einer schweren Depression litten. Mittelschwere Depressionen hatten 20 %. Leichte Depressionen wiesen hingegen ein Fünftel und rund 50 % litten an gar keiner Depression. Als Vergleich waren die gut ernährten zu 83 % nicht depressiv. 17 % zeigten eine leichte bis schwere Depression.

Umgebungsbezogene Faktoren

Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen kommen an ihre Grenzen, wenn es darum geht, allen BewohnerInnen persönliche Ernährungsbedürfnisse erfüllen zu können. Da solche Einrichtungen von Zeit- und Kostendruck geprägt sind, kann auf die Erfüllung der Vorstellungen und Anliegen jeder/jedes Einzelnen nur eingeschränkt eingegangen werden. Das Risiko für Mangelernährung für ältere Menschen in solchen Einrichtungen kann außerdem durch die Art der Essenumgebung erhöht werden, indem Unruhen die Essenaufnahme negativ beeinflussen. Hinzu ist der Zeitdruck des Personals erkennbar, indem keine Zeit für die Unterstützung während des Essens da ist. Diese verminderte Aufmerksamkeit kann zu einer Mangelernährung führen. Weiters können auch Faktoren wie Unwissen in Bezug auf Ernährung und deren Prozesse, aber auch Unsicherheit und Bestimmungen in Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen eine Gefahr für Mangelernährung darstellen (Volkert, 2015, S. 73). Auch die Unzufriedenheit in Bezug auf das Essen in einem Heim führt dazu, dass ältere Menschen zu wenig essen und als Folge zu wenig Nährstoffe aufnehmen. Weiters können diese Aspekte in einer Mangelernährung resultieren (Volkert, Kaiser & Wirth, 2014, S. 220). Ein Krankenhausaufenthalt kann ebenfalls eine Mangelernährung fördern, wenn diese nicht diagnostiziert und mit Ernährungstherapie behandelt wird. Das bestätigte eine Studie der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg mit 815 TeilnehmerInnen mit einem Durchschnittsalter von 62,2 Jahren. Die Prävalenz von Mangelernährung bei PatientInnen zu Beginn eines Krankenhausaufenthaltes lag bei 53,6 %, gemessen mit dem Subjective-Global-Assessment. In Bezug auf den Schweregrad der Mangelernährung ergab die Untersuchung, dass davon 35,3 % an einer mittelschweren und 18,3 % an einer leichten Mangelernährung litten. Mit dem Alter stieg das Risiko für Mangelernährung. 361 StudienteilnehmerInnen waren BewohnerInnen in einem Altersheim, trugen Zahnprothesen, kauften Lebensmittel und stellten Mahlzeiten selbstständig her oder wiesen eine Einschränkung in der Bewegung auf (Konturek et al., 2015, S. 2971ff.).

Soziale und ökonomische Faktoren

In einer Studie von Hing, Wijnhoven & Visser (2019) wurden 1825 selbstständig lebende ältere Personen im Alter ab 65 Jahren, zu ihrem Ernährungszustand in Bezug auf Appetit und Proteinaufnahme befragt. Das Ergebnis zeigte, dass 12,2 % einen verminderten Appetit aufwiesen und zudem auch zu wenig Proteine zugeführt wurden. Im Vergleich hatten 25,5 % einen guten Appetit, aber dennoch eine verminderte Proteinaufnahme.

Die Kombination von gutem Appetit und einer genügenden Proteinaufnahme zeigten hingegen 47,5 %, die wiederum folgende Eigenschaften wie:

- Mehrheitlich einen Hochschulabschluss,
- Selbstbestimmung in Bezug auf Ernährung und
- eine gute körperliche Gesundheit

aufwiesen (Hung, Wijnhoven & Visser, 2019, S. 8f.). Hinzuzufügen ist, dass ältere Menschen, die an Appetitlosigkeit leiden, nur 60 Euro pro Woche für Lebensmittel ausgeben (Hung et al., 2019, S. 13).

3 Verpflegungsform Wohnküchenkonzept

Um die Nährstoffzufuhr älterer Menschen mit kognitiven Einschränkungen zu verbessern bzw. zu bewahren, und so Mangelernährung vorzubeugen, kann das Wohnküchenkonzept ein guter Ansatz sein. Das Ziel ist es, dass ältere Menschen in Pflegeheimen in die Zubereitung von Speisen involviert werden. Durch das Aktivieren der Sinneswahrnehmungen kann sich der Appetit verbessern und die Lust auf Essen wird angeregt. Die Mithilfe bei

- Essenszubereitungen
- Tisch decken und
- Wäsche zusammenlegen

kann den älteren Menschen, die in einem Pflegeheim wohnen, Lebensqualität und Sinn zurückgeben. Dafür sorgen Erinnerungen, die sie an die altbekannten Beschäftigungen mit Fokus auf Ernährung und der Zubereitung von Speisen haben. Egal ob ältere Menschen aktiv oder passiv, ZuhörerInnen oder BeobachterInnen sind, es ist ein Stück Qualität im Pflegeheim. Bisher liegt der Fokus bei Wohnküchenkonzepten im Bereich der Tagesbetreuung. In der Nacht übernachten die SeniorInnen in ihren eigenen vier Wänden in anderen Abteilungen des Pflegeheims ohne Wohnküche. Es ist nicht belegt, ob es sich positiver auf die kognitive Gesundheit auswirkt, wenn die Wohnküche in der Abteilung ist, in der die BewohnerInnen auch ihr eigenes Zimmer haben (Lucassen, 2003 zitiert in Schreier & Bartholomeyczik, 2004, S. 62f.).

Durch den Einblick in die Biografie von pflegebedürftigen BewohnerInnen ist es für die Pflegekraft möglich Eindrücke zu bekommen, wie wichtig für den/der BewohnerIn die selbstständige Zubereitung von Speisen ist. Für viele ältere Frauen war es die tägliche

Aufgabe Mahlzeiten für ihre Familie zuzubereiten, hingegen hatten die Männer die Aufgabe den Einkauf zu erledigen. Durch strukturelle und umgebungsbezogene Veränderungen wie den Einzug in ein Pflegewohnheim oder den Eintritt der Pflegebedürftigkeit kann es zu Appetitlosigkeit kommen, da ältere Menschen die früheren Aufgaben nicht mehr erledigen können und somit der Sinn verloren gehen kann (Menebröcker, 2013, S. 45).

Weiters verlieren Angehörige das Vertrauen zu den Pflegebedürftigen und die Aufgaben werden oft von den Angehörigen übernommen. Wichtig ist daher, dass ältere Menschen selbstbestimmt und selbstständig sein können, und auch Angehörige diesbezüglich sensibilisiert werden. Pflegekräfte beurteilen, mit Involvierung der Angehörigen, was ältere Menschen selbstständig ausführen können oder wo sie Unterstützung brauchen. Weitere Ideen für eine Mitgestaltung von älteren Menschen in einem Pflegewohnheim können die Zubereitung von Eintöpfen, Bratkartoffeln oder Desserts sein. Dies wird mit Mitwirkung bzw. Mitgestaltung von MitarbeiterInnen durchgeführt. Dadurch können ältere Menschen sich positiv auf die Mahlzeiten vorbereiten und empfinden das Gefühl von Glück (Menebröcker, 2013, S. 45). Durch das selbstständige Zubereiten von Speisen oder durch Backen kann sich die Stimmung verbessern, Sinne werden aktiviert und somit auch der Appetit angeregt. Denn die Zubereitung von Kartoffelpüree, das Schälen von Kartoffeln, das Backen einer Apfeltorte oder von Keksen, geben älteren Menschen in Pflegewohnheimen das Gefühl, stolz auf sich sein zu können (Menebröcker, 2013, S. 47).

Um die hygienischen Vorschriften in stationären Pflegewohnheimen einzuhalten, gilt es bei der Zubereitung von Speisen und beim Backen mit älteren Menschen Richtlinien einzuhalten. Sicherheit, Infektionsschutzgesetz und die Verordnung über Lebensmittelhygiene sind Gesetze, die eingehalten werden müssen (Deutscher Caritasverbund e.V. Diakonisches Werk der Evangelische Kirche in Deutschland e.V., 2009 zitiert in Best, 2013, S. 68).

Eine Wohnküchenprojekt das EGO (Einrichtungen ganzheitlich optimieren) heißt, wird in Deutschland von der AWO Bezirksverband Rheinland e.V. als Träger und Dienstleister von 14 verschiedenen Seniorenzentren und 2 Seniorenresidenzen umgesetzt. Der Fokus dieses Verbandes sind Menschen mit Demenz und der Palliative Care Bereich. Das Ziel dieses Verbandes ist durch dieses Projekt das Verpflegungskonzept auf eine ganzheitliche Pflege zu verbessern.

„...die Wohnbereichsküche ist ein lebendiger, kommunikativer Treffpunkt...“
(https://aworheinland.de/wp-content/uploads/2016/09/Flyer_Wohnbereichsk%C3%BCchen_2012.pdf, Abruf am 14.04.2020).

Anders als im herkömmlichen Verpflegungskonzept, bei dem der Fokus nur auf der körperlichen Verpflegung liegt, ist das Ziel dieses Projekts, der psychischen Gesundheit zusätzlich Aufmerksamkeit zu schenken. Durch Wohnküchen soll die Lebensqualität der BewohnerInnen im Pflegewohnheim verbessert werden. Viele BewohnerInnen haben früher den alltäglichen Haushalt selbst bestimmt und geführt. Das Ziel dieses Wohnküchenkonzeptes ist es, diese Erinnerungen wieder hervorzuholen, indem BewohnerInnen ihre Potentiale und Fähigkeiten durch Mitwirkung in diesem Bereich einbringen. Folgende Vorteile sind diesem Konzept zugeschrieben:

- „Zubereitungen von Mahlzeiten als wichtiger Bestandteil des Alltags, erfolgt bewohnernah
- Verbesserung der Selbstbestimmung und des Alltagszustands
- Steigerung des Wohlbefindens
- Förderung der psychischen Gesundheit
- Verbesserter Fokus auf individuelle Bedürfnisse
- Zubereitung von allen Mahlzeiten
- Verknüpfung der Abläufe der Grundpflege und Aktivitäten der Verpflegung
- Reduzierung der funktionellen Arbeitsteilung der Grundpflege
- Konstante Ansprechpersonen für BewohnerInnen und Angehörige
- Selbstbestimmung für BewohnerInnen bei der Auswahl, wo die Mahlzeiten eingenommen werden
- Verminderung der Isolation durch die Wohnküche“ (https://aworheinland.de/wp-content/uploads/2016/09/Flyer_Wohnbereichsk%C3%BCchen_2012.pdf, Abruf am 14.04.2020).

Das Projektziel war die Ausrollung des Verpflegungskonzeptes „Wohnbereichsküchen“ in allen 14 Seniorenzentren und den 2 Seniorenresidenzen bis 2012 (https://aworheinland.de/wp-content/uploads/2016/09/Flyer_Wohnbereichsk%C3%BCchen_2012.pdf, Abruf am 14.04.2020). Jedoch wurden keine Informationen in Bezug auf den Projektstart und das Projektende gefunden oder ob es überhaupt nachhaltig umgesetzt wurde. Auch in der Literaturrecherche gibt es praktisch keine Konzepte dafür. Um diese Forschungslücke zu schließen und empirische Daten zu gewinnen, wurde eine Befragung der BewohnerInnen und MitarbeiterInnen eines Pflegewohnheims in Hinblick auf das Wohnküchenkonzept durchgeführt. Im Folgenden wird diese empirische Untersuchung vorgestellt.

4 Empirische Untersuchung

Im folgenden Kapitel wird erläutert, wie das methodische Vorgehen gestaltet wurde und zu welchen Forschungsergebnissen dieses geführt hat.

4.1 Methodisches Vorgehen

Um die Forschungsfragen beantworten zu können, sind qualitative Interviews mittels Interviewleitfäden mit MitarbeiterInnen und BewohnerInnen in einem Pflegewohnheim durchgeführt worden.

4.1.1 Auswahl der InterviewpartnerInnen

Es wurden MitarbeiterInnen und BewohnerInnen in einem Pflegewohnheim in der Schweiz befragt. Wesentliches Kriterium war es, MitarbeiterInnen aus verschiedenen Bereichen zu finden, um so zu verschiedenen Sichtweisen zu kommen. Die Vereinbarungen zu den Interviews kamen während eines Praktikums vor Ort zustande. Nachdem verschiedene MitarbeiterInnen persönlich zum Interview eingeladen worden sind, erklärten sich zunächst zwei MitarbeiterInnen aus dem Bereich Pflege und Betreuung dazu bereit. Ein/e MitarbeiterIn davon hat die Lehre als Fachfrau/-mann Gesundheit in diesem Pflegewohnheim abgeschlossen und arbeitet nun als Fachkraft im Bereich Pflege und Betreuung. Ein/e weitere/r MitarbeiterIn erfüllte das Kriterium mit einer langjährigen Berufserfahrung als Pflegefachfrau/-mann. Außerdem ist er/sie verantwortlich für Personen, die sich derzeit in Ausbildung zur Fachfrau/-mann in Gesundheit befinden. Zudem verfügt er/sie über eine Zusatzausbildung im Bereich Langzeitpflege- und Betreuung. Der/die dritte MitarbeiterIn hat durch seine/ihre langjährige Tätigkeit als Koch/Köchin im Pflegewohnheim zwar keine Erfahrung im Bereich Pflege und Betreuung, dennoch erfüllt er/sie das Kriterium durch seine/ihre Berufserfahrung als BereichsleiterIn im Bereich Hotellerie, die für die Beantwortung der Forschungsfragen relevant ist. Weiters wurden drei BewohnerInnen befragt. Ein relevantes Kriterium war es dabei, die Auswahl auf selbstständige BewohnerInnen zu beschränken. Eine kognitive Einschränkung war ein Ausschlusskriterium. Zum Interview bereit erklärte sich ein/eine BewohnerIn der jahrelange Berufserfahrung im sozialpädagogischer Bereich hat, und zwei weitere ambitionierte BewohnerInnen, die an Diabetes erkrankt sind. Alle drei BewohnerInnen waren zwischen 70 und 80 Jahre alt.

4.1.2 Aufbau und Inhalt des Interviewleitfadens

Ziel dieser Arbeit war es, durch die Befragung von MitarbeiterInnen und BewohnerInnen die Forschungsfragen zu beantworten. Diese umfassten welchen Bedarf für Maßnahmen zur Prävention von Mangelernährung allgemeine und speziell für ein Wohnküchenkonzept in einem Pflegewohnheim aus Sicht der MitarbeiterInnen gesehen wird. Zudem wie ein Wohnküchenkonzept realisierbar wäre, um Mangelernährung zu minimieren oder reduzieren zu können. Weiters beinhalteten die Forschungsfragen welche Faktoren aus Sicht der MitarbeiterInnen berücksichtigt werden müssen und wie die Meinung bezüglich der Akzeptanz der BewohnerInnen aussehen würde. Auch Fragen an die BewohnerInnen in Bezug auf die Akzeptanz und den relevanten Bedürfnissen in einem Wohnküchenkonzeptes standen im Fokus.

Dafür wurden je ein Interviewleitfaden (siehe Anhang) einerseits für MitarbeiterInnen und andererseits für BewohnerInnen erstellt, der zu Beginn das Thema und die zentralen Forschungsfragen darstellt. Zum besseren Verständnis wurde zu Beginn des Interviews das Untersuchungsanliegen nochmals erklärt. Nach einer kurzen Begrüßung und einem Einstieg, folgten Einstiegsfragen und Schlüsselfragen, die wiederum relevant für die Beantwortung der Forschungsfragen sind. Situationsabhängig ergaben sich auch zusätzliche untergeordnete Fragen, um auf mögliche weitere interessante Ergebnisse zu stoßen.

Der Interviewleitfaden der MitarbeiterInnen begann mit persönlichen Fragen wie der Arbeitsdauer und den Tagesaufgaben im Pflegewohnheim. Der nächste Punkt erfasste die Einschätzung der Problematik zum Thema Mangelernährung gezielt auf das Pflegewohnheim, in der die MitarbeiterInnen arbeiten. Dabei wurde erfragt, welchen Bedarf die MitarbeiterInnen für Maßnahmen zur Vorbeugung oder Reduzierung von Mangelernährung sehen und wie der Umgang mit dem Thema Mangelernährung ist.

Im weiteren Verlauf wurde die Haltung von MitarbeiterInnen gegenüber einem Wohnküchenkonzept erfragt und ob sie einen Bedarf im Pflegewohnheim sehen. In diesem Zusammenhang wurde auch erfragt, wie die Akzeptanz der BewohnerInnen aus Sicht der MitarbeiterInnen wäre.

Des Weiteren wurde erfragt, wie aus Sicht der MitarbeiterInnen ein Wohnküchenkonzept aussehen müsste, um Mangelernährung vorzubeugen oder zu reduzieren. Auch war es von Interesse, wie ein Wohnküchenkonzept nachhaltig umgesetzt werden könnte und welche Herausforderungen es gäbe. Abschließend wurde im Interviewleitfaden das Gesagte

nochmals zusammengefasst erörtert und ein Dank für das interessante Gespräch und die Zeit geäußert.

Der Interviewleitfaden der BewohnerInnen begann mit persönlichen Fragen wie der Dauer des Aufenthaltes im Pflegewohnheim und ihren Lieblingsbeschäftigungen. Außerdem wurden die BewohnerInnen gezielt gefragt, ob sie gerne backen oder kochen.

Im nächsten Punkt wurde auf den Appetit und die Beurteilung der Mahlzeiten im Pflegewohnheim eingegangen. Folglich wurde auch erfragt, was den BewohnerInnen an den Mahlzeiten besonders gefällt und welche Verbesserungsvorschläge sie hätten.

Danach wurde die Haltung der BewohnerInnen zu einem möglichen Wohnküchenkonzept und die Bereitschaft zur Mitwirkung erfragt. Die letzte Frage bezog sich darauf, was den BewohnerInnen dabei wichtig wäre.

Abschließend wurde im Interviewleitfaden das Gesagte nochmals zusammengefasst erörtert und ein Dank für das interessante Gespräch und die Zeit geäußert.

4.1.3 Vorbereitung und Durchführung der Interviews

Zunächst wurde für die Vorbereitung der Interviews die Zustimmung von der zuständigen Bereichsleiterin Pflege und Betreuung für die Durchführung der empirischen Untersuchung eingeholt. Daraufhin erfolgte die Erstellung der Einverständniserklärung und der Interviewleitfäden. Da die Interviews im Rahmen eines Praktikums stattfanden, wurden die Einverständniserklärungen und Interviewleitfäden vor Ort den InterviewteilnehmerInnen überreicht. Daraufhin wurden mit den ausgewählten InterviewteilnehmerInnen Termine vereinbart.

Um eine angenehme Atmosphäre während der Durchführung der Interviews zu gewährleisten, wurden die Interviews mit den MitarbeiterInnen in den dafür passenden Sitzungszimmern und für die BewohnerInnen in den persönlichen Zimmern durchgeführt. Zur besseren Vorbereitung wurden die Interviewleitfäden und Einverständniserklärungen gemeinsam vor der Durchführung der Interviews besprochen, um so vorab offene Fragen zu klären. Bei Unklarheiten während der Befragung wurden zum besseren Verständnis situationsbedingte Fragen gestellt, die nicht Teil des Interviewleitfadens waren. Die Interviews wurden vom 15. Februar – 13. März 2020 durchgeführt und dauerten zwischen 12 und 40 Minuten.

4.1.4 Analysemethode

Für die Auswertung der Interviews mit den MitarbeiterInnen und BewohnerInnen wurde die Themenanalyse nach Froschauer und Lueger (2003) gewählt. Das Ziel dieser Methode ist einen Überblick über die besprochenen Themen zu bekommen, um so die wichtigsten Aussagen zu verknüpfen und daraufhin die Zusammenhänge dieser Aussagen zu erforschen. Durch das Textreduktionsverfahren ist es möglich, die wichtigsten Themen zusammen zu fassen, wiederum durch das Codierungsverfahren die Merkmale einer Aussage ausführlicher zu betrachten. Da der zentrale Punkt der Forschungsfragen die Meinungen der MitarbeiterInnen und BewohnerInnen betrifft, sind die obengenannten Verfahren für die Auswertung der zusammenhängenden Materialien geeignet (Froschauer & Lueger, 2003, S. 158).

Mittels Textreduktionsverfahren erfolgt eine Zusammenfassung des Textes. Die Art der gefundenen Themen ist verknüpft mit den Forschungsfragen (Froschauer & Lueger, 2003, S. 160.) Es werden Fragen gestellt, wie beispielsweise welche Themen wichtig und wo diese im Text aufzufinden sind. Aber auch die Charakteristika und Zusammenhänge eines Themas werden angeschnitten. Relevant ist außerdem die Art der Gesprächsführung und die Unterschiedlichkeiten der Themen, ebenso wie die Themencharakteristika im Zusammenhang mit der Forschungsfrage eingegliedert werden (Froschauer & Lueger, 2003, S. 160 ff.).

Als weiterer Schritt wird das Codierungsverfahren angewendet, das auch als Erweiterung der Textreduktion gesehen wird. Im Fokus liegt hier die Ableitung der Themenkategorien auf Basis des Textes. Für die Durchführung dieser Analyse werden Themenkategorien erstellt und anschließend diese Themen in Subkategorien unterteilt. Weiters steht die Strukturierung der Themenkategorien im Vordergrund, wobei ihre Relevanz mit der Forschungsfrage verknüpft wird. Folglich ist das Ziel der Interpretation, dass Thesen zu den Forschungsfragen erstellt werden. Abschließend wird durch den Vergleich von verschiedenen Texten die Bildung von Theorien erzielt (Froschauer & Lueger, 2003, S. 163f.).

Bei allen InterviewpartnerInnen wurde diese Vorgehensweise durchgeführt, wodurch zuerst Themen gebildet wurden, die relevant für die Forschungsfragen sind. Anschließend wurden die Themen beschrieben und zusammengefasst. Letztendlich wurden alle Interviews auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten untersucht. Um daraus Forschungsergebnisse abzuleiten, wurden zu den einzelnen Themen eine Gesamtbeschreibung durchgeführt.

4.2 Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel werden die analysierten Ergebnisse der Interviews von MitarbeiterInnen und BewohnerInnen auf Grundlage der Themenanalyse nach Froschauer & Lueger (2003) in den weiteren Unterkapiteln dargelegt.

4.2.1 Bedarf von Maßnahmen zur Vorbeugung von Mangelernährung

Mehrere MitarbeiterInnen sehen einen Bedarf von Maßnahmen zur Vorbeugung von Mangelernährung und nannten konkrete *Zielgruppen*. Einerseits werden *Menschen mit Demenz* angeführt und andererseits *Neueintritte in Pflegewohnheime*. Als weiteres Thema wurden hier *Arten von Maßnahmen* angesprochen: Unterstützung beim Essen, Fingerfood, ein vielseitiger Menüplan und Zwischenmahlzeiten.

Als Maßnahme, welche zur Vorbeugung von Mangelernährung bei Menschen mit Demenz helfen kann, wird von einer/einem Befragten vor allem das Anbieten von Fingerfood als wichtig erachtet.

„... zum Beispiel für Menschen mit Demenz Fingerfood anbietet (...) Das wäre zum Beispiel eine Maßnahme, die man etwas mehr umsetzen könnte. (...) Ich finde der Bedarf würde schon bestehen“ (B1, Z. 43-47).

Eine/ein andere/anderer Befragte/r ist der Meinung, dass besonders bei Neueintritten durch Unterstützung während des Essens und durch Anbieten von Zwischenmahlzeiten Mangelernährung vorgebeugt werden kann.

„Ich glaube wir müssen sicher GUT auf das achten. Ich meine, wenn jemand hier so eintrete, dann müssen wir ihn MEHR beim Essen unterstützen. Also noch MEHR drauf achten, dass er genug isst oder Zwischenmahlzeiten anbieten oder so“ (B2, Z. 33-35).

Durch die Vielfalt eines Menüplans ist es zudem möglich BewohnerInnen vor einer Mangelernährung zu schützen. Dies äußert ein/e weitere/weiterer Befragte/r.

„Über Gemüse, Milchprodukte, Eiweiß. Einfach quer durch (...) über alles schauen wir, dass die Leute möglichst abwechslungsreich ernährt werden. Ich finde, dass das die WICHTIGSTE Vorbeugung von Mangelernährung ist“ (B3, Z. 43-46).

Es zeigen sich einige Gemeinsamkeiten bezüglich der genannten Maßnahmen für die zwei Zielgruppen, bei denen besonderer Bedarf für eine Vorbeugung von Mangelernährung gesehen wird. Bei BewohnerInnen, die in ein Pflegewohnheim neu eintreten und eine Mangelernährung aufweisen, werden Maßnahmen wie die Unterstützung beim Essen und das Anbieten von Zwischenmahlzeiten genannt. Diese Arten von Maßnahmen können auch Notmaßnahmen bei Demenz sein. Auch ein ausgewogener Menüplan wird für alle BewohnerInnen als wichtig erachtet. Andererseits werden bestimmte Maßnahmen spezifisch für eine bestimmte Zielgruppe genannt. Beispielsweise, dass das Anbieten von Fingerfood für Menschen mit Demenz wichtig ist.

4.2.2 Bedarf für ein Wohnküchenkonzept

Alle MitarbeiterInnen sehen keinen Bedarf für ein Wohnküchenkonzept im Pflegewohnheim, wengleich ein/e MitarbeiterIn das gemeinsame Kochen und Backen im Rahmen der Aktivierung hin und wieder als sinnvoll erachtet. Als Begründung werden vor allem *bereits bestehende Aktivierungsangebote* und *gesundheitliche Einschränkungen der BewohnerInnen* genannt.

Im Zusammenhang mit den bereits bestehenden Aktivierungsangeboten im Pflegewohnheim wird von einer/einem Befragten das Thema der mangelnden Motivation der BewohnerInnen angesprochen.

„Also eben, es wird schon bei uns zum Teil angewendet. Aber eben ich finde, dass die Motivation bei den meisten Bewohnern fehlt. Und ich glaube es brächte es gar nicht“ (B2, Z. 74-76).

Eine/ein Befragte/r ist der Meinung, dass gemeinsames Kochen und Backen im Rahmen der Aktivierung dennoch als sinnvoll erachtet werden kann. Durch das Backen von Keksen können Erinnerungen geweckt werden.

„Also, wenn man zwischendurch zum Beispiel ein Kuchen mit den Bewohnern bäckt oder in der Weihnachtszeit Kekse backt, schon wegen dem Duft und allem, dann finde ich das schon GANZ schön, aber das wird auch gemacht durch die Aktivierung. Das wird nicht durch uns in der Pflege durchgemacht, sondern durch die Aktivierung. Das finde ich schon SEHR SCHÖN. Also auch mal wieder die anderen Sinne anregen zu können, die sie wahrscheinlich mit früheren Erinnerungen verbinden, wenn Sie Kekse backen können (...)" (B1, Z. 43-47).

Ein weitere/weiterer Befragte/r äußert, dass die gesundheitlichen Einschränkungen bei BewohnerInnen fortgeschritten sind. Dadurch ist es den BewohnerInnen nicht möglich, bei einem Wohnküchenkonzept teilzunehmen.

„Der Bedarf bei den Bewohnern hier finde ich fraglich. Weil wie vorher schon gesagt, Bewohner kommen schon so spät ins Altersheim. Die kommen so spät zu uns, dass sie fast nicht mehr mobil sind und zum Teil schon ziemlich fortschrittlich in einer Demenz sind, dass sie das gar nicht mehr machen können (...).“ (B3, Z. 59-62).

Es zeigen sich einige Gemeinsamkeiten zwischen den MitarbeiterInnen bezüglich der Begründungen, warum kein Bedarf für ein Wohnküchenkonzept in einem Pflegewohnheim besteht. Es wird zwar das gemeinsame Kochen und Backen im Rahmen der bereits bestehenden Aktivierung als sinnvoll gesehen, aber die MitarbeiterInnen denken, dass es kein zusätzliches Angebot braucht. Als Gründe werden angegeben, dass bereits bei bestehenden Aktivierungsangeboten fehlende Motivation gesehen wird, und durch die gesundheitlichen Einschränkungen der BewohnerInnen die kognitive und mobile Fähigkeiten eingeschränkt sind, was wiederum die Teilnahme an einem Wohnküchenkonzept schwierig machen würde.

4.2.3 Faktoren im Zusammenhang mit der Realisierung des Wohnküchenkonzepts

Im Zusammenhang mit der Realisierung des Wohnküchenkonzeptes werden von allen MitarbeiterInnen vor allem zahlreiche *Herausforderungen, Beachtung der Bedürfnisse der BewohnerInnen* und *Veränderungen durch neue Generation von BewohnerInnen* genannt. Als konkrete Herausforderungen werden Personal, Einkauf, bauliche Maßnahmen, Budget, Hygiene und Nachhaltigkeit angesprochen.

Eine/ein Befragte/r spricht an, wie herausfordernd die Planung in Bezug auf den Einkauf und das Personal sein würde.

„... Der personelle Aspekt noch natürlich. Also wenn ich 2 Stunden mit Leuten mit dem Kochen beschäftigt bin, dann fehlt das dann natürlich wieder irgendwo in der Pflege. Und wie kommen die Einkäufe hier her. Auch wie man das alles planen würde ist eine ziemliche Herausforderung“ (B1, Z. 113-116).

Für eine/ein weitere/r Befragte/r stellt für eine nachhaltige Umsetzung und zur Realisierung eines Wohnküchenkonzeptes das Budget eine Herausforderung dar. Ein Wohnküchenkonzept ist eine Kostenfrage.

„... Die Herausforderung in unserem Haus wäre auch eine Budgetfrage. Ich meine es muss jemand die Wohnküche betreiben, es braucht auch eine Aktivierungstherapeutin, die man zahlen muss“ (B3, Z. 132-134).

Als wichtig erachtet eine/ein andere/anderer Befragte/r das Beachten der Bedürfnisse der BewohnerInnen, indem bekannte Gerichte gekocht werden und der Fokus auf das Anrichten gesetzt wird.

„Ich glaube, dass es auch das gekocht werden müsse, was sie früher gegessen oder gekocht haben. Halt nicht Pizza wie wir alle einmal essen, sondern solche Sachen, die sie von früher kennen, was sie auch gerne haben. Und dass es auch schon ANGEREICHTET wird, dass es auch VIELFÄLLTIG IST UND VIEL hat. Und auch FARBIGE Sachen und dass es auch zur JAHRESZEIT passt. Also auf das achten die älteren Bewohner SICHER. Nehme ich mal an“ (B2, Z. 95-100).

Weiters äußert eine/ein Befragt/r, dass in Zukunft, durch die neue Generation das Wohnküchenkonzept besser realisierbar wäre.

„... Weil erstens das Interesse dieser Generation, die hier im Pflegewohnheim ist, eher weniger groß ist, aber in Zukunft in der anderen Generation, die dann in ein Altersheim kommen“ (B2, Z. 131-133).

Bauliche Maßnahmen, in denen der Fokus auf die Vorausplanung gesetzt wird, erscheint für einer/einem Befragten als wichtig.

„... natürlich das Bauliche. Wir sind gar nicht für das eingerichtet. Das müsste vorausgeplant sein“ (B1, Z. 120).

Als weitere Herausforderung wird die Hygiene gesehen. Eine/ein Befragte/r ist der Meinung, dass es an der Hygiene mangeln könnte. *„... es mangelt dann an der Hygiene. Würde ich jetzt so sagen“ (B2, Z. 52).*

In Bezug auf die Nachhaltigkeit ist eine/ein Befragte/r überzeugt, dass ein Wohnküchenkonzept nur in einem großen Pflegewohnheim umsetzbar wäre.

„... Und nachhaltig heißt für mich auch, dass eine Wohnküche 5 Tage in der Woche gebraucht wird. Und wenn man natürlich ein großes Heim oder Haus mit 200 Bewohner ist, findet man

immer 5-6 Leute, die in dieser Wohnküche mitmachen. Aber in unserer Größe mit 80 Bewohnern wäre diese Wohnküche $\frac{3}{4}$ von der Zeit nicht gebraucht. Da bin ich überzeugt“ (B3, Z. 123-127).

Die MitarbeiterInnen sehen einige Herausforderungen in Bezug auf die Nachhaltigkeit eines Wohnküchenkonzeptes und mögliche Veränderungen durch eine neue Generation von BewohnerInnen. Das Realisieren eines Wohnküchenkonzeptes zu einem späteren Zeitpunkt kann die Nachhaltigkeit positiv beeinflussen, indem das Konzept auf die Bedürfnisse der neuen Generation ausgerichtet wird, da in dieser Zielgruppe eine höhere Motivation vermutet wird. Durch das Eingehen auf Wünsche und Fähigkeiten könnte die Motivation der BewohnerInnen gesteigert werden.

Es werden unterschiedliche Herausforderungen genannt, um ein Wohnküchenkonzept realisieren zu können. Da das Pflegewohnheim nur ein kleines Budget zur Verfügung hat, wird einerseits die zur Verfügungstellung der finanziellen Mittel für das Etablieren eines Wohnküchenkonzeptes als Herausforderung gesehen und andererseits wird die Einstellung von Fachpersonal als notwendig gesehen.

4.2.4 Akzeptanz der BewohnerInnen aus Sicht der MitarbeiterInnen

Mehrere MitarbeiterInnen sind der Meinung, dass die Akzeptanz eines Wohnküchenkonzeptes bei den BewohnerInnen gering sei. Dafür werden einige *Gründe* angeführt wie *Muße*, *Interesse* und *später Eintritt ins Pflegeheim*. Andererseits wird geäußert, dass *das Vorhandensein* einer Wohnküche deren Akzeptanz fördern könnte.

Eine/ein Befragte/r ist sich sicher, dass für die BewohnerInnen im Pflegewohnheim die *Muße* im Vordergrund steht und darum kein Interesse für ein Wohnküchenkonzept geteilt wird. Die Begründung dafür ist die Erfahrung im wöchentlichen Gemüserösten.

„... Vielleicht würden Sie das schon gerne machen. Aber ich meine, dass es viele einfach genießen her zu sitzen und nicht mehr helfen müssen mit kochen und rösten und Tisch decken und abräumen. Wenn jemand mithelfen will, probiert man ihn schon ein bisschen integrieren zu können. Aber ich habe im Moment nicht das Gefühl, dass es hier der Bedarf ist“ (B1, Z. 80-84).

Da vor allem Hausfrauen früher das ganze Leben für die Familie gekocht haben, sind sie froh, wenn sie nicht mehr kochen müssen, äußert eine/ein Befragte/r. Zudem ist die/der Befragte/r der Meinung, dass durch den späten Eintritt in ein Pflegewohnheim kein Interesse da ist.

Dennoch besteht die Unsicherheit, ob die BewohnerInnen ein Wohnküchenkonzept akzeptieren würden, wenn es jetzt schon bestehen würde.

„... ich habe das Gefühl die Akzeptanz ist weniger, weil die Leute immer später in so ein Pflegeheim GEHEN. Sie wollen so lang wie möglich zu Hause sein. Und wenn so eine Wohnküche schon da WÄRE, wäre die Akzeptanz vielleicht schon da“ (B3, Z.84-86).

Es bestehen Gemeinsamkeiten bezüglich der angeführten Gründe für die Nicht-Akzeptanz eines Wohnküchenkonzeptes bei BewohnerInnen aus Sicht der MitarbeiterInnen. Das lebenslange Kochen kann der Grund für die fehlende Motivation sein. Auch der späte Eintritt in ein Pflegewohnheim kann die Fähigkeit und den Willen für ein Wohnküchenkonzept einschränken.

4.2.5 Akzeptanz bei den BewohnerInnen

Alle BewohnerInnen haben ein großes Interesse an einem Wohnküchenkonzept teilzunehmen und dafür *Gründe* genannt. Einerseits werden das *Interesse* und der *Spaß* angesprochen. Weiters wird das Thema *Motivation* geäußert wie: *Backen, Gruppenvielfalt* und *Kochen beibringen*.

Eine/ein Befragte/r äußert mit großer Freude, dass er/sie ein sehr großes Interesse hat bei einem Wohnküchenkonzept teilzunehmen. Die Antwort erfolgt nach konkreter Nachfrage und bestätigt die Absicht zur Teilnahme. *„(lachen) Ja ich möchte mich beteiligen. Sehr gut“ (B1, Z. 146).*

Die Motivation für die Teilnahme ist für eine/ein Befragte/r, jemanden das Kochen beibringen zu können und somit bekannte Gerichte kochen zu können.

„Jo SICHER. Ich könne vielleicht etwas beibringen (lachen). Oder was anders kochen was man früher gekocht hat“ (B2, Z. 129-130).

Außerdem äußert sie/er, dass es zu Schwierigkeiten kommen könnte, da es Platzmangel in der Küche gibt.

Eine/ein weitere/r Befragte/r findet das Backen motivierend. Zudem erachtet er/sie es als wichtig, dass die Gruppenvielfalt im Vordergrund steht.

„... Also, das würde mich auch wieder mal Spaß machen, wenn ich wieder mal einen Zopf machen könnte oder so. Aber (...) das ist jetzt ganz persönlich auf mich bezogen. In der Institution muss man ja versuchen eine Gruppe zu erfassen. Es muss etwas bewegt werden können und da ist nicht entscheidend, ob es eine oder zwei Personen sind. Das müssen etwa zehn sein, damit man das zum Beispiel in zwei Gruppen machen kann“ (B3, Z. 168-172).

Es zeigen sich Gemeinsamkeiten zwischen den genannten Motivationen wie Gruppenvielfalt, Kochen beibringen und Backen. Das Kochen und Backen findet in Gruppen statt, was wiederum für die BewohnerInnen wichtig ist. Das kann auch der Grund für die Teilnahme an einem Wohnküchenkonzept sein.

4.2.6 Relevante Bedürfnisse der BewohnerInnen für ein Wohnküchenkonzept

Alle BewohnerInnen sprechen zahlreiche relevante Bedürfnisse an, um bei einem Wohnküchenkonzept teilnehmen zu können und haben konkrete *notwendige Mittel* genannt. Hierzu werden *persönliche und materielle Ressourcen* angesprochen. Weitere Themen sind: Kleidung, Beachtung der körperlichen Fähigkeiten, Beibehalten von Gewohnheiten, Hygiene, Zusammenarbeit, Sinnhaftigkeit und Selbstbestimmung.

Solange die körperlichen Fähigkeiten und die täglichen Gewohnheiten beachtet werden, besteht die Motivation an einem Wohnküchenkonzept teilzunehmen. Dies äußert eine/ein Befragte/r.

„Wenn man zwischendurch sitzen kann. Alle halbe Stunde rauchen gehen kann. Das wäre schon gut. Weil ich muss zwischendurch sitzen, aber ich nehme trotzdem teil“ (B1, Z. 153-154).

Durch das Wohnküchenkonzept erhofft sich eine/ein andere/anderer Befragte/r ein Stück Selbstbestimmung zurück.

„Es gibt am Mittag schon ein Salat, aber wenn man einen eigenen Haushalt hat, kann man den, dann machen wann man will“ (B2, Z. 162-163).

Als wichtig erachtet eine/ein weitere/r Befragte/r die Sinnhaftigkeit einer Beschäftigung, in welcher die Kreativität im Vordergrund steht.

„... Also kreative andere Sachen, haben wir wahrscheinlich mehr Möglichkeiten in so einer Institution als wie beim Backen und Kochen“ (B3, Z. 233-234).

Die gemeinsame Zusammenarbeit mit BewohnerInnen in einem Wohnküchenkonzept steht für eine/ein Befragte/r im Vordergrund. *„JA, dass jeder miteinander und ALLE arbeiten. Und dann geht das schon“* (B2, Z. 139).

Bedeutend ist auch die Einhaltung der Hygiene, äußert eine/ein Befragte/r.

„... Wenn es das geben würde und umgesetzt werden könnte wäre Ihnen wichtig, dass die Hygiene natürlich eingehalten“ (B2, Z.176-177).

Als notwendig empfindet eine/ein Befragte/r materielle Ressourcen wie eine weiße Schürze, um bei einem Wohnküchenkonzept teilnehmen zu können.

„... Aber ich muss dann ein weißes Kleid dazu haben. Weiße Schürze (lachen). Mit dieser Kleidung hier geht das nicht“ (B1, Z. 141-142).

Es zeigen sich einige Gemeinsamkeiten zwischen den notwendigen Mitteln und den genannten Arten der Ressourcen. Neben den persönlichen Ressourcen, sind auch die materiellen Ressourcen unabdingbar und nicht trennbar. Bei den Arten der Ressourcen sind für die BewohnerInnen der soziale Aspekt wichtig. Dabei wird das Beibehalten der Gewohnheiten, in dem im 30 Minuten Takt eine Zigarette geraucht wird, und die Zusammenarbeit mit anderen BewohnerInnen genannt.

4.2.7 Vergleich MitarbeiterInnen und BewohnerInnen

Es ist klar erkenntlich, wie unterschiedlich die Meinungen zwischen BewohnerInnen und MitarbeiterInnen in Bezug auf die Akzeptanz eines Wohnküchenkonzeptes bei BewohnerInnen sind. Alle BewohnerInnen zeigen ein klares Interesse an einem Wohnküchenkonzept. Im Vergleich dazu sind MitarbeiterInnen mehrheitlich der Meinung, dass die BewohnerInnen kein Interesse an einem Wohnküchenkonzept hätten.

Weiters werden die gemeinsamen und unterschiedlichen Aspekte der BewohnerInnen und MitarbeiterInnen anhand Tabellen dargestellt.

Tabelle 1: Gemeinsamkeiten der Aspekte von BewohnerInnen und MitarbeiterInnen

MitarbeiterInnen	BewohnerInnen
<p>Fähigkeiten und Wünsche</p> <p><i>„Der Bedarf bei den Bewohnern hier finde ich fraglich. Weil wie vorher schon gesagt, Bewohner kommen schon so spät ins Altersheim. Die kommen so spät zu uns, dass sie fast nicht mehr mobil sind und zum Teil schon ziemlich fortschrittlich in einer Demenz sind, dass sie das gar nicht mehr machen können (...).“ (B3, Z. 59-62).</i></p> <p><i>„Ich glaube, dass es auch das gekocht werden müsse, was sie früher gegessen oder gekocht haben. Halt nicht Pizza wie wir alle einmal essen, sondern solche Sachen, die sie von früher kennen, was sie auch gerne haben. Und dass es auch schon ANGEREICHTET wird, dass es auch VIELFÄLLTIG IST UND VIEL hat. Und auch FARBIGE Sachen und dass es auch zur JAHRESZEIT passt. Also auf das achten die älteren Bewohner SICHER. Nehme ich mal an“ (B2, Z. 95-100).</i></p>	<p>Fähigkeiten und Wünsche</p> <p><i>„Wenn man zwischendurch sitzen kann. Alle halbe Stunde rauchen gehen kann. Das wäre schon gut. Weil ich muss zwischendurch sitzen, aber ich nehme trotzdem teil“ (B1, Z. 153-154).</i></p>
<p>Hygiene</p> <p><i>„Also ich finde das gut, aber es mangelt dann an der Hygiene. Würde ich jetzt so sagen“ (B2, Z. 52)</i></p>	<p>Hygiene</p> <p><i>„Also, wenn es umgesetzt wird (...), dass es auf jeden Fall gut gearbeitet wird. Das muss schon sein. Und SAUBER“ (B2, Z. 134-135).</i></p>

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 2: Unterschiede der Aspekte von BewohnerInnen und MitarbeiterInnen

MitarbeiterInnen	BewohnerInnen
<p>Interesse</p> <p><i>„Ich weiß auch nicht. Ich glaube einfach, dass sie es vielleicht schon zu viel gemacht haben. Wissen Sie, sie kochen das Leben lang und ich glaube (...), dass es auch mal schön ist das Essen auf den Tisch serviert zu bekommen (lachen). Ich nehme es so an“ (B2, Z. 58-60).</i></p>	<p>Interesse</p> <p><i>„... Also, das würde mich auch wieder mal Spaß machen, wenn ich wieder mal einen Zopf machen könnte oder so“ (B3, Z. 168-169).</i></p> <p><i>„(lachen) Ja ich möchte mich beteiligen. Sehr gut“ (B1, Z. 146).</i></p>
<p>Motivation</p> <p><i>„Also eben, es wird schon bei uns zum Teil angewendet. Aber eben ich finde, dass die Motivation bei den meisten Bewohnern fehlt. Und ich glaube es brächte es gar nicht“ (B2, Z. 74-76).</i></p> <p><i>„... Das merkt man auch bei der anderen Aktivierung, die wir jetzt haben. Es gehen SO WENIG. (...)" (B2, Z. 83-84).</i></p>	<p>Motivation</p> <p><i>„Jo SICHER. Ich könnte vielleicht etwas beibringen (lachen). Oder was anders kochen was man früher gekocht hat“ (B2, Z. 129-130).</i></p>

Quelle: eigene Darstellung

5 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen

In diesem Kapitel erfolgt die Beantwortung der Forschungsfragen und anschließend die Diskussion der Ergebnisse.

Ziel dieser Arbeit war, Interviews mit BewohnerInnen und MitarbeiterInnen in einem Pflegewohnheim durchzuführen, um herauszufinden, inwieweit ein Wohnküchenkonzept in diesem Pflegewohnheim realisierbar wäre und inwieweit bei den BewohnerInnen Interesse für so ein Konzept besteht. Im Fokus standen die Meinungen der BewohnerInnen und MitarbeiterInnen. BewohnerInnen wurden zur Akzeptanz und zu persönlichen Bedürfnissen befragt. Fragen zum Bedarf für Maßnahmen zur Vorbeugung von Mangelernährung und zu Faktoren, die bei der Realisierung eines Wohnküchenkonzeptes zu berücksichtigen wären, waren bei den MitarbeiterInnen relevant. Auch sollte mit den Interviews herausgefunden werden, wie die Meinung der MitarbeiterInnen in Bezug auf die Akzeptanz bei den BewohnerInnen ist.

Der Bedarf für Maßnahmen zur Vorbeugung von Mangelernährung wird von den MitarbeiterInnen aus verschiedenen Anlässen gesehen. Dabei werden Zielgruppen wie Menschen mit Demenz und BewohnerInnen, die neu in ein Pflegewohnheim eintreten, genannt. Die MitarbeiterInnen messen einer konkreten Beobachtung von BewohnerInnen beim Neueintritt eine hohe Bedeutung bei, wenn BewohnerInnen zu Beginn eine Mangelernährung aufweisen. Diese Maßnahme kann wiederum auch bei Menschen mit Demenz angewandt werden. Eine weitere präventive Maßnahme, die durchaus präsent ist, ist ein abwechslungsreiches Menü. Vor allem Fingerfood für Menschen mit Demenz bedarf noch mehr Aufmerksamkeit, sowie generell mehr Zwischenmahlzeiten.

Gemeinsames Kochen und Backen im Rahmen der bereits bestehenden Aktivierung wird zwar als sinnvoll erachtet, dennoch sind sich die MitarbeiterInnen einig, dass kein Bedarf für ein Wohnküchenkonzept besteht. Dafür werden unterschiedliche Begründungen angesprochen. Das Problem wird einerseits bei der kognitiven und körperlichen Einschränkung der BewohnerInnen gesehen. Insbesondere ist es den BewohnerInnen, die später in ein Pflegewohnheim eintreten, nicht möglich an einem Wohnküchenkonzept teilzunehmen, da die kognitive und mobile Gesundheit die Teilnahme nicht zulässt.

MitarbeiterInnen sind der Meinung, dass die Umsetzung eines Wohnküchenkonzepts mit zahlreichen Herausforderungen verbunden ist. Die Herausforderungen sehen die MitarbeiterInnen unter anderem in der Nachhaltigkeit. Da die Motivation, bei der momentanen Generation aufgrund des späten Eintritts in ein Pflegeheim zu niedrig erscheint, kann der

Fokus auf das Realisieren eines Wohnküchenkonzeptes für die neue Generation gelenkt werden, da hier eine höhere Motivation gesehen wird. Hingegen wenn eine Wohnküche in einem Pflegewohnheim bei Neueintritt schon besteht, könnte das die Akzeptanz der neuen BewohnerInnen fördern. Die Motivation kann auch, nach Meinung der MitarbeiterInnen, durch das Eingehen auf Wünsche, wie die Auswahl von bunten Lebensmitteln und das appetitliche Anrichten, erhöht werden und die Mangelernährung vermindert werden. Damit das Wohnküchenkonzept umgesetzt werden kann, wird auch der Fokus auf das notwendige Budget gelegt. Einerseits kann das Konzept einen Personalmangel zur Folge haben, da Pflegefachpersonal von der Station in das Wohnküchenkonzept versetzt werden muss, und andererseits wird Fachpersonal wie eine Aktivierungstherapeutin als notwendig betrachtet. Wiederum ist das Einstellen von neuem Personal eine Kostenfrage.

Die MitarbeiterInnen sind sich sicher, dass die BewohnerInnen kein Interesse an einem Wohnküchenkonzept aufweisen. Dies wird mit der Muße der BewohnerInnen begründet. MitarbeiterInnen sind der Meinung, dass durch das lebenslange Sorgen für die Familie BewohnerInnen nun erfreut sind, bekocht zu werden. Eine weitere Meinung basiert auf der Erfahrung der bestehenden Aktivierung, in der die verminderte Motivation der BewohnerInnen erkenntlich ist. Weiters wird eine Teilnahme von BewohnerInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen an einem Wohnküchenkonzept als schwierig gesehen.

Als ein wesentliches Ergebnis ist die unterschiedliche Wahrnehmung in Bezug auf die Akzeptanz zwischen BewohnerInnen und MitarbeiterInnen zu sehen. Die MitarbeiterInnen sind sich sicher, dass kein Interesse bei den BewohnerInnen für ein Wohnküchenkonzept besteht. Die Aussagen der BewohnerInnen zeigen klar das Gegenteil. Die BewohnerInnen zeigen sogar ein sehr großes Interesse und haben die Absicht für eine Teilnahme. Gemeinsamkeiten zwischen den BewohnerInnen und MitarbeiterInnen ist in der Wichtigkeit auf das Eingehen von Wünschen und Fähigkeiten der BewohnerInnen erkenntlich, und die Aufmerksamkeit auf die Hygiene. Unterschiedliche Ansichten sind, dass MitarbeiterInnen der Meinung sind, dass BewohnerInnen gar nicht kochen wollen. Freude und das Gefühl, gebraucht zu werden, stehen aber im Vordergrund bei den BewohnerInnen. Sie freuen sich, früher gekochte Gerichte anderen beibringen zu können und haben Spaß daran, hin und wieder kochen und backen zu können.

Die Bedürfnisse der BewohnerInnen hinsichtlich der Durchführung des Wohnküchenkonzeptes sind einerseits die gute Zusammenarbeit zwischen den BewohnerInnen und die Hygiene. Einen hohen Stellenwert hat auch die Beachtung der persönlichen Bedürfnisse wie das regelmäßige Rauchen. Trotz körperlichen Einschränkungen

ist das Interesse für eine Teilnahme da, wenn darauf geachtet wird, dass das regelmäßige Sitzen gewährleistet wird.

Der Meinung, dass durch das selbstständige Kochen der Appetit angeregt werden kann, sind nicht nur die MitarbeiterInnen. Auch Menebröcker (2013, S. 47) und Lucassan (2003 zitiert in Schreier & Bartholomeyczik, 2004, S. 62f.), verweisen auf die positiven Folgen durch das Aktivieren der Sinnenwahrnehmungen wie beispielsweise durch das Backen und die Zubereitung von Speisen. Dadurch steigert sich das Wohlbefinden und der Appetit.

Die Befragungen von BewohnerInnen zeigen das mehrheitliche Interesse an einer Teilnahme eines Wohnküchenkonzeptes. Der Wunsch altbekannte Gerichte kochen zu können und das Gefühl gebraucht zu werden, indem anderen Personen Gerichte beigebracht werden, geben BewohnerInnen ein Stück Lebensqualität. Dieser Meinung ist auch Lucassan (2003 zitiert in Schreier & Bartholomeyczik, 2004, S. 62f.). Denn durch die Involvierung beim Kochen und Backen von BewohnerInnen in einem Pflegewohnheim, steigert sich das Gefühl von Glück. Durch die Zubereitung von bekannten Gerichten kommen alte Erinnerungen auf. Dies deckt sich auch mit der Äußerung von MitarbeiterInnen, dass auf Wünsche der BewohnerInnen eingegangen werden müsste, indem altbekannte Gerichte gekocht werden, um so positive alte Erinnerungen hochkommen zu lassen.

Die Begründung aus Sicht der MitarbeiterInnen, dass BewohnerInnen kein Interesse an der Zubereitung von Speisen haben, weil sie lebenslang für die Familie kochen mussten, unterscheidet sich zu der Aussage des Autors Menebröcker (2013, S. 45). Er weist auf die Wichtigkeit der Selbstbestimmung und das Gefühl von Glück von BewohnerInnen hin, dass durch das Zubereiten von Speisen und Backen ausgelöst wird. Das stimmt mit den Aussagen der BewohnerInnen hingegen überein.

Richtlinien und Vorschriften in Bezug auf Hygiene und Sicherheit im Rahmen eines Wohnküchenkonzeptes in einem stationären Pflegewohnheim sind einzuhalten (Deutscher Caritasverband e. V. Diakonisches Werk der Evangelische Kirche in Deutschland e.V., 2009 zitiert in Best, 2013, S. 68). Unsicherheiten sind bei der Befragung der MitarbeiterInnen zum Thema Hygiene aufgekommen. Die Meinung, dass Schwierigkeiten bei der Einhaltung der Hygiene aufkommen könnten, können mit der Einhaltung dieser Richtlinie eingegrenzt werden.

Wenn es die Fähigkeiten der BewohnerInnen zulässt, können die BewohnerInnen ihre Kreativität in einem Wohnküchenkonzept einbringen. Resultierend kann sich die Motivation dabei steigern. Die MitarbeiterInnen sind der Meinung, dass das Wohnküchenkonzept in einem Pflegewohnheim nicht funktionieren würde, da schon bei der bestehenden Aktivierung

eine verminderte Motivation gesehen wird. Die BewohnerInnen sehen das aber in einer anderen Perspektive, da sie ihre Fähigkeiten beim Kochen und Backen gerne weitergeben möchten. Wichtig ist die Kommunikation an die BewohnerInnen, damit ein Wohnküchenkonzept funktionieren kann. Ein guter Anhaltspunkt ist auch das Verbinden mit anderen Maßnahmen. Dies kann so aussehen, dass beispielsweise Schulklassen gemeinsam mit BewohnerInnen im Pflegewohnheim kochen und backen. Dadurch können die BewohnerInnen ihr Wissen weitergeben, indem frühere Rezepte der jüngeren Generationen gezeigt werden. Im Unterschied zu einer Aktivierung, in der die Beschäftigung und das Sitzen im Vordergrund stehen, sowie vorgegeben wird, was gemacht werden muss, können die BewohnerInnen in einem Wohnküchenkonzept ihre persönlichen Kompetenzen und Erfahrungen teilen und das Gefühl von Wertschätzung bekommen. Dadurch steigt die Motivation an.

6 Zusammenfassung und Ausblick

Eine Mangelernährung entsteht durch eine verminderte Aufnahme von Energie, Mikro- und Makronährstoffen sowie Flüssigkeit. Unterschiedliche Formen der Mangelernährung sind durch die mangelhafte Zufuhr von Energie oder Mikronährstoffen erkennbar. Es ist auch möglich, dass diese Formen in einer Beziehung stehen.

Zahlreiche Faktoren können für Menschen im hohen Erwachsenenalter das Risiko für eine Mangelernährung erhöhen. Körperliche Beeinträchtigungen stören die Aufnahme von Nährstoffen, aber genau in so einer Situation sind erhöhte Nährstoffe wichtig, da sich der Bedarf steigert. Durch die Verschreibung von Medikamenten folgen zahlreiche negative Konsequenzen wie der verminderte Appetit und die Störung der Sinneswahrnehmungen. Durch eine Demenz und eine Depression verändert sich der Ernährungszustand. Die Gründe dafür können die eindimensionale Zubereitung von Speisen oder das Vergessen, etwas zu essen, sein. Unterschiedliche Rahmenbedingungen in einer Betreuungseinrichtung können Mangelernährung begünstigen und für das Personal zusätzliche Herausforderungen hervorrufen. Die geringe Aufmerksamkeit auf das Gestalten der Essensumgebung kann Mangelernährung erhöhen. Durch Zeitdruck kann nur eingeschränkt auf die individuellen Ernährungsbedürfnisse eingegangen werden, was wiederum das Risiko für Mangelernährung ebenfalls steigen lassen kann. Oft weist das Personal eingeschränkte Kompetenzen zum Thema Ernährung auf, was wiederum in Unsicherheiten resultiert und demnach die BewohnerInnen in eine Mangelernährung führen kann. Hinzuzufügen ist, dass sich durch eine Unzufriedenheit mit den Speisen in einem Pflegewohnheim ebenfalls eine Mangelernährung bei den BewohnerInnen ergeben kann. Auch soziale und ökonomische Faktoren beeinflussen den Appetit von Menschen im hohen Erwachsenenalter. Personen, die an keiner körperlichen Einschränkung leiden, einen Hochschulabschluss haben und selbst Entscheidungen in Bezug auf Ernährung treffen, weisen einen guten Appetit und zugleich auch eine gute Proteinaufnahme auf.

Um eine Mangelernährung vorzubeugen, gibt es das sogenannte „Wohnküchenkonzept“. Damit wird das Ziel verfolgt, BewohnerInnen in einem Pflegewohnheim bei der Zubereitung der Speisen zu involvieren, um so ihre Sinneswahrnehmungen zu aktivieren und den Appetit zu verbessern. Im Vordergrund stehen auch die Selbstbestimmung und das Eingehen auf individuelle Wünsche. Alle BewohnerInnen haben die Freiheit, selbst zu entscheiden, ob Interesse für eine Teilnahme besteht. Durch die Zubereitung von Speisen oder durch Backen bekommen die BewohnerInnen das Gefühl der Sinnhaftigkeit und Selbstständigkeit zurück. Neben der Zubereitung von Speisen gibt es auch Möglichkeiten Vorbereitungsarbeiten, wie

das Tisch decken oder das Zusammenlegen der Wäsche, zu erledigen. Im Rahmen der Sicherheit und der Hygiene sind gesetzliche Richtlinien vorgegeben und einzuhalten.

Um empirische Daten für dieses vielversprechende, aber noch wenig erforschte Konzept gegen Mangelernährung zu gewinnen, wurden MitarbeiterInnen und BewohnerInnen eines Pflegewohnheims zum Thema Wohnküchenkonzept befragt. Dazu wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Dabei standen für MitarbeiterInnen die Themen Bedarf von Maßnahmen zur Vorbeugung von Mangelernährung, Bedarf für ein Wohnküchenkonzept, Faktoren für die Realisierung eines Wohnküchenkonzeptes und die Akzeptanz bei den BewohnerInnen aus Sicht der MitarbeiterInnen im Fokus. Bei den BewohnerInnen standen die Themen relevante Bedürfnisse für ein Wohnküchenkonzept und die Akzeptanz bei den BewohnerInnen im Mittelpunkt.

Insgesamt wird der Bedarf für Maßnahmen zur Vorbeugung von Mangelernährung seitens der MitarbeiterInnen bei Menschen mit Demenz und neuen BewohnerInnen, die Hinweise auf eine Mangelernährung aufweisen, gesehen. Maßnahmen wie ein abwechslungsreiches Menü werden schon umgesetzt und als beste Vorbeugung gesehen. Obwohl eine Aktivierung durchaus als sinnvoll erachtet wird, wird kein Bedarf für ein Wohnküchenkonzept gesehen. Die Begründungen sind die zahlreichen damit verbundenen Herausforderungen und die Meinung, dass die Akzeptanz bei den BewohnerInnen nicht gegeben ist. Auch die Erfahrungsbilanz aufgrund einer aktuellen Aktivierung, in der saisonal das Backen im Fokus steht, ist der Grund für die negative Meinung bezüglich der Akzeptanz. Trotzdem wird das Backen als sinnvoll gesehen. Im Gegensatz dazu besteht aus Sicht der BewohnerInnen großes Interesse an einem Wohnküchenkonzept. Das Kochen und Backen werden mit Spaß verbunden.

Zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Arbeit konnten keine wissenschaftlichen Arbeiten zu Wohnküchenkonzepten gefunden werden. Es konnte nur ein Projekt in Deutschland gefunden werden, welches zwar gestartet wurde, wofür aber keine eindeutigen Informationen zur Verfügung steht, ob dieses auch umgesetzt wurde und wissenschaftlich begleitet wurde. Angesichts der Befragung über die Meinungen der MitarbeiterInnen und BewohnerInnen wirft ein Wohnküchenkonzept in einem kleinen Pflegewohnheim Fragen auf. Die Themen, die von MitarbeiterInnen angesprochen worden sind, lassen zahlreiche Herausforderungen und Schwierigkeiten bei der Umsetzung vermuten. Auch darin, dass der Fokus für so ein Konzept erst auf die neue Generation gelenkt werden soll, sind sich die MitarbeiterInnen einig. Dennoch zeigen die unterschiedlichen Aussagen zwischen MitarbeiterInnen und BewohnerInnen vor allem die Unterschiede in der Haltung der Perspektiven. MitarbeiterInnen sprechen von den

Erfahrungen mit bisherigen Aktivierungsangeboten und der geringen Motivation der BewohnerInnen, aber durch das Involvieren jüngerer Generation kann sich die Motivation in Zukunft steigern. Ausblickend wäre demnach weitere Forschung zur Umsetzung von Wohnküchenkonzepten für die Vorbeugung von Mangelernährung fortzusetzen und der Fokus auf größere Pflegewohnheime zu richten. Die jetzige Generation ernährt sich im Gegensatz zu der älteren Generation bewusster und es ist auch erkenntlich, dass die Zahl der VeganerInnen, VegetarierInnen und Personen mit Intoleranzen steigt und der Bedarf für ein Wohnküchenkonzept steigern lässt. Interessant wäre auch die Verknüpfung mit anderen Maßnahmen, wie beispielsweise die Förderung intergenerationeller Kontakte, indem zusammen gekocht wird und Erfahrungen beim Kochen und Backen ausgetauscht wird.

Literaturverzeichnis

- Best, R. (2013). Zusatzinfo: Basishygiene beim Kochen und Backen mit Pflegebedürftigen. In C. Menebröcker, C. Smoliner (Hrsg.), *Ernährung in der Altenpflege*. (S. 23-43) München: Elsevier.
- Deutscher Caritasverband e. V. Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (2009). *Wenn in sozialen Einrichtungen gekocht wird. Die Leitlinie für eine Gute Lebensmittelhygienepaxis in sozialen Einrichtungen – gemäß Art. 8 der Verordnung (EG) Nr. 852/2004*. Freiburg: Lambertus.
- Froschauer, U. & Lueger, M. (2003). *Das qualitative Interview*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Gerber, H., Brüggemann, J., Brucker, U., Deuber, H. J., Fischer, B., Hildebrand, S., ... Schrage, U. (2014). Essen und Trinken in stationären Pflegeeinrichtungen. In Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.), *Essen und Trinken im Alter. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen* (S. 63-79) Köln: asmuth druck + crossmedia gmbH & co. kg.
- Heuberger, R. A. & Caudell, K. (2011). Polypharmacy and Nutritional Status in Older Adults: A Cross-Sectional Study. *Drugs & Aging*, 28 (4), 315–323. doi: 10.2165/11587670-000000000-00000
- Hung, Y., Wijnhoven, H. A. H., Visser, M. & Verbeke W. (2019). Appetite and Protein Intake Stata of Adults in European Union: Socio-Demographic and Health Characteristics, Diet-Related and Physical Activity Behaviours. *Nutrients*, 11 (4), 777. doi: 10.3390/nu11040777
- Konturek, P. C., Herrmann, H. J., Schink, K., Neurath, M. F. & Zopf, Y. (2015). Malnutrition in Hospitals: It Was, It Now, and Must Not Remain a Problem! *Medical Science Monitor*, 21, 2969-2975. doi: 10.12659/MSM.894238
- Lonnie, M., Hooker, E., Brunstrom, J. M., Corfe, B. M., Green, M. A., Watson, A. W., ... Johnstone, A. M. (2018). Protein for Life: Review of Optimal Protein Intake, Sustainable Dietary Sources and the Effect on Appetite in Ageing Adults. *Nutrients*, 10 (3), 360. doi: 10.3390/nu10030360
- Lucassen, H. (2003). Die Welt ist stehen geblieben. *Pflegezeitschrift*, 56 (3), 156–157.

- Menebröcker, C. (2013). Behandlung einer Mangelernährung. In C. Menebröcker, C. Smoliner (Hrsg.), *Ernährung in der Altenpflege*. (S. 23-43) München: Elsevier.
- Menebröcker, C. & Smoliner, C. (2013). Kompensation von Beeinträchtigungen. In C. Menebröcker, C. Smoliner (Hrsg.), *Ernährung in der Altenpflege*. (S. 23-43) München: Elsevier.
- Schreier, M.M. & Bartholomeyczik, S. (2004). *Mangelernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen Ursachen und Prävention aus pflegerischer Perspektive Review/Literaturanalyse*. Hannover: Schlütersche Verlag.
- Schutz Y. & Stanga Z. (2010). Mangelernährung und Bestimmung des Ernährungszustandes. In H. K. Biesalski, S. C. Bischoff & C. Puchstein (Hrsg.), *Ernährungsmedizin: nach dem neuen Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer* (4. Vollständige überarbeitete und erwartete Auflage S. 450-466) Stuttgart: Thieme.
- Sieber, C. C. (2019). Malnutrition and Sarcopenia. *Aging Clinical and Experimental Research Review*, 31, 793-798. doi: 10.1007/s40520-019-01170-1
- Volkert, D. (2010). Ernährung im Alter. In H.K. Biesalski, S.C. Bischoff & C. Puchstein (Hrsg.), *Ernährungsmedizin: nach dem neuen Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer* (4.Vollständige überarbeitete und erwartete Auflage S. 358-373) Stuttgart: Thieme.
- Volkert D., Kaiser, M., & Wirth, R. (2014). Mangelernährung. In J. Pantel, J. Schröder, C. Bollheimer, C. Sieber & A. Kruse (Hrsg.), *Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie - Gerontopsychiatrie – Gerontologie* (S. 217-244) Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Volkert, D. (2015) Generelle Mangelernährung. In D. Volkert (Hrsg.), *Ernährung im Alter* (4. Band S. 66-90). Berlin/Boston: Walter de Gruyter.

Internetquellen

<https://aworheinland.de/altenpflege/> [Abruf am 14.04. 2020]

https://aworheinland.de/wp-content/uploads/2016/09/Flyer_Wohnbereichsk%C3%BCchen_2012.pdf [Abruf am 14.04.2020]

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gemeinsamkeiten der Aspekte von BewohnerInnen und MitarbeiterInnen	25
Tabelle 2: Unterschiede der Aspekte von BewohnerInnen und MitarbeiterInnen	26

Anhang

Interviewleitfaden (BewohnerInnen)

Einstieg: Guten Tag Frau/Herr _____. Nochmals Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben für ein kurzes Interview. Sie haben die Studieninformation gelesen und die Einverständniserklärung unterschrieben. Haben Sie noch Fragen dazu? Sie sind damit einverstanden, dass das Interview aufgenommen wird? Wie in der Studieninformation beschrieben, wird die Aufnahme des Interviews an niemanden weitergegeben und wird bei der Transkription des Interviews Ihr Name durch eine zufällige Buchstabenkombination oder Zahl ersetzt. Im Interview wird es, um das Thema Wohnküchenkonzept gehen. Bei einem Wohnküchenkonzept geht es darum, dass die BewohnerInnen eines Pflegewohnheims bei der Zubereitung von Speisen oder beim Backen mitarbeiten können.

Einstiegsfragen:

1. Wie lange leben Sie schon hier im Pflegewohnheim?
2. Was sind Ihre Lieblingsbeschäftigungen?
 - 2.1 Kochen oder Backen Sie auch gerne?

Schlüsselfragen:

1. Wie ist Ihr Appetit?
2. Wie beurteilen Sie die Mahlzeiten hier im Pflegewohnheim?
 - 2.1 Was finden Sie gut?
 - 2.2 Hätten Sie Verbesserungsvorschläge?
3. Was würden Sie davon halten, wenn es die Möglichkeit geben würde gemeinsam mit anderen BewohnerInnen bei der Zubereitung von Speisen oder beim Backen mitwirken zu können?
 - 3.1 Hätten Sie Interesse gemeinsam mit anderen BewohnerInnen bei der Zubereitung von Speisen oder Backen mitwirken zu können?
 - 3.2 Was wäre Ihnen dabei sehr wichtig?

Rückblick: Kurzes Zusammenfassen des Gesagten.

Vielen Dank für das interessante Gespräch und für Ihre Zeit.

Interviewleitfaden (MitarbeiterInnen)

Einstieg: Guten Tag Frau/Herr _____. Nochmals Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben für ein kurzes Interview. Sie haben die Studieninformation gelesen und die Einverständniserklärung unterschrieben. Haben Sie noch Fragen dazu? Sie sind damit einverstanden, dass das Interview aufgenommen wird? Wie in der Studieninformation beschrieben, wird die Aufnahme des Interviews an niemanden weitergegeben und wird bei der Transkription des Interviews Ihr Name durch eine zufällige Buchstabenkombination oder Zahl ersetzt. Im Interview wird es um das Thema Wohnküchenkonzept gehen. Bei einem Wohnküchenkonzept können BewohnerInnen bei der Zubereitung von Speisen oder beim Backen mitarbeiten.

Einstiegsfragen:

1. Wie lange arbeiten Sie schon hier im Pflegewohnheim?
2. Was gehört zu Ihren täglichen Aufgaben?

Schlüsselfragen:

1. Wie groß schätzen Sie das Problem Mangelernährung bei den BewohnerInnen in Ihrem Pflegewohnheim ein?
 - 1.1 Welchen Bedarf sehen Sie für Maßnahmen zur Vorbeugung bzw. Reduzierung von Mangelernährung?
 - 1.2 Wie gehen Sie in Ihrem Pflegewohnheim mit dieser Thematik um?
2. Es gibt ein sogenanntes „Wohnküchenkonzept“, in dem BewohnerInnen in einem Pflegewohnheim bei der Zubereitung von Speisen oder beim Backen involviert werden. Was würden Sie von diesem Konzept halten?
 - 2.1 Welchen Bedarf für ein Wohnküchenkonzept sehen Sie in Ihrem Pflegewohnheim?
 - 2.2 Wie wäre die Akzeptanz bei den BewohnerInnen Ihrer Meinung nach?
3. Wie müsste ein Wohnküchenkonzept Ihrer Meinung nach aussehen, um Mangelernährung vorzubeugen bzw. zu reduzieren?

4. Was müsste für eine nachhaltige Umsetzung berücksichtigt werden?

4.1 Welche Herausforderungen würde es geben?

Rückblick: Kurzes Zusammenfassen des Gesagten.

Vielen Dank für das interessante Gespräch und für Ihre Zeit.

Einwilligungserklärung

Name des Teilnehmers / der Teilnehmerin: _____

Ich erkläre mich bereit, an der Befragung im Rahmen der Bachelorarbeit von Frau Jaqueline Gratzer teilzunehmen.

Ich bin von Frau Jaqueline Gratzer ausführlich und verständlich über die Studie sowie über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie und sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text der Studieninformation und Einwilligungserklärung, die insgesamt 4 Seiten umfassen, gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere medizinische Betreuung entstehen.

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten wie im Abschnitt „Datenschutz“ dieses Dokuments beschrieben verwendet werden.

Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Studienzentrum.

.....
(Datum und Unterschrift des Teilnehmers / der Teilnehmerin)

.....
(Datum, Name und Unterschrift der Autorin der Bachelorarbeit)