

Aus dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Medizinischen
Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
(Direktorin: Prof. Dr. Gabriele Meyer)

Ein Ernährungskulturbogen für den Langzeitpflegebereich Weiterentwicklung und Validierung

Dissertation

Zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.) für das Fachgebiet
Gesundheits- und Pflegewissenschaften

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von

Mag.^a Claudia Steinegger

geboren am 22.07.1968 in Mürzzuschlag

Betreuer: Privatdozent Dr. Gero Langer

Gutachterin/Gutachter:

1. PD Dr. Gero Langer
2. Prof. Dr. Gabriele Stangl
3. A.o. Univ. Prof. Dr. Elfriede Fritz, Hall in Tirol

26.01.2017

17.11.2017

Referat

Der Auftrag der Pflege in Langzeiteinrichtungen lautet, bedürfnis- und bedarfsgerechte Ernährung sicherzustellen. Die Annäherung beginnt mittels achtsamer Biografieerhebung. Um Ernährungsbiografien mit einem Instrument strukturiert erheben zu können, wurde in den Jahren 2010 bis 2012 ein Essbiografiebogen (EBB, Steinegger) entwickelt. Ziel der vorliegenden Studie war die Validierung des EBB im deutschsprachigen Kulturraum. Die Güte- und Nebenkriterien Inhaltsvalidität, Augenscheinvalidität, Inter-Rater-Reliabilität und Praktikabilität waren von Interesse.

Getestet wurde in Österreich, Deutschland, Südtirol und der Schweiz. Die Inhaltsvalidität wurde durch 25 Experten getestet und mittels Content Validity Index bestimmt. Die Überprüfung der Augenscheinvalidität erfolgte durch neun Laien. In jeder teilnehmenden Einrichtung erhoben jeweils zwei Pflegepersonen zu einem Zeitpunkt (R1 vs R 2) die Ernährungsbiografien und so wurde die Inter-Rater-Reliabilität an gesamt 102 Bewohnerinnen und Bewohnern getestet. Die Praktikabilität beurteilten 37 Experten. In Österreich wurden sieben Bewohnerinnen, zwei Bewohner und zwei Pflegepersonen zu ihren Erfahrungen mit den Erhebungen der Ernährungsbiografien befragt.

Der gesamte Bogen ist neu designt, die Bezeichnung in „Ernährungskultur“ umbenannt und die Veränderung der Items abgeschlossen. Nachgewiesen wurde die Klarheit sowie die Relevanz der inhaltlichen Domänen (valide). Der Ernährungskulturbogen (EKB) liefert zuverlässig (reliabel) Daten, ist gut praktikabel und handhabbar. Bewohnerinnen und Bewohner schätzen das Interesse an ihrer Ernährungskultur, Pflegepersonen bestätigen die Sinnhaftigkeit der Biografieerhebung beim Einzug der Bewohnerinnen und Bewohner.

Die Bestimmung der Inhaltsvalidität kann durch Ermittlung des Content Validity Indexes transparent und nachvollziehbar dargestellt werden. Einer erschließenden Abbildung an übereinstimmenden Antworten bedarf es mehr, als der prozentualen Übereinstimmung und Bestimmung des Kappas. Die einfachen, kurzen, klar und verständlich formulierten Fragen sind die Stärken des EKB, gewünscht wird er als fixer Bestandteil des Assessments. Die Anwendung des EKB bei nicht fortgeschritten dementen Bewohnerinnen und Bewohnern kann den Langzeitpflegeeinrichtungen des deutschsprachigen Kulturraumes empfohlen werden. Zuvor werden Schulungen der Pflegepersonen als sinnvoll und erstrebenswert erachtet.

Steinegger, Claudia: Ein Ernährungskulturbogen für den Langzeitpflegebereich, Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 80 Seiten, 2016

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
1.1 Theorie zur Biografie.....	3
1.2 Stand der Forschung.....	7
1.3 Zielsetzung	9
1.4 Forschungsfrage.....	9
2 Material und Methoden	10
2.1 Forschungsdesign	10
2.2 Stichprobengröße.....	10
2.3 Feldzugang und Stichprobenauswahl	10
2.4 Datenerhebung	12
2.4.1 Instrumente.....	12
2.4.2 Untersuchungsvorgang	15
2.5 Datenauswertung.....	15
2.5.1 Die zu messenden Gütekriterien und Nebenkriterien.....	15
2.5.2 Auswertung offener Antwortmöglichkeiten.....	18
2.6 Ethische Überlegungen.....	18
3 Ergebnisse	20
3.1 Inhaltsvalidität.....	20
3.1.1 Kognitives Debriefing in Südtirol.....	20
3.1.2 CVI zur Inhaltsvalidität des EBB in Südtirol	22
3.1.3 Kognitives Debriefing in Deutschland.....	22
3.1.4 CVI zur Inhaltsvalidität des EBB in Deutschland	22
3.1.5 Kognitives Debriefing in Österreich.....	23
3.1.6 CVI zur Inhaltsvalidität des EBB in Österreich	24
3.1.7 Kognitives Debriefing in der Schweiz.....	25
3.1.8 CVI zur Inhaltsvalidität des EBB in der Schweiz	25
3.2 Augenscheinvalidität (face validity)	28
3.2.1 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Inhaltsvalidität.....	28
3.2.2 Konsequenzen	28
3.3 Inter-Rater-Reliabilität (1. Testung).....	29
3.4 Inter-Rater-Reliabilität (2. Testung).....	33
3.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Inter-Rater-Reliabilität.....	36
3.5 Befragung	37
3.6 Praktikabilität/Handhabbarkeit.....	40
3.7 Gesamtbewertung des EKB.....	41
4 Diskussion	44
4.1 Fazit und Ausblick	48
4.2 Implikation für die Praxis.....	49
4.3 Implikation für die Forschung.....	49
5 Zusammenfassung	51
6 Literatur	52
5.1 Tabellen	56
5.2 Abbildungen.....	56
7 Anlagen.....	58

1 Einleitung

Das Recht auf Miteinbezug, Entscheidungsfreiheit und Information ist sowohl in den Gesetzen der Gesundheitsberufe (BMG, 2014) als auch in den Patientenrechten (BKA, 2015) selbst verankert. Um praxisbasierte Evidenz und Betreuung anbieten zu können, ist die Meinung sowie das Wissen um die Präferenzen der Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner eine unverzichtbare Quelle (BKA, Rechtsinformationssystem, 2015).

Noch einen Schritt weiter gehen die Formen der Beteiligung beziehungsweise die Meinung der Beteiligten, wenn diese in die Entscheidungsprozesse der Pflege einfließen (Straßburger und Rieger, 2014, S. 230). Von Partizipation wird gesprochen, wenn an Entscheidungen mitgewirkt und damit auch Einfluss auf die Ergebnisse genommen wird. Hier wird der Begriff eindeutig von Formen der Beteiligung abgegrenzt, bei denen die Meinung der Mitwirkenden keine Auswirkungen auf das Ergebnis der Entscheidung hat beziehungsweise wo die Auswirkung auf die Entscheidung nicht sicher ist.

Partizipation wird, wie im Modell der Pyramide unter Abbildung 1 erkennbar, in Stufen der Beteiligung dargestellt. Das Modell führt von den Vorstufen (Information, Meinungsäußerung und Stellungnahme) zu tatsächlicher Partizipation, welche von Mitbestimmung, Entscheidungskompetenz, Entscheidungsmacht bis hin zu zivilgesellschaftlicher Eigenaktivität führt (Straßburger und Rieger, 2014, S. 232-233).



Abbildung 1: Stufen der Partizipation (Wright, Block und Unger, 2010)
 Genehmigung zur Verwendung erteilt vom Netzwerk Gesunde Kita, am 10.11.2015

Selbst die Vorstufen sind wertvoll und können hilfreich sein, wenn der Grad der Partizipation allmählich gesteigert wird. Eine partizipative Haltung basiert auf Gerechtigkeit, Solidarität und Gleichwertigkeit. Sie rückt Selbstbestimmung ins Zentrum, erfordert allerdings Zuversichtlichkeit, Interesse, Offenheit, Risikobereitschaft und Weitsichtigkeit (Straßburger und Rieger, 2014, S. 235). Partizipation in der Pflege bedeutet demzufolge nicht nur die basale, aktive oder passive Teilhabe, sondern auch die Teilhabe und Mitbestimmung/Mitgestaltung

in Bereichen, von denen pflegebedürftige Menschen sonst ausgeschlossen wären. Nun stellt sich die Frage, ob gerade beim Thema Essen und Trinken über Partizipation nachgedacht werden muss. Von der völligen Selbstversorgung bis zur vollständigen Abhängigkeit, der Mensch nimmt daran teil. Wird im Fall der vorliegenden Studie auf die Partizipationspyramide zurückgegriffen, so ist es wichtig zu berücksichtigen, welche Stufe unter den vorgegebenen Rahmenbedingungen umzusetzen und am besten geeignet ist.

Gutes und gesundes Essen, welches auf die veränderten Bedürfnisse im Alter abgestimmt wird, trägt einen wesentlichen Teil zur Gesunderhaltung bei. Ferner kann genussvolles Essen gesundheitsfördernde Wirkungen entwickeln (Biedermann, 2011, S. 17). Gewohntes kann mittels Biografiearbeit leichter erkannt und zugeordnet werden. Die Arbeit mit der Biografie eines Menschen ermöglicht, seine Wünsche, Verhaltensweisen, Antriebe und Motivationen besser zu verstehen. Biografiearbeit kann Brücken zu den Bewohnerinnen und Bewohnern schlagen und ist wesentliche Aufgabe des Pflegepersonals (Matolycz, 2011, S. 39-40).

Den Dokumentationssystemen des Langzeitpflegebereiches stehen Anamnese- oder Biografiebögen beziehungsweise Interviewleitfäden, welche anhand der Modelle von Pflege-theoretikerinnen und Pflege-theoretikern (z.B. Böhm, 1999; Friedemann, 1996; Krohwinkel, 1984; Roper, Logan, Tierney 1980; Orem, 1959) erstellt wurden, zur Verfügung. Diese Bögen sind meist so strukturiert, dass sie die Lebensspanne von Kindheit, Schulzeit, Elternhaus, Jugend, junges Erwachsenenalter, Familiengründung, Kindererziehung, Arbeitsleben und Rentenalter abbilden (Laussermayer, 2010). Lind (2006) betont, dass das Wissen und Verstehen der individuellen Biografie der Bewohnerinnen und Bewohner in der Pflege und Betreuung eine Erleichterung darstellen kann. Dieses biografische Wissen nützt der Ausrichtung der Pflege dahingehend, wenn der Lebensrhythmus und die Lebensgewohnheiten auch dementsprechend berücksichtigt werden. Wenn also biografische Daten vorhanden sind, müssen sie in der Pflegeplanung berücksichtigt werden. Diese Daten eröffnen den Pflegealltag und begründen Entscheidungen für oder gegen bestimmte Maßnahmen (Laussermayer, 2010).

Eine besondere Wertigkeit bekommt eine Ernährungsbiografie dann, wenn betrachtet wird, welchen Einfluss Essgewohnheiten, Lebensmittelauswahl und Zusammenstellung von Mahlzeiten auf die Lebensqualität von Menschen in der Altenpflege haben. Essgewohnheiten, physiologische, emotionale, soziale und umweltbedingte Veränderungen müssen verstanden werden, um alten Menschen ein selbstbestimmtes und selbstbewusstes Leben zu ermöglichen. Diese Aufforderung ergibt sich aus der Feststellung, dass in der Langzeitpflege Ernährung eine zentrale Rolle spielt, weil gerade essen oft zu den einzigen Höhepunkten des Tagesgeschehens gehört. Bewohnerinnen und Bewohner müssen daher in die Gestaltung integriert und im Rahmen ihrer Möglichkeiten involviert werden (Hoffmann, 2008).

Schreier und Bartholomeyczik machen deutlich, dass Biografie und Gewohnheiten einen er-

heblichen Einfluss auf das Ernährungsverhalten haben, dem bei genügender Kenntnis in der Planung und Umsetzung von Pflegehandlungen zur Verbesserung der Nahrungsaufnahme begegnet werden kann (Schreier und Bartholomeyczik, 2004).

Wenn es folglich gelingt, dass unsere Bewohnerinnen und Bewohner ihre Bedürfnisse, Interessen, Ressourcen und Erfahrungen in die Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse einbringen, werden die Herausforderungen auch in diesem Lebensbereich zu bewältigen sein.

1.1 Theorie zur Biografie

Biografie ist die Beschreibung der Lebensgeschichte einer Person (Duden Online, 2015). Biografieforschung ist Teil der qualitativen Sozialforschung, die seit den 1980er Jahren auch als Forschungsansatz der Soziologen (z.B.: Fuchs-Heinritz, 2009; Lutz, 2005; Lamnek, 1995; Kohli, 1978) gilt. Diese Kommunikationsform zeigt das Interesse an der Geschichte des Erzählers (Kohli, 1981). Der Betrachtungsschwerpunkt der Biografieforschung liegt in der individuellen Verarbeitung von Erfahrungen, jedoch akzeptiert die qualitative Biografieforschung, dass Biografien Einzelner als soziale Konstrukte angelegt sind (Low, 2009).

Entstehung der Biografie

Menschen prägen zum einen die Historie, also die Zeit und Bedingungen der Kindheit, der Jugend, des jungen Erwachsenenalters und so weiter. Essentiell ist, die daraus einzelnpersönlich entwickelte Biografie zu betrachten. Rein aus dem historischen Lebensabriss lässt sich zwar manches erahnen, aber wie die jeweils vorherrschenden Bedingungen und Gegebenheiten von jemandem persönlich erlebt wurden, wird eben erst durch die singuläre Biografie verstehbar. Aus der singulären Biografie wird auch schlüssig, wie individuelle Copings, mit denen schwierige oder als herausfordernd erlebte Situationen, entwickelt wurden. Sitten, Kulturen und Gebräuche des jeweiligen Umfeldes machen die regionale Biografie eines Menschen aus und sind somit für ein besseres Verständnis der Lebensumstände von Bedeutung. Weiter stehen das familiäre Umfeld und die Beziehungsgefüge, in denen jemand aufgewachsen ist, im Zusammenhang mit der Lebensbeschreibung (Matolycz, 2011, S. 39-40).

Der österreichische Pflegewissenschaftler Böhm geht beispielsweise davon aus, dass jeder Mensch durch seine Sozialisation, Kultur und Erfahrungen biografisch geformt wird. Mit dieser Annahme prägte er den Begriff des Normalitätsprinzips. Demnach entwickelt jeder Mensch eine persönliche Lebensform, aus der sich sein Bild von einem normalen Verhalten und Handeln ergibt (Böhm, 1999, S. 102).

In der Entwicklung und Ausprägung der persönlichen Biografie spielt die Sichtweise der subjektiven Lebensqualität, das heißt, was individuell darunter verstanden wird, ebenfalls eine essentielle Rolle (Hoffmann, 2008).

Entstehung der Essbiografie

Biedermann, der sich mit Essen als Form der basalen Stimulation auseinandergesetzt hat, nennt die Phase von der Geburt bis ungefähr zum zehnten Lebensjahr – vom Erinnerungswert her betrachtet – als die wichtigste (Biedermann, 2011, S. 19).

Der Mensch wird hierbei mit verschiedenen Grundnahrungsmitteln und der Küche der Mutter vertraut. In dieser Phase entsteht die Grundhaltung gegenüber der Nahrungsaufnahme. Vor allem ist dies die Phase, die später mit der Erinnerung an die Kindheit und dem Genießen von Mahlzeiten – das heißt, mit dem zu Hause – gekoppelt ist. In der zweiten Phase, der Adoleszenz, emanzipieren sich die Jugendlichen und entdecken neue Geschmäcker. Die Welt des Kulinarischen wird (z.B. durch Reisen in andere Länder und Kulturen) neu entdeckt. In der dritten Phase wird die Esspalette der Partnerin oder des Partners mit einbezogen und erweitert somit die Essensweisen. Dieses Essverständnis wird wiederum an die Kinder weitergegeben, von diesen erweitert und verändert (Biedermann, 2011, S. 19).

Jeder Mensch hat somit im Lauf seines Lebens eine eigene Biografie von Ernährung entwickelt. Diese Erinnerungen beinhalten (neben den oben bereits genannten) unter anderem Geschmack, Geruch, Farben und Aussehen von Essen, Vorlieben für bestimmte Mahlzeiten, Essenszeiten, die Art des Anrichtens, Vorlieben und Abneigungen, das eigene Verständnis von gesundem und ungesundem Essen, Bedeutung der Mahlzeiten und vieles mehr (Hoffmann, 2008).

Verändertes Ernährungsverhalten

Bei älteren Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen häufen sich die Beschwerden, wenn die Freude rund um das Essen vergeht, das Essen als geschmacklos empfunden wird oder der Appetit aufgrund der Nahrungsangebote vermindert ist. Der Ernährungszustand, das Immunsystem, der funktionale Status und das Wohlbefinden nehmen ab (Wylie, Fellow und Nebauer, 2011). Die Folgen können sehr weitreichend sein. Biedermann spricht von quantitativer Unterernährung, wenn Menschen zu wenig Nahrung zu sich nehmen und der Energiebedarf dabei nicht gedeckt wird. Er warnt jedoch, zahlreiche Kalorien (oft in unappetitlicher Form) und dafür weitaus zu wenig Vitamine und Ballaststoffe zuzuführen. Dies kann gesundheitsschädigende Folgen haben und zudem von einer quantitativen Unterernährung zu einer qualitativen Fehlernährung führen. Ernährungsphysiologisch zuzuführen bedeutet nach Biedermann folglich, quantitativ und qualitativ im richtigen Verhältnis und dies in angemessener Qualität (Biedermann, 2011, S. 19).

Ein Phänomen ganz anderer Art, welches nicht zwingend mit zunehmendem Alter, aber primär mit Ernährung in Zusammenhang steht, ist ein Gesundheitsverhalten, welches in den

vergangenen Jahren festgestellt wurde (Karwautz, 2006; Hauer, 2005; Mogel, 2001). Medienberichte über Rinderwahn, kontaminierte Hühner, Quecksilber in Fischen und dergleichen führten zu übertriebener Vorsicht, gesamte Lebensmittelkategorien werden mitunter gänzlich gemieden. Im extremsten Fall verhungern vermeintlich gesundheitsbewusste Menschen lieber, als Nahrungsmittel zu essen, die sie als unrein beziehungsweise die Gesundheit gefährdend bezeichnen (Donini et al., 2005). Mogel benennt diese Gewohnheit, Ernährung mit Argusaugen zu überwachen und Lebensmittel nicht nur als gesund und ungesund, sondern darüber hinaus als moralisch gut oder schlecht zu sehen, als Hauptursache für Essstörungen (Mogel, 2001). Entwickelt sich demgemäß aus extremem Gesundheitsverhalten ein, wie beschrieben, krankhaftes Verhalten (Donini et al., 2005), so wird diese Essstörung als Orthorexia nervosa bezeichnet (Karwautz, 2006). Ziel muss daher sein, auch Störungen des Essverhaltens zu erkennen und dem entgegenzuwirken.

Biografiearbeit in der Langzeitpflege

Die Biografie jedes einzelnen Bewohners soll unter Berücksichtigung aller oben beschriebenen Aspekte erhoben und verstanden werden. Das gilt als Türöffner erfolgreicher Pflege (Matolycz, 2011, S. 39-40). Biografiearbeit dient als Werkzeug zum Erhalt der Autonomie der jeweiligen Person und beginnt bereits in den ersten gemeinsamen Momenten mit neuen Bewohnern in einer Langzeitpflegeeinrichtung. Zumeist ist bereits das Begrüßen, das Fragen nach dem Befinden und den Wünschen der erste Schritt, dank entgegengebrachter Aufmerksamkeit langfristig Vertrauen aufzubauen (Mutz-Amon und Kölbl-Catic, 2010). Dem aktuellen Wissensstand wird entsprochen, wenn Bewohnerinnen und Bewohner nicht sofort am Tag ihrer Ankunft mit Assessments, Fragebögen oder Informationsmaterial überhäuft werden. Wesentlich ist es, den Bewohnern die individuell benötigte Zeit zu geben, sich auf den neuen Lebensabschnitt einzustellen. Sie müssen selbst entscheiden können, wann sie ihre Lebensgeschichte preisgeben möchten. Die individuelle Lebensgeschichte kann nicht innerhalb eines Gespräches erfasst werden, vielmehr sollte sie in Form eines dynamischen Prozesses (Veränderung und Verknüpfung der Zusammenhänge) entstehen (Mutz-Amon und Kölbl-Catic, 2010).

Technik und Werkzeuge zur Biografieerhebung

Die jeweilige Technik zur Erhebung einer Biografie hängt von der Erreichbarkeit der Person ab. Bevorzugt wird ein fragender Ansatz, jedoch darf dies nicht in eine Befragung oder Ausfragung der Person entgleiten (Laussermayer, 2010).

Als etablierte Methode zur Biografieforschung wird die narrative Interviewtechnik nach Schütze angesehen. Gesprächspartner werden zum freien Erzählen animiert. Nicht nur äußerliche Ereignisabläufe, sondern auch innere Reaktionen werden darauf erkennbar. Eine systematische Abfrage würde möglicherweise verschließen, was mit dieser Methode versucht wird, nämlich eine Annäherung an subjektive Bedeutungen mit ausschlaggebenden Erfahrungen (Schütze, 1983).

Im psychobiografischen Modell nach Böhm (veröffentlicht 1999) wird eine thymopsychische (Teil der Seele, Welt der Gefühle, Empfindungen, Triebe und Instinkte) Biografie erhoben, welche vorwiegend aus Geschichten, Folklore und Copings besteht. Das Hauptwerkzeug zur Erhebung dieser Biografie ist das Gespräch (Böhm, 2009, S. 32).

Um die oben beschriebene Orthorexia nervosa festzustellen, wird in Italien (Donini et al., 2005) ein Fragebogen (ORTO 15 questionnaire) bestehend aus 15 Items verwendet, darunter sind Fragen nach der Dauer der Störung sowie deren Auswirkungen und Gefühle.

Den Dokumentationssystemen des Langzeitpflegebereiches stehen bis dato oben beschriebene Anamnese- oder Biografiebögen beziehungsweise Interviewleitfäden zur Verfügung (Laussermayer, 2010).

Auf Gütekriterien untersucht ist das Resident Assessment Instrument (RAI 2.0) anzuführen, welches die Bedürfnisse, Ressourcen und Potenziale von hilfs- und pflegebedürftigen alten Menschen in der Langzeitpflege erfasst. Es gibt allerdings keine deutschsprachigen Studien zur Interrater-Reliabilität (Bartholomeyczik, 2009, S. 17).

Berücksichtigung der Biografie in der Pflege

Sobald biografische Daten vorhanden sind, müssen sie in der Pflegeplanung berücksichtigt werden. Diese Daten eröffnen den Pflegealltag und begründen Entscheidungen für oder gegen bestimmte Maßnahmen (Laussermayer, 2010). Wird der Zeitfaktor im spezifischen Tagesrhythmus beachtet, wirkt sich das sehr positiv auf das Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern aus. Ebenso zeigt sich, dass Ritualen (z.B. ein Gebet vor dem Essen, Kaffee am Morgen...) eine Schlüsselreizfunktion zugeschrieben wird, ohne die sich (gewünschte oder erforderliche) Pflegemaßnahmen mit den Bewohnern nicht durchführen lassen. Behutsam zu hinterfragen ist die Bedeutung des jeweiligen Rituals, um es bei pflegerischen Interventionen entsprechend berücksichtigen zu können (Lind, 2006). Der zeitlichen Orientierung von Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen kann es sehr hilfreich entgegenkommen, wenn be-

stimmte Mahlzeiten als gewohntes Ritual an einem bestimmten Tag gekocht werden (Lind, 2006).

Ein anderes Element stellt das Wissen um Getränke und Nahrungsmittel, die aus bestimmten (lebensgeschichtlich bedeutsamen) Gründen abgelehnt werden, dar. Hier wäre beispielhaft die Ablehnung von Suppen zu erwähnen, die mitunter an eine eintönige und magere Kriegsgefangenschaft erinnern könnten (Lind, 2006). Eine besondere Wertigkeit bekommt eine Essbiografie dann, wenn betrachtet wird, welchen Einfluss Essgewohnheiten, Lebensmittelauswahl und Zusammenstellung von Mahlzeiten auf die Lebensqualität von Menschen in der Altenpflege haben.

Um jedoch auch den Anforderungen zur Erreichung einer guten Lebensqualität zu entsprechen, scheint wesentlich, nicht nur die zweifelsfrei wichtige Pflege zu erbringen, sondern auch das Leben jeder und jedes einzelnen Bewohners zu bereichern (Hoffmann, 2008). Diese Aufforderung von Hoffmann ergibt sich aus seiner Feststellung, dass in der Langzeitpflege Ernährung eine zentrale Rolle spielt, weil gerade essen oft zu den einzigen Höhepunkten des Tagesgeschehens gehört (Hoffmann, 2008). Weiter führt er aus, dass Bewohnerinnen und Bewohnern daher in die Gestaltung integriert und im Rahmen ihrer Möglichkeiten involviert werden müssen (Hoffmann, 2008). Aufgrund der Ergebnisse ihrer Studie empfehlen Wylie et al. dem Management und Personal von Langzeitpflegeeinrichtungen sogar, das Essen, das sie den Bewohnerinnen und Bewohnern anbieten, selbst zu kosten. In jedem Fall ist ein achtsamer Blick zu empfehlen, wie viele der Bewohnerinnen und Bewohner das Essen als nicht schmackhaft empfinden. Durch aufmerksame Beobachtungen und Rückfragen muss herausgefunden werden, warum nicht [auf]gegessen wird. Wenn das angebotene Essen selbst vom Personal als geschmacklos bewertet wird, empfiehlt es sich, den Standard der Küche (Catering Service) sorgfältig zu betrachten. Und noch besser ist wahrscheinlich, alle Möglichkeiten in Betracht zu ziehen (Wylie, Fellow und Nebauer, 2011).

1.2 Stand der Forschung

Das Forschungsvorhaben zur Dissertation stellt die Weiterführung der Diplomarbeit dar. Die Anforderung dieser war, eine Langzeitpflegeeinrichtung bei der Einführung ihres Ernährungsmanagements wissenschaftlich zu begleiten, bereits veröffentlichte Erhebungs- und Einschätzungsinstrumente zu finden und zur Verfügung zu stellen.

Um die Durchführung des Ernährungsmanagements visuell darzustellen, wurden im ersten Schritt die Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (AKE, 2010) in Form eines Prozesses dargestellt. Die Prozessdarstellung ist als Anhang I auf Seite 56 eingefügt.

Die festgestellte Lücke im Ernährungsmanagement bestand darin, dass kein Instrument publiziert war, mit dem eine gezielte Essbiografie erhoben werden könnte. Diese Lücke war zu schließen.

In den Jahren 2010 bis 2012 wurde ein Essbiografiebogen (EBB) für deutschsprachige, nicht fortgeschritten demente Bewohnerinnen und Bewohner von Langzeitpflegeeinrichtungen entwickelt, seine Inhaltsvalidität und Praktikabilität wurde überprüft (Steinegger, 2012). Die Vorgehensweise gestaltete sich wie folgt:

75 mögliche Fragen (Items) zur Erfassung von essbiografischen Daten wurden formuliert. Die Items, die möglicherweise im Biografiebogen aufgenommen werden könnten, ergaben sich aus einer Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern (Präferenzen), der Erfahrungen der Pflegepersonen (interne Evidenz) und einer gewissenhaften Literaturrecherche (externe Evidenz). Die Auswahl der Items für den EBB wurde anschließend durch 74 teilnehmende Pflegepersonen getroffen. In zwei Durchläufen wurden die Items reduziert. Von den 75 möglichen wurden 25 Items in den EBB aufgenommen. Einige der Items wurden auf Wunsch der Experten in der Formulierung erweitert beziehungsweise verändert. Das Deckblatt präsentiert den Namen der Bewohnerin oder des Bewohners, den Beginn der Essbiografieerhebung, das Logo der jeweiligen Langzeitpflegeeinrichtung und Copyright der Forscherin. Der EBB selbst folgt auf drei Seiten. Es gibt die vier Kategorien: Vorlieben, Gewohnheiten, Umgebungsgestaltung und Traditionen. Zu den Fragen gibt es unterstützende Hinweise und Platz für freies Erzählen der Bewohner. Vor Untersuchung der Inhaltsvalidität wurde ein kognitives Debriefing durchgeführt. Dies dient sowohl der Beurteilung von Layout, Design und Übersichtlichkeit, als auch einem Testlauf zur Inhaltsvalidität. Die Testung und somit Sicherstellung der inhaltlichen Validität ist nach der Entwicklung eines Assessmentinstrumentes als erstes durchzuführen. Ohne die Inhaltsvalidität des Instrumentes nachgewiesen zu haben, kann es der Praxis nicht zur Anwendung empfohlen werden. Die Items im EBB wurden solange verändert, bis ein zufriedenstellendes Ergebnis vorlag. Um die Inhaltsvalidität nicht zu gefährden, ist im nächsten Schritt die Praktikabilität des Instrumentes sicherzustellen. Die Bewertung der Inhaltsvalidität und Praktikabilität erfolgte durch fünf Experten. Der Index der einzelnen Items (I-CVI) liegt zwischen 0,80 und 1,00. Die Verständlichkeit der Fragen zeigt für die gesamte Skala eine durchschnittliche Übereinstimmung (S-CVI/AVE) von 0,96 und die Übereinstimmung aller Rater (S-CVI/UA) liegt bei 0,79. Die Angemessenheit/Relevanz der Fragen weist für die gesamte Skala eine durchschnittliche Übereinstimmung (S-CVI/AVE) von 0,93 auf und die Übereinstimmung aller Rater (S-CVI/UA) liegt bei 0,62. Die Testung der Praktikabilität ergab, dass der EBB die Datenerfassung erleichtert, wichtige Essenszeiten für die Bewohnerinnen und Bewohner herausgefunden werden, Vorlieben, Gewohnheiten und Traditionen beachtet sowie auf Besonderheiten in der individuel-

len Umgebungsgestaltung Rücksicht genommen werden kann. Der Zeitaufwand zur Erhebung einer Essbiografie wurde zwischen 20 und 45 Minuten angegeben.

Belegt ist bisher, dass die Items im aktuellen Biografiebogen (Steinegger, 2012) für eine Institution in Österreich als inhaltlich valide gelten und das Instrument als praktikabel anzusehen ist. Um jedoch eine breite Anwendung des Biografiebogens zu ermöglichen, müssen die enthaltenen Fragen des EBB so konzipiert sein, dass sie trotz regionaler, sprachlicher oder auch kultureller Unterschiede von Bewohnerinnen und Bewohnern deren individuelle Ernährungsbiografie erfassen.

1.3 Zielstellung

Ziel der vorliegenden Studie ist die Weiterentwicklung und Validierung des EBB in Österreich, Südtirol, Deutschland und der Schweiz. Von Interesse sind die Güte- und Nebenkriterien der Inhaltsvalidität, Inter-Rater-Reliabilität, Augenscheinvalidität sowie der Praktikabilität des Biografiebogens.

1.4 Forschungsfrage

Aus der Problemstellung ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Handelt es sich beim Essbiografiebogen um ein valides, reliables und praktikables Instrument zur Erhebung subjektiver biografischer Ernährungsmerkmale von Bewohnerinnen und Bewohnern im Langzeitpflegebereich des deutschsprachigen Kulturraumes?

2 Material und Methoden

Im folgenden Abschnitt werden die Untersuchungsmethoden dargestellt und deren Auswahl begründet. Dies dient der Transparenz zur Vorgehensweise bei der Planung und Durchführung der Studie.

2.1 Forschungsdesign

Es handelt sich im vorliegenden Projekt um eine Validierungsstudie. Die Testungen des Bogens werden im deutschsprachigen Kulturraum (Österreich, Südtirol, Deutschland und der Schweiz) durchgeführt.

2.2 Stichprobengröße

25 Experten testeten die *Inhaltsvalidität* ($n=25$). Als Experten werden in der vorliegenden Studie Pflegefachkräfte, die in verschiedenen Langzeitpflegeeinrichtungen im deutschsprachigen Kulturraum tätig sind, bezeichnet.

Eine (wenn auch unterzuordnende) Rolle spielt auch, wie Personen, die weder professionell in der Pflege tätig sind noch einen wissenschaftlichen Hintergrund haben, ihrem bloßen Augenschein nach die Wertigkeit der Biografieerhebung sehen und die Items des Bogens dazu beurteilen. Für die Überprüfung der *Augenscheinvalidität* (face validity), wurde deshalb eine gezielte Auswahl von neun Laien aus dem privaten Umfeld getroffen ($n=9$).

Für die Testung der *Inter-Rater-Reliabilität* wurden jeweils zwei *Pflegepersonen* aus jedem teilnehmenden Haus aufgefordert, zu einem Zeitpunkt mit aus Rücksicht auf die Bewohner dazwischen maximal drei bis vier Tagen Abstand die Biografieerhebung mit den ausgewählten *Bewohnern* ($n=61$) durchzuführen (*R1 vs. R2*).

Befragung: In einer Langzeitpflegeeinrichtung in Österreich wurden neun *Bewohnerinnen* beziehungsweise *Bewohner* ($n=9$) und zwei *Pflegepersonen* ($n=2$) persönlich zu ihren Erfahrungen mit der Erhebung der Essbiografie befragt.

Die Testung der *Praktikabilität/Handhabbarkeit* und *Gesamtbeurteilung* des Bogens wurde wieder mit Pflegefachkräften durchgeführt. Sie erfolgte durch 37 *Experten* aus den teilnehmenden Langzeitpflegeeinrichtungen, tätig in Österreich, Deutschland, Südtirol und der Schweiz.

2.3 Feldzugang und Stichprobenauswahl

Über ehemalige Vortragende, Kolleginnen und Kollegen konnten Kontakte zu Langzeitpflegeeinrichtungen in Österreich, Südtirol, Deutschland und der Schweiz hergestellt werden. Bei der ersten Kontaktaufnahme mit den Pflegedienstleitungen wurde das Forschungsvorhaben

beschrieben und die geplante Vorgehensweise vorerst telefonisch und per E-Mail besprochen. Interesse an der Teilnahme am Forschungsprojekt war in allen vier Ländern vorhanden. Nach Rücksprache der Pflegedienstleitungen mit deren Mitarbeitern kamen die einzelnen Zusagen im Verlauf des Sommers 2013. Die Auswahl der Pflegepersonen war insofern qualifikationsabhängig, weil die Kompetenz und Befugnis zur Biografieerhebung gesichert sein musste. Die jeweiligen Pflegepersonen legten in weiterer Folge und immer nach Rücksprache mit der Stations-und/oder Pflegedienstleitung fest, bei welchen Bewohnerinnen und Bewohnern sie – den Einschlusskriterien entsprechend – die Biografieerhebungen durchführen können.

In *Südtirol* wurde als erstes getestet, da die schriftliche Zusage an der Teilnahme der Studie am promptesten eintraf. Die Einrichtungen wurden besucht, die Besprechung und mündliche Information erfolgte vor Ort nochmals mit der Pflegedienstleitung. Die geforderte Anzahl an Biografiebögen sowie auszufüllende Fragebögen und frankierte Rückumschläge wurden ausgehändigt beziehungsweise für die Teilnehmer hinterlegt.

Ein an der Studie interessierter Pflegedienstleiter aus *Deutschland* war Teilnehmer eines Vortrages an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Die genaue Instruierung sowie die mündliche Zusage an der Teilnahme seines Hauses erfolgte noch im Rahmen dieser INGRA Veranstaltung. Die geforderte Anzahl an Biografie- und Fragebögen wurde samt frankiertem Rückumschlag per Postweg zugesandt.

Vom Pflegeexperten in der *Schweiz* wurde eine Fortbildung zum Thema Ernährung im Langzeitpflegebereich gewünscht. An dieser internen Fortbildung nahmen Pflegepersonen aus den unterschiedlichen Bereichen der Langzeiteinrichtung teil. Im Anschluss an die Veranstaltung blieben die an der Studie teilnehmenden Pflegepersonen für persönliche Information und offene Fragen anwesend. Das Interesse war hier besonders groß, da der Schwerpunkt dieser Institution schon auf Biografiearbeit gerichtet ist. In der Schweiz wurde die geforderte Anzahl an Biografie- sowie Fragebögen mit frankiertem Rückumschlag persönlich ausgehändigt.

In *Österreich* wurden nach den schriftlichen Zusagen die jeweils teilnehmenden Institutionen besucht. An den Besprechungen und Informationen zur Studie nahmen die Pflegedienst-, fallweise auch Stationsleitungen teil. Die Teilnahme an der Studie war in Österreich verschieden. Eine Institution war bereit, die Überprüfung der Inhaltsvalidität zu unterstützen. Auch hier war es so, dass für die Pflegepersonen die festgelegte Anzahl an Biografie- und Fragebögen mit Rückumschlag persönlich hinterlegt wurden. Eine Leiterin der Fachstelle Pflege und Betreuung konnte die Zusage der Testung von Inter-Rater-Reliabilität sowie Praktikabilität und Gesamtbewertung für fünf Häuser erteilen, hier wurde der Postversand für die jeweiligen Häuser als Zustellungsart vereinbart. Die Institution, welche bereits die ursprüngliche

Entwicklung des Biografiebogens unterstützte, war auch zur Teilnahme an dieser Studie bereit. Hier wurden auch die Bewohnerinnen, Bewohner, Expertinnen und Experten zu ihren Erfahrungen mit den Essbiografieerhebungen befragt.

2.4 Datenerhebung

Im folgenden Abschnitt wird exakt erörtert, wie die jeweiligen Testungen durchgeführt und welche Instrumente dazu verwendet wurden.

2.4.1 Instrumente

Die Biografien der Bewohnerinnen und Bewohner wurden von den Pflegepersonen, jeweils anhand des aktuellen Bogens erhoben. Danach waren, je nach Art der Testung, von den Pflegepersonen Fragebögen auszufüllen. Im Fließtext der vorliegenden Dissertationsschrift finden sich Auszüge der Fragebögen und nur unverzichtbare Tabellen. Die vollständigen Fragebögen und Tabellen werden (in fortlaufender Nummerierung) dem Anhang beigelegt.

1. Kognitives Debriefing zur Vorerhebung der Inhaltsvalidität (der Fragebogen dazu als Anhang II, siehe Seiten 60-61)

Anhand des dafür konstruierten Fragebogens nehmen die Experten die formelle Bewertung des EBB vor. Der Fragebogen besteht aus 10 Items. Zur Bewertung dient eine vierstufige Rating-Skala („ja“/„eher ja“/„eher nein“/„nein“).

Mit Item 1 und 2 wird das Layout und Design des EBB beurteilt, mit Item 3, 4 und 5 die Übersichtlichkeit der Kategorien. Mit Item 6 die Frage nach dem Umfang der Fragen des EBB, Item 7 bezieht sich auf die Formulierung der einzelnen Fragestellungen des EBB und mittels Item 8 soll gezeigt werden, ob die Fragestellungen auch ausreichende Antwortmöglichkeiten bieten. Item 9 deckt die Frage nach dem Platz für die Dokumentation der Antworten ab und anhand des Items 10 wird geklärt, ob ausreichend Platzangebot für freies Erzählen der Bewohner geboten wird.

Formelle Bewertung des Essbiografiebogens				
	ja	eher ja	eher nein	nein
Sind Sie mit dem Layout des EBB einverstanden?				
Bitte begründen Sie Ihre Bewertung				

Abbildung 2: Ausschnitt des Fragebogens zum kognitiven Debriefing

Erfassung soziodemografischer Daten

Dieser abschließende Teil des Fragebogens zielt auf persönliche und arbeitsplatzbezogene Daten ab. Dabei sind Alter, Berufserfahrung, Zusatzqualifikationen und der Bildungshintergrund (Schul-, Aus- und Weiterbildung) von Interesse. Die Daten wurden erfasst, um die Stichprobe in ihren Basischarakteristika genau beschreiben zu können.

2. Inhaltsvalidität: Klarheit/Verständlichkeit; Angemessenheit/Relevanz der Fragen (der Fragebogen dazu als Anhang III, siehe Seiten 62-64)

Zur Klarheit/Verständlichkeit der Fragen: Die Rater bewerten die Fragen mit „ja“ oder „nein“. Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, wird die Zahl 1 vergeben, bei Antwort „nein“ ist die Punktvergabe 0. Daraus wird der Index der einzelnen Items sowie der gesamten Skala berechnet.

Zur Angemessenheit/Relevanz der Fragen: Die Rater bewerten die Fragen mit „gar nicht/ein wenig“ oder „ziemlich/sehr“. Wird die Frage „befürwortet“ (mit ziemlich oder sehr relevant beurteilt), wird die Zahl 1 vergeben, bei „Ablehnung“ (gar nicht oder wenig relevant) ist die Punktvergabe 0. Daraus kann der Index der einzelnen Items sowie der gesamten Skala berechnet werden.

Testung der Klarheit/Verständlichkeit und Angemessenheit (Relevanz) der Fragen						
Die Frage ist klar und verständlich formuliert			Für wie relevant erachten Sie die Frage			
	ja	nein	gar nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
Item						
Welche inhaltliche Änderung/Ergänzung würden Sie vornehmen?						

Abbildung 3: Ausschnitt des Fragebogens zur Testung der Klarheit/Verständlichkeit und Angemessenheit (Relevanz) der Fragen

Augenscheinvalidität

Die Testteilnehmer waren Kolleginnen und Kollegen aus der Logopädie und Diätologie, eine Pensionistin, ein Arzt, Angehörige von Pflegeheimbewohnern, ein Software-Entwickler und Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege. Den Laien wurde der Biografiebogen vorgelegt, deren Beurteilung erfolgte dem Augenschein nach.

3. Inter-Rater-Reliabilität

Der überarbeitete Bogen wurde für die weiteren Testungen in Österreich, der Schweiz, Deutschland und Südtirol eingesetzt. Die Ernährungskultur wurde an einer Bewohnerin beziehungsweise einem Bewohner von jeweils zwei Pflegepersonen zu einem Zeitpunkt erhoben, dazwischen wurden drei bis vier Tage Abstand für die Bewohner vereinbart. Ein wesentlicher Aspekt war hierbei, die Länder nicht einzeln, sondern im Gesamten zu betrachten, da das Ziel ein einheitlicher Bogen für den deutschsprachigen Kulturraum war.

4. Leitfäden für die Befragung der Bewohnerinnen, Bewohner und Pflegepersonen (siehe Anhang IV, Seiten 65-66)

Die Erfassung von individuellen Ernährungsbiografien ist neu, daher kann bisher auf keine Evidenzen dahingehend zugegriffen werden. Eine sensible Annäherung ist nötig. Das Interesse, erste Erfahrungen von Bewohnern und Pflegepersonen zu sammeln, war deshalb entsprechend groß. Einen Leitfaden zu erstellen, um die interessierenden Merkmale herauszufinden, war das Mittel der Wahl. Die persönlichen Gespräche vor Ort bildeten den Rahmen dazu.

5. Praktikabilität/Handhabbarkeit und Gesamtbeurteilung des Ernährungskulturbogens (die Fragebögen dazu als Anhang V, siehe Seiten 67-70)

Anhand des dafür konstruierten Fragebogens wurde die abschließende Beurteilung des gesamten EKB vorgenommen. Fragen zur praktischen Anwendbarkeit, Stärken und Schwächen des EKB wurden erhoben.

Gesamtbewertung und Praktikabilität des Ernährungskulturbogens					
Der EKB ermöglicht mir...	stimmt genau	stimmt eher	teils/ teils	stimmt kaum	stimmt nicht
...eine sorgfältige Ernährungsbiografieerhebung der Bewohnerin/ des Bewohners durchzuführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen					
...die für die Bewohner wichtigen Essenszeiten zu finden und in die Pflegeplanung zu übertragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 4: Ausschnitt des Fragebogens zur Gesamtbewertung des EKB

Erfassung soziodemografischer Daten

Soziodemographische Daten der Pflegepersonen (Alter, Geschlecht) wurden auch bei dieser Testung in einem Kurzfragebogen erhoben.

2.4.2 Untersuchungsvorgang

Für die Testung der Inhaltsvalidität erfolgte die Erhebung der Essbiografien der ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohner durch die Pflegepersonen. Diese waren aufgefordert, ihr Feedback zur inhaltlichen Validität der Items nach mindestens einer Erhebung mit einer Bewohnerin oder einem Bewohner abzugeben.

Die ausgefüllten Fragebögen wurden von den Stationsleitungen/Pflegedienstleitungen eingesammelt und mittels beigefügtem, per Einschreiben frankierten und an die Forscherin adressierten Kuvert zurück gesandt.

Die Testung der Augenscheinvalidität (face validity) des EBB erfolgte durch neun gezielt gewählte Laien. Den Teilnehmern wurde der EBB vorgelegt und von ihnen ihrem Augenschein nach bewertet.

Für die Befragungen war eine angenehme Atmosphäre im natürlichen Setting zu sichern. Die Auswahl der Bewohnerinnen und Bewohner wurde spontan festgelegt und war von der Bereitschaft dazu und ihrer Freiwilligkeit abhängig. Zwei Pflegepersonen waren bereit, ihre Erfahrungen mitzuteilen. Die Einwilligung der Pflegedienstleitung war gegeben.

Zur Prüfung der Praktikabilität/Handhabbarkeit wurde von den Expertinnen und Experten die Verständlichkeit und Einfachheit der Fragen, die Anwenderfreundlichkeit sowie die Dauer der Erhebung bewertet.

Den Abschluss dieses Fragebogens bildete eine Gesamtbewertung des Bogens durch die Expertinnen und Experten.

2.5 Datenauswertung

Der folgende Abschnitt beschreibt im Detail, welche Güte- und Nebenkriterien zu messen waren und wie die Datenanalyse erfolgte.

2.5.1 Die zu messenden Gütekriterien und Nebenkriterien

1. Inhaltsvalidität (IV)

Die IV bezieht sich auf den Gesamtinhalt des Konstrukts und bildet die Grundlage für die Formulierung der Items (LoBiondo-Wood und Haber, 2005, S. 500). Sie wird durch Expertenurteile im Konstruktionsprozess bestimmt (Reuschenbach, 2011, S. 64). Polit und Beck vertreten die Ansicht, dass die Entwickler von Assessmentinstrumenten offen zeigen sollen, welche Methode für die Darstellung der Inhaltsvalidität ihres Instrumentes gewählt wurde. Nur so können die Anwender des Instrumentes die Informationen zur Inhaltsvalidität auch entsprechend interpretieren (Polit und Beck, 2006).

2. Augenscheinvalidität, face validity oder Salienz

Dieses Gütekriterium ist nicht aus der Klassischen Testtheorie (KTT) abgeleitet und kein statistisch berechenbarer Kennwert, es handelt sich bei der Augenscheinvalidität vielmehr um die subjektive Bewertung der Testergebnisse (Reuschenbach, 2011, S. 69). Die Augenscheinvalidität zeigt, ob der Anspruch an einen Test einem Laien als gerechtfertigt erscheint (Moosbrugger und Kelava, 2008, S. 15). Diese intuitive Art der Validitätsprüfung dient der Verifizierung der Items. LoBiondo-Wood und Haber (2005, S. 501) verstehen Augenscheinvalidität als Unterart der Inhaltsvalidität, bei der Kollegen oder Untersuchungsteilnehmer gebeten werden, das Messinstrument zu beurteilen. Eindeutig schließen lässt sich aus den Definitionen nur, dass Augenscheinvalidität keinen Aufschluss über die tatsächliche Validität bietet, sondern der Test beziehungsweise das Instrument valide erscheint, weil die Items plausibel wirken.

3. Inter-Rater-Reliabilität, inter-rater/inter-observer reliability

Die Inter-Rater-Reliabilität misst den Grad der Zuverlässigkeit eines Instrumentes bei mehreren Befragern (Bartholomeyczik et al., 2008, S. 48). Wirtz und Caspar (2002, S. 45) zeigen die Vorgehensweise im konkreten Fall, wo das Maß der Übereinstimmung für mindestens nominalskalierte Kategoriensysteme von Bedeutung ist. Die Resultate werden auf ihre Übereinstimmung überprüft. Neben der *prozentualen Übereinstimmung* wird *Cohens Kappa* als zufallskorrigiertes Übereinstimmungsmaß berechnet (Fleiss und Cohen, 1973).

4. Handhabbarkeit, Praktikabilität

Mit diesem Gütekriterium (synonym wird auch der Begriff Anwendbarkeit verwendet) wird der nötige Aufwand, der bei der Nutzung eines Assessmentinstruments entsteht, beschrieben (Reuschenbach, 2011, S. 74). Ein valides und reliables Verfahren kann für die Praxis unbrauchbar sein, wenn die Implementierung, Durchführung und Ableitung der Interventionen zu aufwändig ist. Für den praktischen Einsatz eines Assessmentinstruments sind umfangreiche Papierformate unpraktisch, die Auswertung muss leicht und verständlich sein. Weiter sollte dem Anwender die Verdichtung der Items zu den zentralen Kennwerten leicht fallen. Die Nutzung und Auswertung soll angemessen und die gewonnenen Kennwerte leicht in die Pflegediagnosen und Maßnahmenplanung überführbar sein (Reuschenbach, 2011, S. 74). Die Datenverwaltung und -auswertung erfolgte mit Hilfe der Statistiksoftware SPSS 23 für Mac-Book.

Zur *Datenanalyse* wurden univariate Analysemethoden der deskriptiven Statistik wie absolute und relative Häufigkeiten, zentrale Tendenzen und Streuungsparameter verwendet.

Die Feststellung der *Inhaltsvalidität* basiert nicht auf empirischen Untersuchungen der getesteten Personen, sondern durch theoretische Argumente und Urteile (subjektiven Expertisen)

von Experten (Moosbrugger und Kelava, 2008, S. 15). Um die Validität des Inhalts quantitativ darzustellen, wird der Content Validity Index (CVI) berechnet (Polit und Beck, 2006). Polit und Beck empfehlen sowohl den CVI der einzelnen Items (I-CVI) als auch den CVI der gesamten Skala (S-CVI) zu berechnen, um die Inhaltsvalidität klar und nachvollziehbar zu gestalten. Die Übereinstimmung einer angemessenen Probe an Items des Konstrukts wird gemessen.

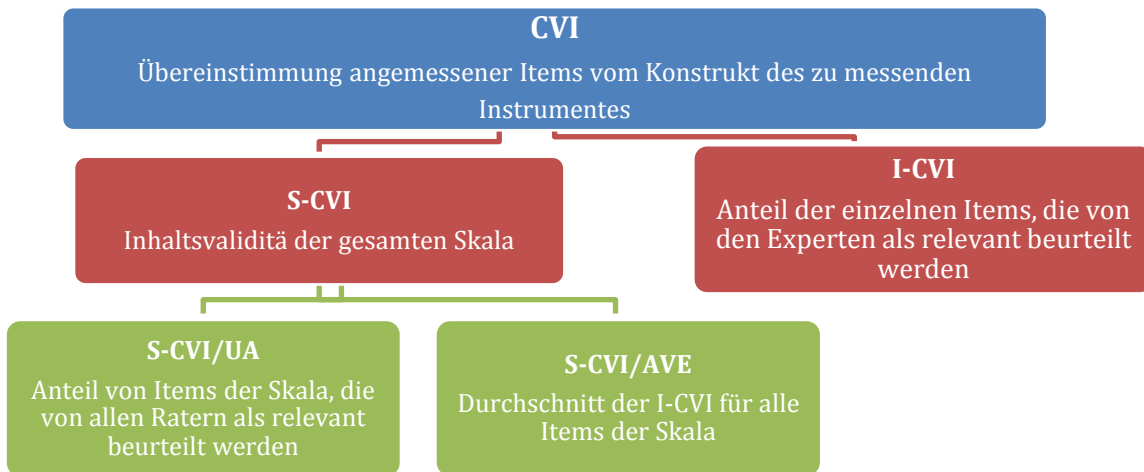


Abbildung 5: Content Validity Index (übersetzte, eigene Darstellung, in Anlehnung an Polit und Beck, 2006, S.5) Genehmigung zur Verwendung und deutschen Übersetzung erteilt von Denise Polit, am 15.11.2015

Berechnet wird anhand einer vierstufigen Skala, in der sehr relevant/mehr relevant vs. weniger relevant/nicht relevant die Richtung anzeigen. Der Index des CVI (I-CVI) sollte bei fünf oder weniger Ratern 1 betragen. Ein sehr gutes Ergebnis liegt vor, wenn selbst bei neun oder noch mehr Ratern der Index der einzelnen Items (I-CVI) nicht unter 0,78 liegt. Das Ergebnis der gesamten Skala zeigt die durchschnittliche Übereinstimmung (S-CVI/AVE) und die allgemeine Übereinstimmung aller Rater (S-CVI/UA). Der Skalenindex (S-CVI) zeigt die Proportion an Items, welche von beiden Beurteilern als sehr relevant/mehr relevant bewertet werden. Die Betonung liegt hierbei auf beiden Beurteilern. Wird die Beurteilung von mehr als zwei Ratern vorgenommen, so wird der Anteil an sehr relevanten/mehr relevanten Items des Instrumentes aller Expertinnen und Experten gemessen und als allgemeine Übereinstimmung S-CVI/UA (universal agreement), definiert (Polit und Beck, 2006). Das Ergebnis der Inhaltsvalidität kann sich auf erkennbare Weise verschlechtern, wenn die Beurteilung der Skala von mehr als zwei Ratern vorgenommen wird und Inkongruenz bei jeweils unterschiedlichen Items besteht. Wird der Durchschnitt der Items berechnet, die von allen Ratern als sehr relevant/mehr relevant eingeschätzt wurden, so lautet die Definition S-CVI/AVE (average) und ein akzeptables Ergebnis sollte 0,90 oder höher sein (Polit und Beck, 2006). Ein optimales Ergebnis bedeutet folglich den Index von 1 (100 prozentige Übereinstimmung aller Rater).

Dieser Wert lockert sich aber, je größer die Zahl an Ratern ist (Polit und Beck, 2006). Für die *Inter-Rater-Reliabilität* wird zunächst die absolute Übereinstimmung an Antworten berechnet (Rater 1 vs. Rater 2 zu einem Zeitpunkt). Sie ist das einfachste Maß der Übereinstimmung an Antworten (Wirtz und Caspar, 2002, S. 47). Cohens Kappa basiert auf der prozentualen Übereinstimmung und berücksichtigt das Verhältnis der beobachteten zu der bei Zufall erwarteten Übereinstimmung (Wirtz und Caspar, 2002, S. 55). Margraf und Fehm (1996) zuerkennen einem $k > 0,50$ eine zufriedenstellende und ab 0,70 eine gute Übereinstimmung. Den strengeren Kriterien (Bakeman und Gottman, 1986; Frick und Semmel, 1978) nach zu urteilen, ist ein Ergebnis erst ab $> 0,70$ als zufriedenstellend anzusehen. Landis und Koch (1977) hingegen schlagen folgende Werte vor: $k < 0$ bedeutet eine schlechte Übereinstimmung, zwischen 0 und 0,20 gilt das Ergebnis als etwas übereinstimmend, 0,21 bis 0,40 bedeutet eine ausreichende Übereinstimmung, 0,41 bis 0,60 ist eine mittelmäßige Übereinstimmung, 0,61 bis 0,80 eine beachtliche Übereinstimmung, 0,81 bis 1,00 heißt demnach (fast) vollkommene Übereinstimmung. Häufig findet sich in der Literatur jedoch die Regel, dass ein $k > 0,75$ als Indikator für sehr gute, zwischen 0,60 und 0,75 eine gute und von 0,40 bis 0,60 als akzeptable Übereinstimmung angesehen werden kann (Fleiss und Cohen, 1973).

2.5.2 Auswertung offener Antwortmöglichkeiten

Bei Testung der Inter-Rater-Reliabilität wurden die Biografiebögen der Bewohnerinnen und Bewohner ausgewertet. Es gibt nicht nur „ja“- oder „nein“-Fragen, sondern auch Items, die Platz für freie Antwortmöglichkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner bieten. Um diese Antworten auswerten zu können, wird deren Inhalt analysiert und quantitativ ausgewertet. Es erfolgt eine Zuordnung einzelner Items zu Kategorien. Die Auswertung erfolgt durch die Anzahl gleicher Nennungen. Diese quantitative Inhaltsanalyse kann zur Auswertung offener Fragen in quantitativen Fragebogenerhebungen angewendet werden (Bortz und Döring, 2006, S.149).

2.6 Ethische Überlegungen

Laut dem ICN-Ethikkodex für Pflegende gilt die grundlegende berufliche Verantwortung den pflegebedürftigen Menschen. Es soll ein Umfeld gefördert werden, in dem die Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden. Persönliche Informationen sollen vertraulich behandelt und mit Informationsweitergabe verantwortungsvoll umgegangen werden. In der Verantwortung der Pflegenden liegt, sich an der Entwicklung beruflicher Kenntnisse, welche auf Forschungserkenntnissen basieren, zu beteiligen (ICN, 2014). Auch der Belmont Report (1979) kann als Richtlinie verwendet werden, da die darin formulierten

ethischen Prinzipien für alle Forschungsvorhaben gelten, die eine Beteiligung von Menschen mit sich bringen. Als erstes Prinzip wird im Belmont Report die Achtung der Menschenwürde genannt. Das involviert das Recht der Teilnehmer auf Selbstbestimmung der Teilnahme. Selbstbestimmung setzt Information über das Forschungsvorhaben voraus. Die Informationen enthalten die Gründe für die Studie und den zu erwartenden Nutzen. Ebenfalls werden die Zusicherung der Anonymität der Person sowie die Art der Datennutzung ausgesprochen. Die Teilnahme an der Studie beruht auf Freiwilligkeit, zudem wird jederzeit die Möglichkeit für Rückfragen geboten. Das zweite ethische Prinzip im Belmont Report ist Benefizienz. Als oberstes Gebot gilt es, in jedem Fall Schaden für die Teilnehmer zu vermeiden. Das dritte ethische Prinzip im Belmont Report ist Gerechtigkeit (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979). Berücksichtigt wurden auch die Grundsätze, welche, für medizinische Forschungsarbeiten entwickelt, in der Deklaration von Helsinki festgehalten sind (Weltärztebund-WMA, 2013). Die vorliegende Studie erhebt subjektive Meinungen zum Ernährungskulturbogen der teilnehmenden Pflegepersonen und diese wiederum wenden sich Bewohnerinnen und Bewohnern zu, um deren Zufriedenheit, Bedürfnisse und Gewohnheiten bezüglich ihrer Ernährungskultur zu erfragen und in weiterer Folge in der Pflegeplanung zu berücksichtigen. Die Bewohnerinnen und Bewohner wurden maximal zweimal hintereinander zu ihrer Biografie befragt, dazwischen wurden je nach Befinden und Bedürfnis einige Tage pausiert. Die Auswahl, mit welchen Bewohnerinnen und Bewohnern die Pflegepersonen die Biografien erheben, wurde von den jeweiligen Pflegepersonen vor Ort – in Absprache und nach Einwilligung der jeweiligen Pflegedienstleistungen – festgelegt. Die Teilnahme am Forschungsprojekt ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Die Daten werden pseudonymisiert auf einer gesicherten Datenbank gespeichert. Die Einwilligung wird in Form des Vorlegens des Fragebogens eingeholt. Die Erklärung beinhaltet die Einwilligung der Datenerhebung, Speicherung und Auswertung. Die Zufriedenheitsbefragungen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern wurden in vertraulicher und angenehmer Atmosphäre durchgeführt. Den beteiligten Personen wird zugesichert, nach Auswertung der Daten auf Anforderung eine Zusendung der eigenen Ergebnisse zu erhalten. Es gibt keine Interessenskonflikte, die Studie wird von keiner Stelle gefördert oder gesponsert.

3 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden in jener Reihenfolge dargestellt, wie die Zusagen an der Teilnahme eintrafen und somit die Testungen und Auswertungen durchgeführt wurden.

Beginnend mit den soziodemografischen Daten werden im Weiteren die Ergebnisse des kognitiven Debriefings, Validitätsprüfungen, Reliabilitätsprüfungen, die Erfahrungen der Pflegepersonen sowie Bewohnerinnen und Bewohnern sowie die Gesamtbeurteilung und Praktikabilität des EBB dargestellt.

3.1 Inhaltsvalidität

In jedem Land und teilnehmenden Haus wurde als erstes das kognitive Debriefing als Testlauf und anschließend die Inhaltsvalidität zur Klarheit/Verständlichkeit sowie Angemessenheit/Relevanz der Items getestet.

3.1.1 Kognitives Debriefing in Südtirol

Neun Pflegepersonen haben an der Testung in Südtirol teilgenommen. Die jüngste der teilnehmenden Pflegepersonen ist 32, die älteste teilnehmende Pflegeperson 46 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter der teilnehmenden Pflegepersonen liegt somit bei 39,9 Jahren (SD $\pm 4,9$ Jahre, Median 40 Jahre) und die Spannweite beträgt 14 Jahre (32 bis 46 Jahre). Die teilnehmenden Pflegepersonen sind in der jeweiligen Einrichtung zwischen drei und 20 Jahren tätig. Zwei der teilnehmenden Pflegepersonen haben eine Zusatzqualifikation im basalen und mittleren Management. Zwei der teilnehmenden Pflegepersonen haben einen Abschluss an einer Universität beziehungsweise Fachhochschule. Drei der teilnehmenden Pflegepersonen haben eine Studienberechtigungs- oder Berufsreifeprüfung absolviert. Eine teilnehmende Pflegeperson gab keine Angaben zu ihren soziodemografischen Daten.

Fünf der teilnehmenden Pflegepersonen sind mit dem EBB in seinem derzeitigen Layout und Design zufrieden. Item 1 und 2 beziehen sich auf das allgemeine Layout und Design, welches von einem Rater ohne nähere Angabe von Gründen abgelehnt wird. Eine weitere Pflegeperson gibt an, sich vom Design des EBB nicht angesprochen zu fühlen. Es fehle eine farbliche Auffrischung und dass sich am EBB zu viele klein geschriebene Fragen befänden. Die dritte Pflegeperson fügte ebenfalls den Wunsch nach farblicher Auffrischung hinzu. Item 3 bewertet die Übersichtlichkeit der Kategorien. Eine Pflegeperson verneinte diese Frage ohne Angabe von Gründen. Die zweite Pflegeperson begründete ihre Ablehnung mit der Anregung, die Überschriften etwas größer zu schreiben. Item 4 testet die Übersichtlichkeit der Fragestellungen und wurde von einer Pflegeperson unbegründet verneint.

Item 5 zur Bewertung der Übersichtlichkeit der Fragen wurde einmal abgelehnt, die Pflegeperson fügte hinzu, dass die Hilfsfragen zu umfangreich und überladen sind. Die Items 6, 7 und 8 wurden kongruent mit „ja/eher ja“ bewertet. Somit wird dem Umfang der Fragen, der Formulierung der Fragestellungen und der gebotenen Antwortmöglichkeiten auf dem EBB zugestimmt. Item 9 testet, ob der EBB ausreichend Platz bietet um die Antworten zu dokumentieren. Diese Frage wurde einmal verneint. Vier Rater sehen Item 10 kritisch. Der EBB bietet nach ihrer Bewertung zu wenig Platz, um freies Erzählen der Bewohnerinnen und Bewohner zu dokumentieren.

Der Biografiebogen ist einer ständigen Weiterentwicklung unterzogen, daher waren auch die Anregungen der Pflegepersonen – in schriftlicher Form auf den Fragebögen hinterlassen – von besonderer Bedeutung.

Der freie Platz für Begründungen und Wünsche wurde von den Südtiroler Kolleginnen und Kollegen wie folgt genutzt:

- Zu viele Fragen, zu klein geschrieben, den Umfang der Fragen eventuell kürzen, den Schriftzug verbessern, Überschriften größer als den restlichen Text, die Fragestellungen könnten noch einfacher werden
- Farblich gestalten (jeder Kategorie eine Farbe zuteilen)
- Es fehlt die Frage nach der eigenen Meinung beziehungsweise Platz für zusätzliche Informationen, Bewohnerinnen und Bewohner sollen erzählen können, was ihnen wichtig ist
- Das Platzangebot für freies Erzählen ist relativ, da die Essbiografie ähnlich lang wie das Leben der Bewohnerinnen und Bewohner ist, dafür sind die Spalten beziehungsweise Zeilen zum Teil zu klein
- Die Kategorie Umgebungsgestaltung/Besonderheiten ist nicht übersichtlich
- Einige Fragen könnten ausgelassen werden, da nicht auf alle Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner eingegangen werden kann.

Eine drastische Veränderung des Items 10 ist aufgrund der Verteilung des Layouts nicht möglich. Ein Kompromiss findet sich bereits am bestehenden EBB, die Seiten können auch einzeln ausgedruckt werden, ein Asterisk weist darauf, dass somit die Rückseite Platz bietet, um weitere Ausführungen der Bewohnerinnen und Bewohner, die eindeutig mit der Essbiografie in Zusammenhang stehen, festhalten zu können. Die Berechnung des Index dieser Vorerhebung zeigt, dass Änderungen am Layout und Design aus subjektiver Sicht von Pflegepersonen in Südtirol gewünscht werden. Die gesamte Skala, (Übersichtstabelle als Anhang VI auf Seite 71) zeigt eine Übereinstimmung (S-CVI) von 0,85, eine gute Inhaltsvalidität des gesamten EBB ist für Südtiroler Bedürfnisse somit wahrscheinlich.

3.1.2 CVI zur Inhaltsvalidität des EBB in Südtirol

Das *Ergebnis* der Testung nach der *Klarheit/Verständlichkeit* der Fragen kann akzeptiert werden. Die durchschnittliche Übereinstimmung ist sehr hoch, sie liegt bei 0,97 und auch die allgemeine Übereinstimmung von 0,76 spricht für eine klare und verständliche Formulierung der einzelnen Items (Übersichtstabelle als Anhang VII auf Seite 71).

Das *Ergebnis* zur *Angemessenheit/Relevanz* der Fragen zeigt eine durchschnittliche Übereinstimmung von 0,80. Das liegt nur knapp über dem Grenzwert für neun Rater und die Übereinstimmung aller Rater beträgt nur 0,36.

Eine durchschnittliche Übereinstimmung von 0,80 ist wenig zufriedenstellend und somit gilt der Inhalt des EBB als veränderungsbedürftig (Übersichtstabelle als Anhang VIII auf Seite 72).

3.1.3 Kognitives Debriefing in Deutschland

In Deutschland haben sich fünf Pflegepersonen an der Testung beteiligt. Die jüngste der teilnehmenden Pflegepersonen ist 33, die älteste teilnehmende Pflegeperson 54 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter der teilnehmenden Pflegepersonen liegt somit bei 44,6 Jahren ($SD \pm 8,4$ Jahre, Median 48 Jahre) und die Spannweite beträgt 21 Jahre (33 bis 54 Jahre). Tätig sind die teilnehmenden Pflegepersonen in der jeweiligen Einrichtung zwischen drei und zehn Jahren. Drei der teilnehmenden Pflegepersonen haben eine Zusatzqualifikation im basalen und mittleren Management. Zwei der teilnehmenden Pflegepersonen haben einen Abschluss an einer Universität beziehungsweise Fachhochschule erworben. Drei der teilnehmenden Pflegepersonen sind mit dem EBB in seinem derzeitigen Layout und Design zufrieden. Die Items 7 und 9 wurden kongruent mit „ja/eher ja“ bewertet. Somit wurde der Formulierung der Fragestellungen und dem Platzangebot für Antworten auf dem EBB zugestimmt. Der Wunsch nach farblicher Gestaltung des EBB wurde vermerkt. Die restlichen Items wurden ohne nähere Angaben oder Verbesserungsvorschlägen mit „eher nein/nein“ bewertet. Die Berechnung des Index dieser Vorerhebung zeigt, dass Änderungen am Layout und Design aus subjektiver Sicht von Pflegepersonen in Deutschland gewünscht werden. Die Skala (Übersichtstabelle als Anhang IX auf Seite 72) zeigt eine Übereinstimmung (S-CVI) von 0,80. Eine gute Inhaltsvalidität des gesamten EBB ist immer noch wahrscheinlich.

3.1.4 CVI zur Inhaltsvalidität des EBB in Deutschland

Das *Ergebnis* der Testung nach der *Klarheit/Verständlichkeit* der Fragen kann akzeptiert werden. Die durchschnittliche Übereinstimmung ist hoch und liegt bei 0,93 und auch die

allgemeine Übereinstimmung von 0,68 spricht für eine klare und verständliche Formulierung der einzelnen Items (Übersichtstabelle als Anhang X auf Seite 73).

Das *Ergebnis* zur *Angemessenheit/Relevanz* der Fragen zeigt die durchschnittliche Übereinstimmung von 0,72. Das ist mäßig hoch, aber die allgemeine Übereinstimmung von nur 0,20 ist niedrig. Eine durchschnittliche Übereinstimmung von 0,72 ist nicht zufriedenstellend und somit gilt der Inhalt des EBB als veränderungsbedürftig (Übersichtstabelle als Anhang XI auf Seite 73).

Der freie Platz für Begründungen und Wünsche wurde von den deutschen Kolleginnen und Kollegen wie folgt genützt:

- Das Layout ist zum Teil unübersichtlich, ein Design nicht erkennbar
- Der Dialekt gehört angepasst, da einige Begriffe nicht sprachgebräuchlich sind (z. B.: „Jause“ durch „Zwischenmahlzeit“ ersetzen)
- Zeilen würden das Schreiben von Begründungen erleichtern
- Farbliche Gestaltung des Bogens
- Das Platzangebot ist relativ
- Der Bogen könnte etwas komprimiert werden (vielleicht die erste Seite weglassen und den Namen auf die Seite der Fragen dazuschreiben)
- Die Zusatzfrage, ob das Essen geschnitten/zerkleinert oder püriert werden muss, fehlt
- Die Frage sollte heißen: „Gibt es für Sie ein traditionelles Weihnachtsessen?“
- Da es immer einen Korridor für Essenszeiten gibt, dürfte die Frage nach der Festlegung der Essenszeiten gar nicht gestellt werden
- Einige Fragen sind unnötig, da sie sich ohnehin aus der Struktur des Hauses ergeben.

3.1.5 Kognitives Debriefing in Österreich

In Österreich haben sich ebenfalls fünf Pflegepersonen an der Testung beteiligt. Die jüngste der teilnehmenden Pflegepersonen ist 29, die älteste teilnehmende Pflegeperson 48 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter der teilnehmenden Pflegepersonen liegt somit bei 39,4 Jahren (SD±8,35 Jahre, Median 44 Jahre) und die Spannweite beträgt 19 Jahre (29 bis 48 Jahre). Tätig sind die teilnehmenden Pflegepersonen in der jeweiligen Einrichtung zwischen einhalb und sieben Jahren. Vier der teilnehmenden Pflegepersonen haben eine Zusatzqualifikation im basalen und mittleren Management. Vier der teilnehmenden Pflegepersonen sind mit dem EBB in seinem derzeitigen Layout und Design zu 100% zufrieden. Eine teil-

nehmende Pflegeperson lehnt sowohl Layout als auch Design (keine Angabe zur Begründung) zu 100% ab.

Die Skala zeigt eine Übereinstimmung (S-CVI) von 0,80, eine gute Inhaltsvalidität des gesamten EBB kann als wahrscheinlich angenommen werden (Übersichtstabelle als Anhang XII auf Seite 74).

3.1.6 CVI zur Inhaltsvalidität des EBB in Österreich

Das *Ergebnis* der Testung nach der *Klarheit/Verständlichkeit* der Fragen kann akzeptiert werden. Die durchschnittliche Übereinstimmung liegt bei 0,90 und die allgemeine Übereinstimmung bei 0,56 (Übersichtstabelle als Anhang XIII auf Seite 74).

Das *Ergebnis* zur *Angemessenheit/Relevanz* der Fragen zeigt eine durchschnittliche Übereinstimmung von 0,66. Das ist niedrig, aber die allgemeine Übereinstimmung von nur 0,04 ist sehr gering (Übersichtstabelle als Anhang XIV auf Seite 75).

Eine durchschnittliche Übereinstimmung von 0,66 ist nicht zufriedenstellend und somit gilt der Inhalt des EBB als veränderungsbedürftig.

*Der freie Platz für Begründungen und Wünsche wurde von einer Kollegin
wie folgt genützt:*

- Fragen wie: Essenszeiten, Geburtstagsessen oder Weihnachtsessen führen zu leeren Versprechungen, sie sind aufgrund der bestehenden Struktur nicht machbar.
- Farbliche Gestaltung zur besseren Übersicht
- Die Wahl der Kategorien sollte überarbeitet werden, eine ineinander fließende Erhebung ist wünschenswert
- Weniger geschlossene Fragen (vor allem bei emotional behafteten Themen)
- Die Strukturen lassen eher wenige Möglichkeiten für Wünsche oder Besonderheiten von Bewohnerinnen und Bewohnern offen
- Der Duft nach frisch gekochtem Essen fehlt den Bewohnern sehr „ [...] hier riecht es nach gar Nichts“
- Bewohnerinnen und Bewohner dürfen weder bei der Zubereitung noch beim Servieren helfen
- Die Fragen sind gut einsetzbar, um die Lebensspuren der Bewohnerinnen und Bewohner zu entdecken, sie werden jedoch weder die Hausordnung noch die Küche beeinflussen.

3.1.7 Kognitives Debriefing in der Schweiz

In der Schweiz haben sich sechs Pflegepersonen an der Testung beteiligt. Die jüngste der teilnehmenden Pflegepersonen ist 37, die älteste teilnehmende Pflegeperson 60 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter der teilnehmenden Pflegepersonen liegt somit bei 47,5 Jahren (SD±9,47 Jahre, Median 46,5 Jahre) und die Spannweite beträgt 23 Jahre (37 bis 60 Jahre). Tätig sind die teilnehmenden Pflegepersonen in der jeweiligen Einrichtung zwischen sechs Monaten und 30 Jahren. Eine der teilnehmenden Pflegepersonen hatte eine Zusatzqualifikation im basalen und mittleren Management angegeben. Zur Frage nach der Schulbildung führten die teilnehmenden Pflegepersonen an, dass in der Schweiz andere Bezeichnungen als die zur Auswahl stehenden gebräuchlich sind. Zwei der teilnehmenden Pflegepersonen sind mit dem EBB in seinem derzeitigen Layout und Design zufrieden. Die für die Schweiz nicht gebräuchlichen beziehungsweise nicht verständlichen Begriffe wurden vermerkt. Ein Fragebogen zum kognitiven Debriefing wurde nicht zurückgesandt, eine weitere teilnehmende Pflegeperson machte keine Angaben zu ihren soziodemografischen Daten.

Die Skala zeigt eine Übereinstimmung (S-CVI) von 0,92, eine gute Inhaltsvalidität des gesamten EBB kann als wahrscheinlich angenommen werden (Übersichtstabelle als Anhang XV auf Seite 75).

3.1.8 CVI zur Inhaltsvalidität des EBB in der Schweiz

Das *Ergebnis* der Testung nach der *Klarheit/Verständlichkeit* der Fragen kann akzeptiert werden. Die durchschnittliche Übereinstimmung liegt bei passablen 0,92 und auch die allgemeine Übereinstimmung von 0,64 spricht für eine klare und verständliche Formulierung der einzelnen Items (Übersichtstabelle als Anhang XVI auf Seite 76).

Das *Ergebnis* zur *Angemessenheit/Relevanz* der Fragen zeigt die durchschnittliche Übereinstimmung von 0,81. Das ist nur mäßig hoch. Die allgemeine Übereinstimmung von 0,48 zeigt deutlich, dass sich auch nach subjektiver Meinung der Pflegepersonen in der Schweiz Fragen im EBB finden, die nicht gestellt werden müssen oder möchten, beziehungsweise einer Veränderung bedürfen. Eine durchschnittliche Übereinstimmung von 0,81 ist nicht zufriedenstellend und somit gilt der Inhalt des EBB als veränderungsbedürftig (Übersichtstabelle als Anhang XVII auf Seite 76).

Der freie Platz für Begründungen und Wünsche wurde von den Schweizer Kolleginnen und Kollegen wie folgt genutzt:

- „Esskultur“ als Titel passt besser

- Den Umfang der Fragen keinesfalls erweitern, die Fragen sind ausreichend, Bewohnerinnen und Bewohner schweifen sonst noch mehr ab und werden schnell müde
- Wenn man nur Stichwörter und Erinnerungen, die tatsächlich mit der Ernährung zu tun haben, notiert, dann ist der Platz zum Schreiben ausreichend
- Der Schriftzug ist ein wenig zu klein
- Einen anderen Schriftzug für das Titelblatt wählen
- Unbedingt farblich gestalten, um die Kategorien und Subkategorien hervorzuheben
- Die Schweizer Bewohnerinnen und Bewohner sind über den Begriff „Essbiografie“ gestolpert, „Esskultur“ würde es besser treffen
- Dialekt anpassen: Häferl (besser: Tasse), Sterz, Jausenmesser (besser: spezieller/s; /gewohnter/s; mitgebrachter Löffel oder Messer) und Jause sind in der Schweiz nicht sprachgebräuchlich und werden daher nicht verstanden
- Weihnachten und Heiligen Abend bitte genauer benennen, die Fragestellung ist verwirrend/komisch
- Ein Geburtstagsessen ist machbar, aber beim Weihnachtsessen für jeden etwas anderes zu kochen, das ist nicht machbar
- Eintöpfe kennt man in der Schweiz weniger, Suppen schon
- Eine Spätmahlzeit ist in der Schweiz nicht üblich.
- Den Bogen einseitig drucken – extra mit einer Spalte für freies Erzählen der Bewohner [beide Varianten (einseitig und doppelseitig) wurden erprobt].
- Die Frage nach bevorzugten Lebensmitteln fehlt
- Die Tabelle (Essenszeiten) ist in diesem Ausmaß nicht notwendig, man „stolpert“, muss sie zweimal lesen, „ankreuzen“ und „Uhrzeit eintragen“ ist zu klein geschrieben, MUSS-Optionen eventuell streichen
- Manchmal ist nur ein Teil der Frage mit ja zu beantworten, der andere nicht
-

Vorschläge zur Umformulierung von bestehenden Items:

- Item 2: Wie viel trinken Sie pro Tag?
- Item 3: Welches/oder Was ist Ihr Lieblingsgetränk?
- Item 4: Möchten Sie am Nachmittag zu Kaffee/Tee auch gerne Kuchen/ein Dessert?
- Item 11: Wenn Sie wenig Appetit haben oder sich krank fühlen, was können beziehungsweise möchten Sie trotzdem essen/trinken?
- Item 13: Helfen Ihnen bestimmte Gerichte, sich zeitlich gut an Wochentagen,

Bräuchen etc. zu orientieren?

- Item 15: Bevorzugen Sie, alleine im Zimmer zu essen?
- Item 20: Kommen Sie beim Kauen der Nahrungsmittel mit Ihrer Zahnprothese zurecht?
- Item 23: Welches ist Ihr Lieblingsgericht? Welches wünschen Sie sich an Ihrem Geburtstag?
- Gab es bei Ihnen ein traditionelles Weihnachtsessen? Was haben Sie früher am Heiligen Abend gegessen?
- Item 25: Sprechen Sie vor dem Essen ein Gebet? Möchten Sie gerne in der Gruppe beten?

Zu bedenken sei aus Sicht der teilnehmenden Pflegepersonen, dass „auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner nicht immer eingegangen werden kann, weil es von der Küche her nicht machbar ist“. Zur visuellen Unterstützung der Ergebnisse wird der CVI im Gesamtüberblick anhand einer Tabelle dargestellt.

Tabelle 1: CVI der vier Länder zur Angemessenheit /Relevanz der Fragen

Item	Südtirol	Deutschland	Österreich	Schweiz	I-CVI
1	0.89	0.80	0.60	1.00	0.82
2	0.89	1.00	0.60	1.00	0.87
3	0.89	1.00	0.60	0.83	0.83
4	0.89	0.75	0.60	0.50	0.68
5	0.89	0.75	0.60	0,83	0.76
6	0.67	0.80	0.40	1.00	0.71
7	0.89	0.80	0.20	0.67	0.64
8	0.67	1.00	0.60	0.83	0.77
9	1.00	0.80	0.60	0.67	0.76
10	0.78	0.75	0.80	1.00	0.83
11	0.89	0.80	0.80	1.00	0.87
12	1.00	0.75	0.80	1.00	0.89
13	0.67	0.20	0.20	0.67	0.44
14	1.00	0.80	0.80	0.30	0.73
15	0.78	1.00	0.80	1.00	0.90
16	0.78	0.75	0.40	0.50	0.60
17	1.00	0.80	0.80	0.83	0.86
18	1.00	1.00	0.80	0.67	0.87
19	1.00	0.80	0.80	1.00	0.90
20	1.00	0.80	0.80	1.00	0.90
21	1.00	0.75	0.80	0.67	0.80
22	1.00	0.20	1.00	0.67	0.71
23	0.33	0.80	0.80	1.00	0.73
24	0.44	0.20	0.40	1.00	0.51
25	0.67	0.80	0.80	0.67	0.74

Diese Ergebnisse waren Ausgangspunkt für die nächste Testung. Der Blick von Laien auf den EBB und deren kritisches Urteil sollte bei der Entscheidung über die Reduktion oder Umformulierung weiterer Items helfen.

3.2 Augenscheinvalidität (face validity)

Der EBB wurde den Teilnehmern einzeln vorgelegt, es gab keine Erklärungen zum Inhalt. Die Rückfragen der Laien zeigten die Mängel, Schwächen und Schwierigkeiten mit der Formulierung einzelner Fragen und Unklarheiten, wo Antworten hingeschrieben werden können.

Die Tabelle wurde als „verwirrend gestaltet“ beschrieben, von den Testteilnehmern kamen konstruktive Verbesserungsvorschläge. So konnten Fragestellungen und die enthaltene Tabelle (Essenszeiten) in der Formulierung vereinfacht beziehungsweise klarer gestaltet werden. Die Items erschienen den Testteilnehmern plausibel und erschließend.

3.2.1 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Inhaltsvalidität

Die Ergebnisse zur Klarheit und Verständlichkeit der Items sind in allen vier Ländern hoch und damit sehr zufriedenstellend.

In Südtirol liegt die durchschnittliche Übereinstimmung bei einem Wert von S-CVI 0,97; in Deutschland bei 0,93; in Österreich bei 0,90 und in der Schweiz bei 0,92. Die Klarheit und Verständlichkeit der Fragen ist laut dieser Testung gewährleistet.

Die Inhaltsvalidität bezieht sich auf den Gesamthalt des Konstrukts und bildet die Grundlage für die Formulierung der Items (LoBiondo-Wood und Haber, 2005, S. 500). Die Ergebnisse zur Angemessenheit/Relevanz der einzelnen Items zeigen, dass sich die Experten nicht einig sind. Das zeigt sich im Index der einzelnen Items. Unter 0,78 soll der Index der einzelnen Items nicht liegen, 13 Items galten somit als veränderungsbedürftig. Da nicht außer Acht gelassen werden darf, dass es sich dennoch um subjektive Meinungen von Experten handelt, wurde vor Veränderung oder Entfernung nochmals jedes einzelne Item kritisch betrachtet. Die Mängel in der Laienverständlichkeit wurden berücksichtigt.

3.2.2 Konsequenzen

Der Biografiebogen wurde verändert und korrigiert. Nicht alle von den Pflegepersonen kritisch gesehen Items wurden entfernt. Sprachliche Änderungen und Verbesserungsvorschläge wurden umgesetzt. Die Bezeichnung des Bogens wurde von Essbiografiebogen (EBB) auf „Ernährungskultur (EKB) – Erhebung der Ernährungsbiografie“ geändert. Das Deckblatt wurde neu gestaltet. Das Design der Tabelle zeigt sich in neuer Gestalt und die drei verbliebenen Kategorien wurden farblich hervorgehoben.

Der Bogen wurde erstmals mittels des Programmes INDESIGN gefertigt, die Ausrichtung ist nicht mehr quer-, sondern hochformatig.

Von den teilnehmenden Laien wurde bestätigt, dass die Wertigkeit der Erhebung einer individuellen Ernährungskultur aus ihrer Sicht hohe Priorität hat und die Items dazu plausibel und erschließend wirken.

Die Testung zur Inter-Rater-Reliabilität wurde mit dem neu gestalteten, optimierten Biografiebogen durchgeführt.

3.3 Inter-Rater-Reliabilität (1. Testung)

Die Bezeichnung Testung 1 lässt bereits erahnen, dass die Weiterentwicklung des Biografiebogens nach diesem Durchgang noch nicht abgeschlossen war. Aufgrund der Ergebnisse, welche nun folgend dargestellt werden, waren abermals Änderungen einzelner Items nötig, die Begründungen und Änderungen werden in der folgenden Darstellung transparent gemacht. Da zu einigen Items die Antwortmöglichkeiten für die Bewohnerinnen und Bewohner offen sind, wurden Kategorien gebildet, die betreffenden Items zugeordnet, sowie die Antworten analysiert und quantifiziert ausgewertet.

Item 1 und 2 korrelieren stark miteinander, es wird nach der Häufigkeit der Mahlzeiten beziehungsweise nach den Essenszeiten (auch Zwischenmahlzeiten) gefragt. Die befragten Bewohnerinnen und Bewohner schienen dadurch irritiert, korrigierten die Häufigkeiten (Item 1), nachdem die Frage nach dem Wunsch für Zwischenmahlzeiten gestellt wurde. Die Ergebnisse waren nicht schlüssig, da Essenszeiten, Häufigkeiten der Mahlzeiten und Wünsche nach Zwischenmahlzeiten nicht mehr übereinstimmten.

Änderung: Item 1 wurde entfernt. Die Häufigkeit der Mahlzeiten erschließt sich aus den Essenszeiten für Frühstück, Mittagessen, Abendessen und dem Wunsch nach Zwischenmahlzeiten am Vormittag und/oder Nachmittag und wird aus diesem Grund nicht mehr separat erhoben.

Die neu gestaltete Tabelle bietet die Möglichkeit, die Essenszeiten der Institution sowie die bisher gewohnten Essenszeiten der Bewohnerinnen und Bewohner einzutragen. Die letzte Spalte dient der (jeweils) hausinternen Evaluation.

“Möchten Sie eine Zwischenmahlzeit?”

Die absolute Übereinstimmung beträgt 75% bei einem mittleren Kappawert von 0,42. Dies kann als mittelmäßige beziehungsweise akzeptable Übereinstimmung toleriert werden (Landis und Koch, 1977; Fleiss und Cohen, 1973), jedoch ist es erstrebenswert, die Schwäche der Fragestellung zu identifizieren und zu korrigieren. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wurde die Fragestellung präzisiert. Zur eindeutigen Zuordnung, *wann* eine Zwi-

schenmahlzeit gewünscht wird, wurde der Zusatz „am Vormittag“ vermerkt.

„Möchten Sie Kuchen/Dessert zu Tee/Kaffee am Nachmittag?“

Die absolute Beobachtungsübereinstimmung beträgt 85% bei einem mittleren Kappawert von 0,67. Dies gilt als Indikator für beachtliche beziehungsweise gute Übereinstimmung (Landis und Koch, 1977; Fleiss und Cohen, 1973). Mit dieser Fragestellung gab es keine Probleme, sie wird belassen, jedoch werden zum besseren Redefluss die Slashes durch *oder* ersetzt. Zur Vereinfachung findet sich in Klammer noch der Hinweis, das Gewünschte zu unterstreichen.

„Soll ein Imbiss oder ein Getränk für die Nacht bereitgestellt werden?“

Die absolute Übereinstimmung beträgt 80%. und $k=0,62$. Diese Fragestellung kann unverändert im EKB bleiben.

3) *„Wie viel trinken Sie üblicherweise täglich?“*

Diese Frage wird zu 100% übereinstimmend beantwortet. Als übereinstimmend toleriert wurden hier auch Angaben in „circa“ oder „zwischen“ (z.B.: circa 1,5l oder 1-1,5l).

4) *„Was trinken Sie am liebsten beziehungsweise was möchten Sie gerne als täglichen Durststiller?“*

5) *„Was ist Ihr persönliches Lieblingsgericht?“*

Diese beiden Fragen wurden in der gemeinsamen Kategorie: „Wurden die selben Vorlieben genannt“ erfasst. Die absolute Übereinstimmung beträgt 80% und $k=0,49$. Der Kappa ist mittelmäßig, eine Änderung war nötig. Die Entscheidung wurde gefällt, den Zusatz aus Frage vier zu streichen, nun wird die Frage einfacher gestellt „Was trinken Sie am liebsten?“

6) *„Legen Sie wert darauf, regionale und saisonale Lebensmittel zu essen?“*

Die absolute Übereinstimmung beträgt 77% und $k=0,51$. Dieses Ergebnis kann wieder als mittelmäßig angesehen werden, doch schien die Fragestellung bei jedem einzelnen Testverfahren schwierig. Die Frage war unverkennbar schwer zu stellen oder auch von den Bewohnerinnen und Bewohnern nicht eindeutig verständlich. Die Frage wurde teilweise verneint, also, es wird kein Wert auf regionale und saisonale Lebensmittel gelegt, doch fand sich in eben diesen Bögen der Wunsch nach heimischen und bekannten Speisen. Anmerkung eines Bewohners: „Was der Bauer nicht kennt, isst er nicht“. Eine weitere Anmerkung einer Bewohnerin, welche diese Frage verneinte: „Ich mag Obst, das ich kenne. Ich will einen Apfel und keine Kaki“. Die Relevanz dieser Frage ist nicht anzuzweifeln und wird in noch bedeutsamer werden. Die Formulierung wird jedoch überarbeitet und wesentlich vereinfacht. Die Frage wird nun mit drei verschiedenen Ansätzen erhoben:

- a) *„Bevorzugen Sie heimische Gerichte?“*
- b) *„Legen Sie Wert auf Lebensmittel aus der Region?“*
- c) *„Legen Sie Wert auf Lebensmittel, die es zur jeweiligen Jahreszeit gibt?“*

7) *„Essen Sie am Abend gerne noch einmal etwas Warmes?“*

Die absolute Übereinstimmung beträgt 84% und $k=0,67$. Das Ergebnis kann als gut bezeichnet werden, die Fragestellung wird unverändert belassen.

8) *„Möchten Sie vor dem Einschlafen noch etwas Besonderes zu sich nehmen?“* erwies sich als überflüssig und wurde damit gestrichen (hohe Korrelation mit Kategorie 2). Die Hinweise und Antworten waren eindeutig, dass dies erschließend mit der Frage, ob ein Imbiss oder Getränk für die Nacht bereitgestellt werden soll, beantwortet wird. Bewohner gaben hierzu beispielsweise die Antwort „das haben Sie mich schon gefragt“.

9) *„Wenn Sie wenig Appetit haben oder sich krank fühlen, was können beziehungsweise möchten Sie trotzdem essen oder trinken?“*

Die absolute Übereinstimmung beträgt 84% und $k=0,40$. Der niedrige Kappa gab Anlass für Rückfragen, eindeutige Schlussfolgerungen ließen sich nicht ziehen. Die Rechtfertigung FÜR diese Frage ergibt sich aus der internen Evidenz der Pflegepersonen. Beim Einzug in eine Langzeitpflegeeinrichtung ist diese Frage für nicht fortgeschritten Demente beantwortbar. Sind die Bewohner zu einem späteren Zeitpunkt krank oder ist der Grund für deren Appetitlosigkeit dann nicht zu eruieren, bliebe ansonsten nur die Möglichkeit, verschiedene Speisen oder Getränke „versuchsweise“ anzubieten.

10) *„Auf welche Lebensmittel verzichten Sie aus persönlichen Gründen?“*

Die absolute Übereinstimmung beträgt 79% und $k=0,58$. Möglicherweise wurde die Formulierung nicht im vorgesehen Sinn verstanden. Der Gedanke dahinter war, auf sensible Weise nach Abneigungen zu fragen. Das Wort „verzichten“ führte mehrmals zur Antwort „ich könnte schon verzichten, will aber nicht“, Abneigungen wurden somit vermeintlich nicht von allen befragten Bewohnerinnen und Bewohnern erfasst. Die Frage wird zur eindeutigeren Zuordnung in der Formulierung geändert. Sie lautet nun *„Gibt es etwas, was Sie aus persönlichen Gründen nicht essen oder trinken?“*

11) *„Möchten Sie (alleine) im Zimmer essen?“*

Die absolute Übereinstimmung beträgt 92% und $k=0,69$. Dies kann als gute Übereinstimmung bewertet werden (Wirtz und Caspar, 2002).

12) und 13) wurden in einer Kategorie erfasst. *„Wurde Ihnen eine Diät verordnet und halten Sie diese Empfehlung ein?“*

Die absolute Übereinstimmung beträgt 87% und $k=0,53$. Die Antworten der Bewohner auf diese Fragen waren sehr aufschlussreich. Der nicht sehr hohe Kappa könnte möglicherweise durch den Umstand erklärt werden, dass Bewohner eine Diabetes-Diät, welche vor Jahren notwendigerweise verordnet wurde, nicht als Diät, sondern als „normale“ Ernährungsform sehen. Ein Bewohner antwortete auf die Frage, ob er seine verordnete Diät einhält, mit „nein“ und begründete dies mit der Antwort: „dafür habe ich das Insulin“. Diese Antworten basieren auf einem hohen Vertrauensverhältnis, welches Bewohner nicht mit jeder Pflegeperson in gleichem Ausmaß zu haben scheinen.

14) *„Können Sie problemlos schlucken, auch wenn die Speisen aus verschiedener Konsistenz sind?“*

Die absolute Übereinstimmung beträgt 70% und $k=0,19$. Die Übereinstimmung ist sehr gering. Die Antworten mit dieser Form der Fragestellung waren inkongruent. Das Problem an der Fragestellung oder Beantwortung lag möglicherweise an der positiven Formulierung des Items („Können Sie problemlos schlucken, auch wenn...“). Die Frage wurde teilweise mit ja beantwortet und dennoch wurden Speisenzusammensetzungen genannt, bei denen Bewohnerinnen und Bewohner angaben, sich zu verschlucken. Die Frage bleibt im EKB, wurde umformuliert und lautet nun:

- a) *„Verschlucken Sie sich beim Essen (z.B.: Schnittlauch in der Suppe, Reis, Salat...)?“*
- b) *„Verschlucken Sie sich beim Trinken?“*

15) und 16) wurden in einer Kategorie erfasst: *„Kommen Sie beim Kauen mit Ihrem Zahnersatz zurecht?“* *„Wann war der letzte Besuch beim Zahnarzt?“*

Die absolute Übereinstimmung beträgt 80% und $k=0,45$. Auch bei dieser Fragestellung zeigte sich dasselbe Muster wie mit dem vorangegangenen Item. Die Frage wurde einige Male verneint (also „problemloses Kauen möglich“), die Antworten der Bewohnerinnen und Bewohner zeigten aber, dass sie mit ihren Zähnen Probleme haben oder auch, dass sie erst bei der zweiten Befragung wussten, was gemeint war. Die Frage wurde ebenfalls umformuliert: *„Haben Sie Schmerzen oder sonstige Probleme beim Kauen (schmerzhaftes Zähne, Zahnersatz nicht passend, schmerzhaftes Druckstelle...)?“*

17) *„Möchten Sie vor dem Essen ein Gebet sprechen“* *„Möchten Sie gerne in der Gruppe beten?“*

Die absolute Übereinstimmung beträgt 95% und $k=0,89$. An diesem Item erfolgten trotz sehr guter Übereinstimmung kleine Korrekturen. Der einheitlichen Gestaltung wegen wird das Item ebenfalls in aufgezählter Form dargestellt und auf Anregung hin steht nun

- a) *„Sprechen Sie vor dem Essen ein Gebet?“*
- b) *„Möchten Sie gerne in der Gruppe beten?“*

18) „Welcher Duft nach Essen erinnert Sie an besondere oder an schöne Zeiten (oder vielleicht an Ihre Kindheit)?“

Die absolute Übereinstimmung beträgt 75% und $k=0,42$. Bei dieser Frage sollten die Bewohner in körperlicher, geistiger und seelischer Verfassung sein, auch in Erinnerungen schwelgen zu wollen und zu können. Diese Frage hat im EKB das größte Potential, historische Hintergründe zu erfahren. Weitere Erkenntnisse und wesentliche Hinweise können die Antworten darauf für die Anwendung von basaler-oraler Stimulation liefern. Diese Frage erfordert Geduld und Zeit bei beiden „Interviewpartnern“. Sie bleibt im EKB, wurde noch durch einige Anregungen in Klammer (Kindheit, Elternhaus, Jahreszeit...) erweitert.

19) „Möchten Sie aktiv teilnehmen und z.B.: Tisch dekorieren, decken oder abräumen?“

Die absolute Übereinstimmung beträgt 93% und $k=0,84$. Vom Geschlecht der Teilnehmer waren die Antworten unabhängig. Vier der Teilnehmer revidierten ihre Antworten bei der zweiten Befragung. Hier gab es auch detaillierte Angaben, welche die erste Verneinung (und damit keine Übereinstimmung) erklärten. Eine Bewohnerin gab an: „Heute ist mir dazu was eingefallen“; eine Bewohnerin sagte ebenfalls bei der zweiten Befragung: „Ich kann ja nicht aufstehen und den Tisch decken oder abräumen, aber Servietten falten würde ich gerne“. Zwei der Teilnehmer gaben bei der zweiten Befragung an: „Vielleicht doch, wenn ihr mich braucht“.

Zusammengefasst hat die Testung 1 zur Inter-Reliabilität zu keinem zufriedenstellenden Ergebnis geführt. Die absolute Übereinstimmung der Rater lag zwischen 70% und 95%. Der schlechteste Kappawert lag bei 0,19 und der beste bei 0,89. Die Zuverlässigkeit des EKB konnte nach der ersten Testung noch nicht gewährleistet werden.

3.4 Inter-Rater-Reliabilität (2. Testung)

Um zu überprüfen, ob die durchgeführten Korrekturen der Items auch tatsächlich eine positive Auswirkung auf die Zuverlässigkeit des EKB haben, wurde die zweite Testung durchgeführt. Zwei Institutionen in Österreich sowie jeweils eine Institution in der Schweiz und in Südtirol beteiligten sich. Insgesamt waren 41 Bewohnerinnen beziehungsweise Bewohner für die Biografieerhebung geeignet und bereit. Die Bildung von Kategorien war bei dieser Testung aufgrund der Formulierung und Aufsplittung der einzelnen Items nicht mehr nötig. Die Antworten zu Item 5 und 6 wurden so betrachtet, dass die Zuordnung einer Zahl für ja oder nein wieder möglich war.

1) „Möchten Sie eine Zwischenmahlzeit am Vormittag?“

Die absolute Übereinstimmung beträgt 90% und $k=0,80$. Der Zusatz „am Vormittag“ führte

noch zu einer Verbesserung des Ergebnisses im Vergleich zur ersten Testung (75% und $k=0,42$). Die Übereinstimmung gilt als beachtlich (Landis und Koch, 1977), als sehr gut (Fleiss und Cohen, 1973), beziehungsweise auch nach Bakeman und Gottman (1986) sowie Frick und Semmel (1978) als zufriedenstellend.

2) *„Möchten Sie Kuchen oder Dessert zu Tee oder Kaffee am Nachmittag?“*

Die absolute Übereinstimmung beträgt 95% und $k=0,90$. Die Übereinstimmung kann als nahezu perfekt gewertet werden (Landis und Koch, 1977). Durch die Möglichkeit, das Gewünschte nur zu unterstreichen, konnte noch eine Verbesserung des Ergebnisses im Vergleich zur ersten Testung (85% und $k=0,67$) erzielt werden.

3) *„Essen Sie am Abend gerne noch einmal etwas Warmes?“*

Die absolute Übereinstimmung beträgt 88% und $k=0,75$. Auch dieses Ergebnis zeigt sich in gering verbesserter Form (84% und $k=0,67$ bei der ersten Testung). Das Ergebnis kann als sehr gut (Fleiss und Cohen, 1973) beziehungsweise beachtlich (Landis und Koch, 1977) bezeichnet werden.

4) *„Soll ein Imbiss oder Getränk für die Nacht bereitgestellt werden?“*

Diese Frage wurde bei Testung I mit den Essenszeiten erhoben, daher gibt es keinen Vergleich. Die getrennte Erhebung scheint aber sehr zuverlässige Daten zu liefern, die absolute Übereinstimmung beträgt 90% und $k=0,76$.

5) *„Was trinken Sie am liebsten?“* (Ausschlaggebendes Kriterium: wurden dieselben Vorlieben genannt?)

Dies wurde bei der ersten Testung mit den Lieblingsgerichten in der gemeinsamen Kategorie „Werden dieselben Vorlieben genannt“ getestet. Die getrennte Fragestellung und Auswertung zeigt nun das äußerst zufriedenstellende Ergebnis von einer hundertprozentigen Übereinstimmung.

6) *„Was ist Ihr persönliches Lieblingsgericht?“* (Ausschlaggebendes Kriterium: Wurden dieselben Vorlieben genannt?)

Die absolute Übereinstimmung beträgt 90% und $k=0,69$. Nach Fleiss und Cohen (1973) gilt dies als Indikator für gute Übereinstimmung, nach Landis und Koch (1977) als beachtlich.

7) *„Bevorzugen Sie heimische Gerichte?“*

Es ergab sich eine absolute Übereinstimmung von 95% und $k=0,72$. Nach Fleiss und Cohen (1973) gilt dies als Indikator für gute Übereinstimmung.

8) „Legen Sie Wert auf Lebensmittel aus der Region?“

Die absolute Übereinstimmung beträgt 85% und $k=0,73$.

9) „Legen Sie Wert auf Lebensmittel, die es zur jeweiligen Jahreszeit gibt?“

Die absolute Übereinstimmung beträgt 92% und $k=0,69$. Die Ergebnisse dieser drei Items (7, 8 und 9), sind durch die gesplittete Formulierung der Fragestellung nun zufriedenstellend. Die Übereinstimmung ist gut nach Fleiss und Cohen (1973) oder beachtlich nach der Bezeichnung von Landis und Koch (1977).

10) „Gibt es etwas, was Sie aus persönlichen Gründen gar nicht essen oder trinken?“

Mit diesem Item sollen Abneigungen erkannt und erhoben werden, das Ergebnis zeigt sich in dieser veränderten Formulierung als gut bis nahe sehr gut. Die absolute Übereinstimmung beträgt 88% und $k=0,74$.

11) „Wenn Sie wenig Appetit haben oder sich krank fühlen, was können bzw. möchten Sie trotzdem essen oder trinken?“

Es ergab sich eine absolute Übereinstimmung von 98% und $k=0,88$. Das Ergebnis konnte im Vergleich zur ersten Testung verbessert werden (84% und $k=0,40$) und darf als sehr gute Übereinstimmung bezeichnet werden.

12) „Wurde Ihnen eine Diät verordnet?“

In Testung I wurde dieses Item mit der Frage nach Einhaltung der Diät in einer gemeinsamen Kategorie erhoben. Die getrennte Auswertung zeigt nun das sehr gute Ergebnis von einer absoluten Übereinstimmung zu 95% und $k=0,81$.

13) „Halten Sie die genannte Diätvorschrift ein?“

Die prozentuale Übereinstimmung beträgt 95% und $k=0,73$. Nach Fleiss und Cohen (1973) gilt dies als Indikator für gute Übereinstimmung.

14) „Verschlucken Sie sich beim Essen?“

Die eindeutige Formulierung und Splittung des Items zeigt eine wesentliche Verbesserung zum ersten Testergebnis (70% und $k=0,19$). Die absolute Übereinstimmung beträgt 95% und $k=0,64$. Nach Fleiss und Cohen (1973) gilt dies als Indikator für gute Übereinstimmung.

15) „Verschlucken Sie sich beim Trinken?“

Die absolute Übereinstimmung 95% und $k=0,53$. Trotz hoher Übereinstimmung ist der Kappa zufriedenstellend (Margraf und Fehm, 1996) beziehungsweise mittelmäßig (Landis und Koch, 1977).

16) „Haben Sie Schmerzen oder sonstige Probleme beim Kauen?“

Auch hier zeigte sich durch die Umformulierung der Fragestellung ein verbessertes Ergebnis. Die absolute Übereinstimmung beträgt 95% und $k=0,72$ (im Vergleich 80% und $k=0,45$ bei der ersten Testung).

17) „Möchten Sie (alleine) im Zimmer essen?“

Das Ergebnis der ersten Testung war gut, (92% und $k=0,69$). Die Zuverlässigkeit zeigte sich bei der zweiten Testung noch gering verbessert und kann so als sehr gut bezeichnet werden. Die absolute Übereinstimmung beträgt nun 97% und $k=0,84$.

18) „Sprechen Sie vor dem Essen ein Gebet?“

Das Ergebnis der Kategorie aus Testung I war sehr gut (95% und $k=0,89$). Wenn auch etwas geringer bei der zweiten Testung, so kann immer noch von einem sehr guten Ergebnis gesprochen werden. Die absolute Übereinstimmung beträgt 92% und $k=0,84$.

19) „Möchten Sie gerne in der Gruppe beten?“

Die absolute Übereinstimmung beträgt 80% und $k=0,58$. Fleiss und Cohen (1973) sprechen bei einem solchen Wert noch von akzeptabel, Margraf und Fehm (1996) vergeben die Bezeichnung zufriedenstellend, Landis und Koch (1977) nennen dies eine mittelmäßige, wenn auch schon zu beachtlich tendierende Übereinstimmung.

20) „Möchten Sie aktiv teilnehmen und z.B. Tisch dekorieren, decken oder abräumen...?“ (Ausschlaggebendes Kriterium: Wurden gewünschte Aktivitäten genannt?)

Die absolute Übereinstimmung beträgt 88% und $k=0,63$. Fleiss und Cohen (1973) sprechen von guter, Landis und Koch (1977) von beachtlicher Übereinstimmung.

21) „Welcher Duft nach Essen erinnert Sie an besondere oder an schöne Zeiten?“

Die absolute Übereinstimmung beträgt 80% und $k=0,53$. Fleiss und Cohen (1973) sprechen bei einem solchen Wert noch von akzeptabel, Landis und Koch (1977) von beachtlich, Margraf und Fehm (1996) vergeben die Bezeichnung zufriedenstellend.

3.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Inter-Rater-Reliabilität

Die Testung I zur Inter-Rater-Reliabilität ($n=61$) ergab bei 13 zu messenden Items Werte einer absoluten Übereinstimmung von 70% bis 97%. Dazu wurde auch der Kappa berechnet, das minimalste Ergebnis eines Items war $k=0,19$; das höchste Ergebnis lag bei $k=0,89$. Die offenen Antworten wurden analysiert und ausgewertet. Die Ergebnisse waren nicht zufriedenstellend, Rücksprachen, Erklärungen und weitere Korrekturen der Items waren erforderlich.

Testung II zur Inter-Rater-Reliabilität (n=41) ergab bei 21 zu messenden Items Werte einer absoluten Übereinstimmung von 80% bis 91%. Ein Item führte zu einer hundertprozentigen Übereinstimmung. Auch bei der zweiten Testung wurde der Kappa berechnet, das minimale Ergebnis eines Items war $k=0,53$; das höchste Ergebnis lag bei $k=0,90$ beziehungsweise bei einem Item bei 1.

Die Tabelle (*Item 1* im EKB) zu den Essenszeiten wurde keiner Testung unterzogen. Die institutionsüblichen sowie die bisherigen Essenszeiten der Bewohnerinnen und Bewohner wurden größtenteils eingetragen, hausinterne Evaluationen dazu wurden entweder nicht durchgeführt oder nicht angegeben. Die Angaben zur üblichen Trinkmenge der Bewohnerinnen und Bewohner (*Item 6* im EKB) wurden kontrolliert, aber nicht ausgewertet. Die Menge wird bevorzugt in „von-bis“ oder „circa“ angegeben.

3.5 Befragung

Biografieerhebung ist eine längst bewährte Methode im Langzeitpflegebereich, die Erhebung der individuellen Ernährungsbiografie mit einem eigens dafür entwickelten Instrument ist hingegen neu. Es war nicht nur wesentlich, den Biografiebogen weiter zu entwickeln und die Güte- und Nebenkriterien zu überprüfen, sondern auch von ganz besonderem Interesse, sowohl Bewohnerinnen und Bewohner als auch Pflegepersonen nach ihren bereits damit gesammelten Erfahrungen zu befragen. Für die Befragung wurde jene Langzeitpflegeeinrichtung ausgewählt, welche sich bereits an der ersten Entwicklung und Überprüfung des ursprünglich genannten EBB (Steinegger) von 2010 bis 2012 beteiligt hat.

Die Begründung für diese Auswahl liegt darin, dass hier bereits auf Erfahrungswerte mit der Anwendung ernährungsbiografischer Daten in der Umsetzung und Pflegeplanung zurückgegriffen werden kann. Zwei Pflegepersonen sowie neun Bewohner (sieben Frauen und zwei Männer) waren bereit, an der Befragung teilzunehmen. Die Bewohner wurden vorab weder von der Pflegedienstleitung noch von der Forscherin ausgewählt, sie stimmten der Befragung spontan und freiwillig zu. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer unterzeichneten die Einwilligungserklärung.

Erfahrungen der Bewohnerinnen und Bewohner

Acht gezielte Fragen an die Bewohnerinnen und Bewohner wurden gestellt. Eine abschließende Frage diente dazu, eventuelle Wünsche oder Anregungen der Bewohner zu erfahren. Die Essenszeiten werden im Haus nicht starr gehalten, Bewohnerinnen und Bewohner können ihr Frühstück ab 6.00 Uhr, das Mittagessen ab 11.30 Uhr und das Abendessen ab 17.30 Uhr zu sich nehmen.

Die Frage nach der *Zufriedenheit mit den Essenszeiten* wurde von allen neun Bewohnern mit

sehr zufrieden beantwortet.

Die beiden Fragen, ob Bewohner nach deren *Essgewohnheiten*, *Vorlieben* und *Abneigungen* gefragt werden, ergab, dass die Zufriedenheit mit den gebotenen Speisen nach jeder Mahlzeit erhoben wird, beziehungsweise die Bewohner dies von sich aus äußern. Durch das Schöpfsystem haben die Bewohner zudem die Möglichkeit, die gewünschte Portionsgröße anzugeben und aus dem Angebot zu wählen. Alle neun Bewohner sind damit sehr zufrieden und sehen diese Form der Speisendarreichung als großen Vorteil und sehr entgegenkommend.

Acht der neun befragten Bewohner äußerten sich mit der *Auswahl* und den *Angeboten* an *Getränken* sehr zufrieden. Eine Bewohnerin merkte kritisch an: „[...] es gibt hier Eine [Anm: Pflegeperson], die schenkt zum Essen Bier aus, das könnten ruhig alle machen, weil ich zum Beispiel hätte gerne öfter einmal ein Glas Bier“.

Dieser Wunsch wurde im Anschluss an die Befragung mit Zustimmung der Bewohnerin an die Pflegedienstleitung weitergeleitet.

Die Frage nach der *Zufriedenheit mit der Atmosphäre beim Essen* ergab, dass die Bewohner sehr gerne in Gesellschaft essen und der Speisesaal eine angenehme Atmosphäre ausstrahlt. Für zwei der befragten Bewohner ist sehr bequem, das Frühstück im Zimmer einzunehmen, da sie sich erst im Laufe des Vormittags waschen und anziehen möchten.

Die Frage, ob *Traditionen* und *Rituale* wichtig sind und gelebt werden, ergab, dass die Bewohner im Stillen für sich oder bei Kirchgängen beten. Am Karfreitag kein Fleisch zu essen, erachten die Bewohner als eine Selbstverständlichkeit. Auch wenn es „altersbedingt“ nicht mehr nötig wäre zu fasten, beziehungsweise am Karfreitag auf Fleisch zu verzichten, möchten die befragten Bewohner diese Tradition wie bisher gerne weiter praktizieren.

Auf die Frage, ob das angebotene Essen und Trinken zu ihrem *Wohlbefinden* beiträgt, waren sich alle neun Bewohner einig. Essen und Trinken trägt laut befragten Bewohnern enorm zum Wohlbefinden bei und wird als das Wichtigste erachtet, weil „sonst haben wir ja den ganzen Tag nichts zu tun“. Die Bewohner sehen ihren Tagesablauf durch die Mahlzeiten strukturiert und sehen jede Mahlzeit als einen Höhepunkt des Tages. Eine Bewohnerin merkte an, dass sie das Essen in Gesellschaft genießt, da sie so die Möglichkeit hat, mit jemandem zu reden.

Die Frage nach *Wünschen* und *Anregungen* wurde von den befragten Bewohnern unterschiedlich interpretiert. Die Bewohner betonten nochmals ihre hohe Zufriedenheit und äußerten ihr Wohlbefinden und Wohlwollen.

Eine Bewohnerin äußerte den Wunsch, noch kleinere Portionen geschöpft zu bekommen, „[...] sonst werde ich am Ende noch zu dick“.

Eine Bewohnerin bat darum, wieder mehr zu tun zu bekommen, da sie seit dem Einzug einer anderen Frau kaum noch Wäsche zum Zusammenlegen bekommt.

Eine Bewohnerin kritisierte, dass Informationen über bevorstehende Ereignisse zu kurzfristig angesagt werden. Sie wisse zwar, dass es eine Anschlagtafel gibt, aber aufgrund ihrer Sehbeeinträchtigung ist sie auf Durchsagen angewiesen.

Eine Bewohnerin merkte abschließend [Anm.: fröhlich] an: „Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen, das wissen die hier ganz genau.“

Erfahrungen der Pflegepersonen

Fünf gezielte Fragen wurden gestellt. Eine abschließende Frage diente dazu, eventuelle Wünsche oder Anregungen der Pflegepersonen zum Ernährungskulturbogen zu erfahren.

Pflegeperson I empfand die Erhebung der Ernährungskultur als nettes Gespräch, laut ihrer Erkenntnis reden die Bewohner gerne über Essen und Trinken.

Für beide Pflegepersonen *macht die Erhebung der Ernährungskultur für die Bewohner Sinn*. Pflegeperson II fügt die Begründung, dass so auf die Wünsche und Bedürfnisse besser eingegangen werden kann, hinzu.

Die Frage, ob die *Ergebnisse der Erhebungen in der Pflegeplanung und Küche berücksichtigt* werden, wird von beiden Pflegepersonen eindeutig mit ja beantwortet. Pflegeperson I vertieft die Antwort, indem sie erzählt, dass dadurch auch Wunschkost möglich ist (eine Bewohnerin aß beispielsweise über einen längeren Zeitraum auf Wunsch täglich Eierspeise). Auch Pflegeperson II konnte als Beispiel von einer Bewohnerin berichten, welche auf Wunsch ihre Speisen zweimal pürieren lässt, da die Kost für sie sehr fein verarbeitet sein muss. Beide Pflegepersonen merken bei dieser Frage an, wie groß der Vorteil ist, die Küche im Haus zu haben und die Portionen frisch aus dem Schöpfsystem anbieten zu können. Sie empfinden es als sehr flexibel, wenn sie auf aktuelle Wünsche und Bedürfnisse von Bewohnerinnen und Bewohnern eingehen können.

Ob die Berücksichtigung der *Ernährungskultur das Wohlbefinden der Bewohner steigert*, bejahten beide Pflegepersonen eindeutig. PP I: „[...] weil am Anfang und am Ende des Lebens ist Ernährung und Ausscheidung das Wichtigste“.

„[...] und das Schönste für die Bewohner ist, wenn zum Beispiel Geburtstage mit gutem Essen gefeiert werden oder wenn das ganze [Anm.: diensthabende] Personal am Heiligen Abend das Festtagsmenü gemeinsam mit den Bewohnern einnimmt, das sind Besonderheiten, über die sehr lange geredet wird [...]“.

PP II bezeichnet Mahlzeiten als die einzigen Highlights für viele Bewohner, „da kann man sehr zum Wohlbefinden beitragen“.

Auf die Frage, ob es *positive und/oder negative Rückmeldungen von Bewohnern* oder Angehörigen gibt, antworteten beide Pflegepersonen spontan mit „Sicher! Die Bewohner sagen sofort nach jedem Essen, ob es ihnen geschmeckt hat oder nicht“.

Auf die Frage, ob und wie *Informationen aus der Biografieerhebung weitergegeben* werden, wurde folgendermaßen von beiden Pflegepersonen geantwortet: „Das funktioniert gut!“, „[...] vor Einzug der Bewohner wird ein Gespräch mit den Angehörigen geführt, wesentliche Informationen stehen auf der Dienstübergabe, eine E-Mail wird an alle [Anm.: Teammitglieder] geschrieben, das Servicepersonal wird informiert und auch in der Küche hängen Zettel mit wichtigen Informationen“. Pflegeperson II fügte kritisch hinzu: „Ich hoffe, die Konsequenzen bleiben auch auf lange Sicht, [...] hoffentlich gehen die Informationen nicht irgendwann unter“.

Die abschließende Frage nach *Wünschen* oder *Anregungen* zum Ernährungskulturbogen ergab zusammengefasst, dass die Wertigkeit der Biografieerhebung sehr hoch geschätzt wird, der Bogen sehr einfach und klar anzuwenden ist. Der Zeitaufwand „rechnet sich, denn die Arbeit danach wird wesentlich erleichtert“.

Auch betonen die Pflegepersonen, wie wichtig die Annäherung an die Bewohner ist, Biografiearbeit „sensibel“ und keinesfalls „in einem Durchgang abzuschließen“ ist. Dies wird von Pflegeperson II verdeutlicht, indem sie berichtet, dass die Bewohner bei der zweiten Erhebung erleichtert sagten: „heute fällt mir schon mehr dazu ein [...]“.

Pflegeperson II äußerte auch, dass nach Ihren Erfahrungen Frauen lieber als Männer über Essen und Trinken sprechen.

Männer schweiften laut ihren Angaben gerne ab, berufen sich darauf, dass ihre Frauen „immer ganz genau wussten, was sie gerne essen und trinken“.

3.6 Praktikabilität/Handhabbarkeit

Die Ergebnisse der Auswertung von 37 Beurteilern (n=37) zeigen, dass die Handhabbarkeit des EKB sehr hohe Ergebnisse erzielt hat. Als sehr gut praktikabel zeigten sich die individuelle Umgebungsgestaltung, eine sorgfältig durchzuführende Erhebung, die Erfragung der Vorlieben und Gewohnheiten und die Übertragbarkeit in die Essensplanung. Ebenso wurde von den teilnehmenden Experten festgehalten, dass der EKB die Pflegeplanung unterstützt und die Datenerfassung erleichtert. Von fünf Testteilnehmern erhielt der EKB nur die teilweise Zustimmung, dass er als Lehrmaterial und Prüfwerkzeug zur Qualitätssicherung eingesetzt werden kann.

Tabelle 2: Ergebnisse zur Praktikabilität/Handhabbarkeit des EKB

Bewertung	stimmt genau	stimmt eher	stimmt teils/teils
Sorgfältige Erhebung der Ernährungsbiografie	57%	35%	8%
Essenszeiten finden und in die Pflegeplanung übertragen	59%	30%	11%
Vorlieben und Gewohnheiten finden und in die Essensplanung übertragen	70%	13%	17%
Individuelle Umgebungsgestaltung für die Bewohner durchführen	65%	22%	13%
Traditionen der Bewohner bewahren	55%	37%	8%
Der EKB unterstützt die Pflegeplanung	57%	30%	13%
Der EKB kann als Lehrmaterial verwendet werden	43%	32%	25%
Der EKB kann als Prüfwerkzeug zur Qualitätssicherung verwendet werden	41%	32%	27%
Der EKB erleichtert die Datenerfassung zur Ernährungsbiografieerhebung	55%	32%	13%

3.7 Gesamtbewertung des EKB

Im Folgenden werden die soziodemografischen Daten der beurteilenden Testteilnehmer beschrieben und die Gesamtbewertung des EKB in einer übersichtlichen Tabelle dargestellt.

81,1% der Teilnehmer sind weiblichen Geschlechts, 13,5% männlich und zwei Personen (5,4%) machten dazu keine Angaben.

Das Alter liegt, bei vier fehlenden Angaben, im Mittelwert bei 41 Jahren (SD 10,46 Jahre). Die jüngste Person ist 21 Jahre, die älteste Person 58 Jahre alt. Die Spannweite beträgt somit 37 Jahre. Die Erfassung der Daten zeigt, dass die Fort- und Weiterbildungsangebote in den teilnehmenden Häusern Zuspruch finden. 51,4% (bei zwei fehlenden Angaben=5,4%) der Testteilnehmer geben Zusatzqualifikationen in basaler Stimulation, Hygiene, Praxisanleitung, Pflegemanagement, Qualitätsmanagement, Coaching bis Führungstätigkeiten an.

Tabelle 3: Ergebnisse der Gesamtbewertung des EKB

Bewertung	eher ja	ja
Die Fragen im EKB sind für die Pflegepraxis klar und verständlich	16%	84%
Bewertung	ziemlich	sehr
Die Fragen im EKB sind für die Pflegepraxis relevant	27%	73%

Die Klarheit/Verständlichkeit sowie die Relevanz der Fragen wurden bestätigt. Der Zeitaufwand zur Erhebung einer Ernährungsbiografie wurde zwischen 20 und 50 Minuten angegeben. Ebenso wurden von den teilnehmenden Pflegepersonen Noten vergeben (1=sehr gut;

2=gut; 3=befriedigend; die Note genügend oder nicht genügend wurde nie gewählt). Der Median liegt hier bei 1,0000, das Balkendiagramm zeigt die Vergabe der Noten.

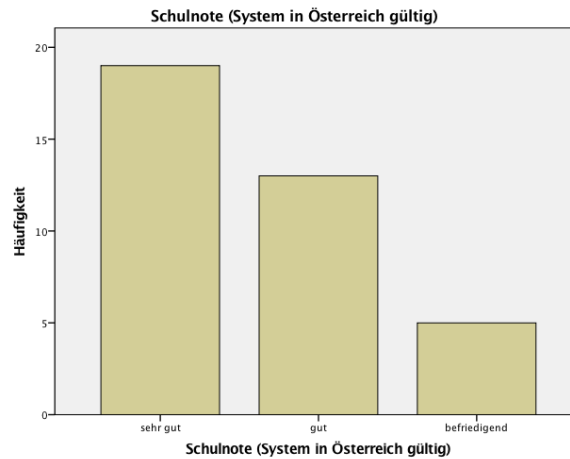


Abbildung 6: Benotung des EKB

Kein Testteilnehmer hat angegeben, zuvor in einer anderen Institution bereits eine Ernährungsbiografie erhoben zu haben. Mit dem EKB wurden laut Angaben der Experten bisher 150 Ernährungsbiografien erhoben.

Genannte Stärken des EKB: Am häufigsten genannt wurden die kurzen, klaren, verständlich und einfach formulierten Fragen. Die Kompaktheit wird für die Pflegepraxis als sehr entgegenkommend genannt. Alle wesentlichen Bereiche der Ernährung zu berücksichtigen und Fragen zu stellen, die bisher außer Acht blieben, wurde ebenfalls mehrfach positiv vermerkt. Als weitere Stärke wird angeführt, dass der EKB der Küche wertvolle Hinweise liefert. Eine Stärke ist, dass Vorlieben und Abneigungen auf einen Blick zu sehen sind. Pflegepersonen nennen als weitere Stärke, dass Bewohnerinnen und Bewohner den Bogen auch selbst lesen (groß genug gestaltet) und verstehen können. Ein Kommentar zeigt, dass alle angeführten Punkte des Fragebogens eben die Stärke des EKB ausmachen. Als besonders positiv wird gesehen, dass der EKB so gestaltet ist, dass die Bewohnerinnen und Bewohner zum Erzählen angeregt werden. Das Deckblatt wird als sehr ansprechend bezeichnet. Die Übersichtlichkeit und Gliederung des EKB wird mehrmals sehr positiv erwähnt. Auch die Traditionen zu berücksichtigen und dennoch den gesamten Bogen auf wenige Fragen reduziert zu halten, wird als der Praxis sehr entgegenkommend rückgemeldet.

Genannte Schwächen des EKB: Ein Großteil der Testteilnehmer führte keine Schwäche oder Grenze des EKB an. Zwei Testteilnehmerinnen führten an, dass sie die Fragen nach Vorlieben und Gewohnheiten mit der Anamnese erheben, sie weisen in ihrer Institution auf die Gefahr der Doppeldokumentation hin, wenn der EKB nicht in die bestehende Anamnese integriert wird. Der zweite Punkt, der von vier Teilnehmern festgehalten wurde, war die fortschreitende beziehungsweise bereits fortgeschrittene Demenz von Bewohnerinnen und Bewohnern, diese erschwert die Erhebung.

Verbesserung des EKB für die Anwendbarkeit in der Praxis: Von den Testteilnehmern werden folgende Anregungen festgehalten: Mit den Erhebungen muss bereits beim Einzug in die Institution begonnen werden. Eine Integration des EKB in die elektronische Pflegedokumentation ist wünschenswert. Der EKB sollte als fixer Bestandteil der Biografieerhebungen aufgenommen werden. Der EKB sollte in das Assessment (Anamneseteil) integriert werden.

4 Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Validierung des Biografiebogens nach Steinegger (2012). Die Ernährungsbiografie jedes einzelnen Bewohners soll erhoben und verstanden werden und die daraus gewonnenen Daten müssen in der Pflegeplanung Berücksichtigung finden (Steinegger, 2016). Zur Unterstützung der Pflegediagnostik ist pflegerisches Assessment eine wichtige Grundlage des Pflegeprozesses. Testtheoretische Gütekriterien müssen untersucht werden, bevor Assessmentinstrumente der Praxis empfohlen werden können. Im ersten Schritt sind die Items und ihre Struktur zu begründen, danach ist die Validität auch quantitativ zu testen. Reliabilität ist eine wesentliche „technische“ Qualität eines Instrumentes, erbringt aber keine Aussage über die Angemessenheit des Inhalts. Aus diagnostischer Sicht aber ist die Inter-Rater-Reliabilität von größter Bedeutung, gerade weil unterschiedliche diagnostische Urteile von Pflegenden immer noch als selbstverständlich angesehen werden. Die Beurteilung der Gütekriterien ist komplex und kompliziert. Ein Instrument kann nicht valide sein wenn es nicht reliabel ist, aber die beste Reliabilität nützt nichts, wenn das Instrument nicht das misst, was es messen soll. Ebenso zerstört wird jede nachgewiesene Validität, wenn das Instrument in der Praxis nicht anwendbar ist (Bartholomeyczik, 2009, S. 13-19).

Als Orientierung für die ursprüngliche Entwicklung und Überprüfung des EKB, diente die Studie McCormack et al. (Development and Testing of the Context Assessment Index-CAI), welche hierfür eine fünfstufige Methode wählten. Den theoretischen Rahmen der Studie lieferte dazu The Promoting Action on Research Implementation in Health Services Framework (PARIHS). Demnach ist der Fragebogen zu entwickeln, die Face- und Inhaltsvalidität zu prüfen, die Faktorenstruktur zu betrachten und psychometrische Tests durchzuführen. In Phase vier wird die Reliabilität und abschließend die Praktikabilität geprüft (McCormack et al., 2009). Von 2010 bis 2012 wurde der EKB den Empfehlungen entsprechend erstmals entwickelt sowie auf seine inhaltliche Validität und Praktikabilität überprüft. Die Weiterentwicklung des EKB sowie die nächsten empfohlenen Schritte durchzuführen war Aufgabe der hier vorliegenden Studie. Essentiell war, die Güte- und Nebenkriterien der inhaltlichen Validität, der Augenscheinvalidität, der Inter-Reliabilität und der Praktikabilität zu überprüfen. Weiter schien wesentlich, Bewohnerinnen, Bewohner und Pflegepersonen zu ihren Erfahrungen mit dem EKB zu befragen.

Die Ergebnisse zur Inhaltsvalidität bestätigen, dass die Items im EKB klar und verständlich sowie angemessen und relevant sind. Laien erkennen die Wertigkeit der Biografieerhebung, ihrem bloßen Augenschein nach beurteilt sind die Items dazu plausibel. Die Items im EKB

sind nun so konzipiert, dass sie bei Bewohnerinnen und Bewohnern des deutschsprachigen Raumes auch bei einer wiederholten Erhebung zuverlässige Daten liefern. Der EKB wurde als gut praktikabel und einfach in der Handhabung beurteilt. Bewohnerinnen und Bewohner schätzen die Form der Zuwendung und das Interesse an ihrer ernährungsbiografischen Geschichte. Für Pflegepersonen macht es Sinn, die Ernährungsbiografie zu erheben: Dies erleichtert auf Sicht ihren Auftrag, bedürfnisgerechte Ernährung sicherzustellen.

Es gibt weder einen Goldstandard noch ein vergleichbares Instrument zum EKB, aber es gibt die Möglichkeit zur Abgrenzung von Screening und Assessmentinstrumenten. Um beispielsweise die MNA-SF® zu nennen: Sie gilt als das am häufigsten validierte Instrument zur Risikoerfassung einer (möglichen) Mangelernährung (getestet zum Beispiel durch: Kaiser et al., 2009; Bauer et al., 2006; Ranhoff et al., 2005; Kuzuya et al., 2005; Visvanathan et al., 2004; Borowiak et al., 2003; Rubenstein et al., 2001; Cohendy et al., 2001). Assessmentinstrumente für die Pflegepraxis sollen aber in jedem Fall mit anknüpfenden Informationen unterstützen. Weiterführend sind beispielsweise die Assessmentteile des Instrumentes Pflegerische Erfassung einer Mangelernährung und deren Ursachen (PEMU), (Abdruck im Expertenstandard für die Pflege: Ernährungsmanagement, DNQP, 2009). Der EKB dient weder einer Risikoerkennung im Sinne eines Screenings noch der pflegerischen Erfassung einer Mangelernährung und deren Ursachen, sondern zielt rein auf ernährungs- kulturelle/-biografische Informationen ab.

In Studien zu Entwicklungen oder Anpassungen von Assessmentinstrumenten wurden bereits IV-Testungen mittels Bestimmung des Content Validity Indexes (CVI) durchgeführt (zum Beispiel von: Seo, MacEntee and Brondani, 2015; Tabassum et al., 2015; Ausserhofer et al., 2012; Steininger et al., 2011).

Lynn (1986) fordert eine Strenge bei der Beurteilung der IV und Beckstead kritisiert am CVI vorwiegend die technische Unzulänglichkeit (z.B. aus vier Kategorien zwei Werte zu bilden). Die IV gibt nur Auskunft über die Eigenschaft der Testitems, aber nicht über die Antworten, die dazu gegeben wurden. Sie bewertet also lediglich die Items und wird daher nicht als empirische Validität angesehen. Von Beckstead wird gefordert, die Bezeichnung zu überdenken, nicht von „inhaltlicher Validität“, sondern von „Klarheit der Fragen“ und „Angemessenheit der inhaltlichen Domänen“ bei der Entwicklung des Instrumentes zu sprechen (Beckstead, 2009).

Die Bestimmung mittels CVI ist tatsächlich kritisch, das konnte in der vorliegenden Studie bestätigt werden. Der durchschnittliche CVI kann nicht als einziges Maß gelten, die Ergeb-

nisse können dadurch besser wirken als sie sind. Die allgemeine Übereinstimmung kann katastrophal erscheinen, das Zustandekommen ist jedoch auch kritisch zu hinterfragen. Zwei Rater erscheinen nicht sehr weitreichend, viele Rater verschlechtern die Ergebnisse.

Aus vier Antwortmöglichkeiten zwei Werte zu bilden wird wohl zu Recht kritisiert, scheint aber bei Uneinigkeiten und teils mangelnder Entscheidungskraft bedeutend zu sein. Über die Urteile der Experten gilt es, sich unter Berücksichtigung von Präferenzen der Bewohnerinnen und Bewohner und handlungsleitender Theorie in einigen Fällen begründet hinwegzusetzen.

Die Ergebnisse zur IV (Relevanz der Fragen) des EKB (n=25 Experten) zeigen eine durchschnittliche Übereinstimmung (S-CVI) von 0,80 in Südtirol; 0,72 in Deutschland; 0,66 in Österreich und 0,81 in der Schweiz. Die einzelnen Items (I-CVI) erzielten in den vier Ländern jeweils Ergebnisse von 0,44 bis 0,90.

Die Items wurden nach diesen Ergebnissen nochmals verändert. Die Items müssen transparent und offen bleiben, daher war auch nötig, auf bereits entfernte Items wieder zurückzugreifen. Die Teilhabe und Präferenzen der Bewohner wären ansonsten zugunsten der Expertenmeinungen gefallen. Inhalte – also einzelne Fragen, die von den Experten als nicht relevant beurteilt und somit aus dem Biografiebogen entfernt wurden – hatten sichtlich hohe Priorität für die Bewohnerinnen und Bewohner. Beispielsweise ist ein gemeinsames Festessen für die Bewohnerinnen und Bewohner ein Erlebnis, welches sie nicht missen möchten. Mittels Biografieerhebung sollen keinesfalls Bedürfnisse geweckt werden, die nicht zu erfüllen sind, jedoch gibt es Möglichkeiten zur Erfüllung und Umsetzung so mancher festlicher Highlights. Die Fragen wurden (subtil) wieder hinzugefügt. Eindeutig schließen lässt sich aus der Definition zur Augenscheinvalidität nur, dass sie keinen Aufschluss über die tatsächliche Validität bietet, sondern der Test beziehungsweise das Instrument valide erscheint, weil die Items dazu plausibel wirken. Reliabilitätstestungen vorangegangener Studien wurden als Orientierungshilfe angesehen (Steininger et al., 2011; Kottner und Dassen, 2008; Mayer et al., 2004). Kritisch ist, dass das Ausmaß der Interraterreliabilität des Instruments sowohl von den Ratern, als auch von den Objekten beeinflusst werden kann. Eine Verallgemeinerung ist schwierig. Bei der Interpretation des Kappas ist darauf zu achten, keine Schlussfolgerungen aus den Daten zu ziehen, wenn sie nicht durch die Daten gerechtfertigt sind (Wirtz und Caspar, 2002, S.60).

Die Kappastatistik wirft einige teils sehr harte Grenzen auf. Zum Beispiel nimmt der Cohens Kappa bei hohen Übereinstimmungen der Beurteiler ab. Folglich bleibt wenig Spielraum für hohe Übereinstimmungen, welche über den erwarteten Anteil an zufälligen Übereinstim-

mungen hinausgehen (Grouven et al., 2007). Margraf und Fehm (1996) zuerkennen einem $k > 0,50$ eine zufriedenstellende und ab $0,70$ eine gute Übereinstimmung. Den strengeren Kriterien (Bakeman und Gottman 1986; Frick und Semmel, 1978) nach zu urteilen, wäre ein Ergebnis erst ab $> 0,70$ als zufriedenstellend anzusehen. Landis und Koch (1977) hingegen schlagen folgende Werte vor: $k < 0$ wäre eine schlechte Übereinstimmung, zwischen 0 und $0,20$ gilt das Ergebnis als etwas übereinstimmend, $0,21$ bis $0,40$ bedeutet eine ausreichende Übereinstimmung, $0,41$ bis $0,60$ ist eine mittelmäßige Übereinstimmung, $0,61$ bis $0,80$ eine beachtliche Übereinstimmung, $0,81$ bis $1,00$ heißt demnach (fast) vollkommene Übereinstimmung. Häufig findet sich in der Literatur jedoch die Regel, dass ein $k > 0,75$ als Indikator für sehr gute, zwischen $0,60$ und $0,75$ eine gute und von $0,40$ bis $0,60$ als akzeptable Übereinstimmung angesehen werden kann (Fleiss und Cohen, 1973). Eine erschließende Abbildung der Übereinstimmung ist anhand der prozentualen Übereinstimmung und des Kappas nicht gewährleistet.

Die Inter-Rater-Reliabilität ($n=61$ Bewohner) der Testung I ergab bei 13 zu messenden Kriterien Werte einer prozentuellen Übereinstimmung von 70% bis 97% . Dazu wurde der Kappa berechnet, das minimalste Ergebnis eines Items war $k=0,19$; das höchste Ergebnis lag bei $k=0,89$. Antworten und Ausführungen der Bewohnerinnen und Bewohner waren trotz durchgeführter Korrekturen der einzelnen Items noch nicht stimmig. Die Entwicklung wurde fortgesetzt, die betroffenen Items nochmals verändert. Testung II zur Inter-Rater-Reliabilität ($n=41$ Bewohner) ergab bei 21 zu messenden Kriterien einmal eine hundertprozentige Übereinstimmung, bei den weiteren Items Werte einer prozentuellen Übereinstimmung von 80% bis 98% . Die Kappa-Statistik zeigte das minimalste Ergebnis eines Kriteriums mit $k=0,53$; das höchste Ergebnis lag bei $k=0,91$ beziehungsweise bei einem Item bei 1 . Eine Absprache der Rater innerhalb einer Institution wäre möglich gewesen, institutionsübergreifend kann dies jedoch ausgeschlossen werden. Die Testung der Zuverlässigkeit des EKB wurde mit diesen Ergebnissen abgeschlossen.

Der EKB wurde als gut praktikabel und handhabbar beurteilt. Einen kritischen Aspekt stellt hierbei der nachzuweisende Zeitaufwand dar. Für die Studie wurden die Ernährungsbiografien in einem einzigen Gespräch erhoben. Dies war in Anbetracht der Durchführbarkeit der Studie nötig, ist für den künftigen Einsatz in der Praxis aber nicht erwünscht.

Mit dem validierten EKB werden ernährungskulturelle bzw. ernährungsbiografische Angaben ermittelt. Kulturelle Unterschiede im deutschsprachigen Raum gibt es. Die Fragen können trotzdem gestellt werden, lediglich die Antworten werden unterschiedlich sein.

Eine Limitation der vorliegenden Studie ist die Anwendbarkeit des Bogens bei mittelschwer bis schwer dementen Bewohnerinnen und Bewohnern. Hier kann versucht werden, die Er-

nahrungskultur nach Möglichkeit mit den Angehörigen zu erheben. Das Studiendesign war nach dem Ziel der Studie – der Validierung – ausgerichtet. Quantitative Methoden konnten nicht ausgeschöpft werden, häufig war die Deskription der vorgenommenen Änderungen der Items nötig. Der Feldzugang war aufgrund der breiten Streuung über den deutschsprachigen Kulturraum schwierig und sehr zeitintensiv. Dazu schälerten die Einschlusskriterien (deutschsprachig und nicht fortgeschritten demenz) den Zugang massiv. Die Stichprobengröße (n=25) sollte bei der inhaltlichen Validierung repräsentativ sein, jedoch ist es unmöglich, bei so vielen Beurteilern zu einer Einigkeit zu kommen. Die Stichprobengröße der Bewohnerinnen und Bewohner für die Testungen der Inter-Reliabilität (n=102) waren stark von den Einschlusskriterien sowie den zeitlichen Ressourcen der Pflegepersonen bestimmt. Bei der Auswertung von offenen Antworten musste auf die Bildung und Zuordnung von messbaren Kriterien zurückgegriffen werden. Die Daten waren somit quantifiziert, haben aber deshalb nur für die Testung eine Bedeutung. Die inhaltliche Qualität der Angaben ist dadurch in den Hintergrund gerückt. Sichergestellt ist somit lediglich, dass im ausgewählten deutschsprachigen Kulturraum wiederholte Erhebungen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern durchgeführt worden sind. Eine weitere Limitation ist die Erkenntnis, dass bereits vor Testung der Inter-Rater-Reliabilität Schulungen zur Biografieerhebung mit den Pflegepersonen wichtig gewesen wären.

4.1 Fazit und Ausblick

Eine partizipative Haltung basiert auf Gerechtigkeit, Solidarität und Gleichwertigkeit. Sie rückt Selbstbestimmung ins Zentrum, erfordert allerdings Zuversichtlichkeit, Interesse, Offenheit, Risikobereitschaft und Weitsichtigkeit. Partizipation in der Pflege bedeutet demzufolge nicht nur die basale, aktive oder passive Teilhabe, sondern auch die Teilhabe und Mitbestimmung und -gestaltung in Bereichen, von denen pflegebedürftige Menschen sonst ausgeschlossen wären. Der EKB stellt ein Partizipationsangebot für Bewohnerinnen und Bewohner von Langzeitpflegeeinrichtungen dar.

Biografiearbeit ist in der Altenpflege der erste Schritt zur Informationssammlung und gilt als bewährte Methode, wird jedoch unterschiedlich gehandhabt und teilweise auch unterschiedlich wertgeschätzt. Die Wertigkeit und der Hintergrund jeder einzelnen Biografie wurden anhand der Theorie geklärt und belegt, verstehbar wurde sie durch die Erzählungen der Befragten.

Das Thema Ernährung ist gerade im Langzeitpflegebereich von höchster Priorität. Alle Maßnahmen zur Vorbeugung von Mangelernährung sind zu treffen, da die (vor allem finanziellen) Folgen mittlerweile bereits von politischem Interesse sind. Die Erhebung einer individuellen Ernährungsbiografie wurde bislang durch kein Instrument ermöglicht, ist aber

zweifelsohne unerlässlich. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass es möglich ist, mit dem EKB gezielte Ernährungsbiografien von Bewohnerinnen und Bewohnern zu erheben, egal aus welcher Region, Kultur oder sozialem Umfeld sie auch kommen. Sowohl Bewohnerinnen und Bewohner als auch Pflegepersonen befürworten den Einsatz des EKB. Die Sinnhaftigkeit dahinter wurde im Rahmen der vorliegenden Untersuchung bestätigt.

Ein wesentliches Element der Zukunft stellt die Anforderung dar, verantwortliche (Führungs-)Personen zur Einsicht zu bringen, dass die Erhebung der Ernährungsbiografie beim Einzug der Bewohnerinnen und Bewohner von größtem Vorteil ist, der Zeitaufwand, der dafür zur Verfügung zu stellen ist, in keiner Weise in einer negativen Relation zum späteren Nutzen steht. In weiterer Folge sind Pflegepersonen dabei zu unterstützen, den Informationsgehalt der Biografieerhebungen in die Pflegeplanung zu übertragen. Flexibilität und Umdenken der Strukturen von Langzeiteinrichtungen ist gefordert, wird sich aber auf lange Sicht gesehen (mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit) bezahlt machen.

Den Bogen auf Nutzen und klinische Wirksamkeit zu testen, wäre in Form von weiteren Studien sehr zu befürworten. Ebenso wäre anzustreben, den EKB in die englische Sprache zu übersetzen und testtheoretische Charakteristika dieser Version zu testen.

4.2 Implikation für die Praxis

Der EKB kann dem deutschsprachigen Kulturraum zur Vervollständigung ihres Ernährungsmanagements empfohlen werden.

Die Erhebung der Ernährungskultur/-biografie ermöglicht, sich dem pflegerischen Auftrag, für bedürfnisgerechte Ernährung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Langzeitpflegeeinrichtungen zu sorgen, strukturiert und gezielt zu nähern.

Angedacht ist, dass in naher Zukunft Schulungen in Langzeitpflegeeinrichtungen der Steiermark stattfinden. Dies scheint eine äußerst wichtige Maßnahme zu sein, nicht nur in Bezug auf Risikoerkennung – bedarfs- und bedürfnisgerechte Ernährung –, sondern auch aus Sicht der Pflegeerkennnisse. Diese Schulungen sollen in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule durchgeführt werden. Weitere Mitglieder des Schulungsteams sind Diätologen, Ergotherapeuten und Logopäden.

4.3 Implikation für die Forschung

Die vorliegende Studie kann einen Beitrag für künftige Forschungsarbeiten leisten, indem die Stärken und Schwächen sowie Erfahrungen und Schwierigkeiten dieser Arbeit kritisch betrachtet und berücksichtigt werden.

Um ein Instrument zu entwickeln und zu validieren, kann anhand der vorliegenden Ergebnisse folgende Vorgehensweise empfohlen werden:

1. Items auswählen (Theorie; externe und interne Evidenzen; Präferenzen der Patienten/Bewohner)
2. Faktorenanalyse durchführen (Instrumentenabhängig und nur bei ausreichend großer Stichprobe)
3. Itemreduzierung durch Experten [nur zwei Antwortmöglichkeiten: relevant/nicht relevant, danach Abgleich mit der Theorie und Präferenzen (Items mit schlechtem Ergebnis erst nach kritischer Reflexion aus dem Instrument entfernen oder begründet belassen)]
4. Klarheit und Angemessenheit der Fragen testen [(für die Klarheit zwei Antwortmöglichkeiten bieten – konstruktive Vorschläge einfordern); (vier Antwortmöglichkeiten zur Relevanz bieten – Berechnung mittels CVI); Items (Fragen) auswerten (Antworten dennoch überprüfen); Rechtfertigung der Items offen und transparent gestalten]
5. Reliabilitätstestungen (kritisch durchführen und offen zeigen; die Ergebnisse dürfen sich nicht auf Kosten der Inhaltsvalidität auswirken; den Inhalt immer im Auge behalten, keine Items vorschnell entfernen)
6. Praktikabilität testen
7. Nutzen und Wirksamkeit nachweisen (jeweils eigene Studien)

5 Zusammenfassung

Die Items des EKB basieren auf Theorien, sind literaturgestützt, durch Präferenzen von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Expertenmeinungen bestätigt. Die Klarheit der Fragen und Angemessenheit der Domänen wurde nachgewiesen. Die Darstellung der Ergebnisse ist klar nachvollziehbar, es werden jeweils die einzelnen Items, die allgemeine Übereinstimmung und die durchschnittliche Übereinstimmung an angemessenen Items der gesamten Skala gezeigt.

Die Ergebnisse zur IV des Ernährungskulturbogens ($n=25$) ergaben einen S-CVI von 0,80 in Südtirol; S-CVI 0,72 in Deutschland; S-CVI 0,66 in Österreich und S-CVI 0,81 in der Schweiz (durchschnittliche Ergebnisse der Skala zur Relevanz der Fragen). Die einzelnen Items erzielten in den vier Ländern jeweils Ergebnisse von I-CVI 0,44 bis I-CVI 0,90. Die Items wurden nach diesen Ergebnissen reduziert, inhaltlich verändert und wieder getestet. Werden die konstruktiven Kritiken berücksichtigt, ist die Bestimmung des CVI in der Entwicklung des Instrumentes eine Möglichkeit, welche hilfreich ist um die Klarheit und Angemessenheit der Fragen zu klären und dafür ist sie gut geeignet und einfach umzusetzen.

Bei Prüfung der Augenscheinvalidität wurde von allen Testteilnehmern festgehalten, dass die Erhebung einer individuellen Ernährungskultur aus ihrer Sicht hohe Priorität hat und die Items dazu plausibel und erschließend wirken.

Die Ergebnisse der ersten Testung zur Inter-Rater-Reliabilität waren nicht zufriedenstellend, Rücksprachen, Erklärungen und weitere Korrekturen der Items waren erforderlich. Testung II zur Inter-Rater-Reliabilität ($n=41$) ergab bei 21 zu messenden Items Werte einer absoluten Übereinstimmung von 80% bis 91%. Ein Item führte zu einer hundertprozentigen Übereinstimmung. Auch bei der zweiten Testung wurde der Kappa berechnet, das minimale Ergebnis eines Items war $k=0,53$; das höchste Ergebnis lag bei $k=0,90$ beziehungsweise bei einem Item bei 1. Nach diesem zufriedenstellenden Ergebnis wurden keine weiteren Veränderungen mehr vorgenommen. Der EKB wurde als gut praktikabel und handhabbar beurteilt.

Die Gesamtbewertung des EKB war ebenfalls zufriedenstellend, alle Items wurden als klar und verständlich formuliert, sowie auch als angemessen und relevant beurteilt.

Bewohnerinnen und Bewohner äußern hohe Zufriedenheit, dies lässt sich zum einen auf die Berücksichtigung der Ernährungskultur, zum anderen aber auch auf die grundsätzliche Möglichkeit der Partizipation zurückführen.

6 Literatur

ADA-American Dietetic Association (2009): Unintended weight loss (Uwl) in older adults evidence-based nutrition practice guideline. <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=15436> [13.07. 2015].

AKE-Arbeitsgemeinschaft für Klinische Ernährung (2010): Konsensus-Statement Geriatrie. Empfehlungen für die Ernährung des älteren Menschen in der Langzeitpflege. Wien.

Ausserhofer, D.; Gnass, I.; Meyer, G. & Schwendimann, R. (2012): Die Bestimmung der Inhaltsvalidität anhand des Content Validity Index am Beispiel eines Instruments zur Erfassung des Sicherheitsklimas im Krankenhaus. *Pflegewissenschaft* 14(3): 151-158.

Bartholomeyczik, S. (2007): Einige kritische Anmerkungen zu standardisierten Assessmentinstrumenten in der Pflege. *Pflege* 20(4): 211-217.

Bartholomeyczik, S. (2007): Standardisierte Assessmentinstrumente in der Pflege. In: Bartholomeyczik, S. & Halek, M. (Hrsg.): *Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen*. Hannover: Schlütersche.

Bartholomeyczik, S.; Linhart, M.; Mayer, H. & Mayer, H. (2008): *Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie*. München: Facultas.

Beckstead, J.W. (2009): Content validity is naught. *Int J of Nurs Stud* 46(9): 1274-1283.

Biedermann, M. (2011): *Essen als basale Stimulation*. 3. Auflage. Hannover: Vinzenz Network.

BKA (Bundeskanzleramt): Rechtsinformationssystem. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20005853> [05. 09. 2015].

BKA (Bundeskanzleramt Öffentliches Gesundheitsportal Österreich): Patientenrechte. <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Patientenrechte.html> [05. 09. 2015].

BMG (Bundesministerium für Gesundheit): Gesundheitsberufe in Österreich. <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitsberufe-in-oesterreich.html> [05. 09. 2015].

Bortz, J. & Döring, N. (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 4. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag.

Böhm, E. (2009): *Psychobiografisches Pflegemodell. Grundlagen*. Wien: Maudrich.

DNQP-Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2010): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. http://www.dnqp.de/fileadmin/groups/607/Ernaehrung_Auszug.pdf [05.09.2015].

Donini, L.M.; Marsill, D.; Graziani, M.P.; Imbriale, M. & Canella, C. (2005): Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disorders* 10(2): 28-32.

- Duden Online (2016): Bedeutungsübersicht Biografie.
<http://www.duden.de/rechtschreibung/Biografie> [05.09.2015].
- Fleiss, J.L. & Cohen, J. (1973): The Equivalence of weighed Kappa and the Interclass Correlation Coefficient as Measures of Reliability. *Educational and Psychological Measurement* 33(3): 613-619.
- Grouven, U.; Bender, R.; Ziegler, A. & Lange, S. (2007): Der Kappa-Koeffizient. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 132(01): 65-68.
- Hoffmann, A. (2008): Quality of Life, Food Choice and Meal-Patterns-Field Report of a Practitioner. *Ann Nutr Metab* 52(1): 20-24.
- ICN (Österreichischer Gesundheits- u. Krankenpflegeverband) (2014): ICN-Ethikkodex für Pflegende. https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/International/DBfK-ICN-Ethikkodex_fuer_Pflegende-print-final2014_2_.pdf [05.09.15].
- Karwautz, A. (2006): Essstörungen-neue Ansätze und rezente Ergebnisse bei jugendlichen Populationen. *Neuropsychiatrie* 20(2): 131-134.
- Kohli, M. (1981): Wie es zur biografischen Methode kam und was daraus geworden ist. *Zeitschrift für Soziologie* 10(3): 273-293.
- Kottner, J. & Dassen, T. (2008): Dekubitusprävalenzmessungen und Interrater-Reliabilität. *Pflegewissenschaft* 10(9): 499-503.
- Kruse, A. (2006): Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter-Perspektiven für die Erwachsenenbildung. *Bildungsforschung* 3(2): 1-25.
- Landis, J.R. & Koch, G.G. (1977): The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33(1): 159-174.
- Laussermayer, M. (2010): Biografiearbeit-Rational oder Emotional. *Österreichische Pflegezeitschrift* 63(4): 17-19.
- Lind, S. (2006): Die biografische Orientierung in der Pflege bei Demenz. *Pflegezeitschrift* 59(8): 474-477.
- Low, C. (2009): *Das narrative Interview im Kontext qualitativer Sozialforschung*. München. Ravensburg: Grin Verlag.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005): *Pflegeforschung- Methoden, Bewertung, Anwendung*. 2. Auflage. München. Jena: Urban & Fischer.
- Lynn, M.R. (1986): Determination and Quantification of Content Validity. *Nursing Research* 35(6): 382-385.
- Mayer, H.; Nonn, C.; Osterbrink, J. & Evers, G.C.M. (2004): Qualitätskriterien von Assessmentinstrumenten-Cohens Kappa als Maß der Interrater-Reliabilität (Teil 1). *Pflege* 17(1): 36-46.
- McCormack, B.; McCarthy, G.; Wright, J.; Slater, P. & Coffey, A. (2009): Development and Testing of the Context Assessment Index (CAI). *Worldviews Evid Based Nurs* 6(1): 27-35.

- Matolycz, E. (2011): *Pflege von alten Menschen*. Wien. New York: Springer Verlag.
- Mogel, W. (2001): *The Blessings of a skinned knee. Using Jewish Teachings to Raise Self-Reliant Children*. New York: Scribner.
- Moosbrugger, H. & Kelava, A. (2008): *Testtheorie und Fragebogen-konstruktion*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Mutz-Amon, E. & Kölbl-Catic, E. (2010): Biografiearbeit und Autonomie in der Pflege. *Österreichische Pflegezeitschrift* (63)4: 14-16.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1979): Belmont Report. [http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/\[05.09.15\]](http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/[05.09.15]).
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2006): The Content Validity Index: Are you sure you know what's being reported? Critique and Recommendations. *Nursing and health* 29(5): 489-497.
- Polit, D.F.; Beck, C.T. & Owen, S.V. (2007): Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. *Nursing and health* 30(4): 459-467.
- Reuschenbach, B. (2011): Gütekriterien. In: Reuschenbach, B. & Mahler, C. (Hrsg.): *Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und Praxis*. Bern: Huber Verlag.
- Schreier, M. & Bartholomeyczik, S. (2004): Mangelernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen. <http://pflegen-online.de/download/110-6ie.pdf> [05.09.15].
- Schreier, M.; Volkert, D. & Bartholomeyczik, S. (2009): Instrument zur Erfassung der Ernährungssituation in der stationären Altenpflege. In: Bartholomeyczik, S. & Halek, M. (Hrsg.): *Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen*. Hannover: Schlütersche.
- Schrems, B. (2007): Standardisierte Assessmentinstrumente im Lichte der Hermeneutik. *Pflege* 20(04): 218-224.
- Schütze, F. (1983): Biografieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis* 13(3): 283-293.
- Seo, J.; MacEntee, M. & Brondani, M. (2015): The use of Subject Matter Experts in Validating an Oral Health-Related Quality of Life measure in Korean. *Health Qual Life Outcomes* 13(1): 1.
- Steinegger, C. (2012): Ein Essbiografiebogen für den Langzeitpflegebereich. Entwicklung und Überprüfung der Inhaltsvalidität sowie Praktikabilität. Magisterarbeit. Wien.
- Steinegger, C. (2016): Ein Ernährungskulturbogen für den Langzeitpflegebereich. Weiterentwicklung und Validierung. Dissertationsschrift. Halle-Wittenberg.
- Steininger, A.; Jukic-Puntigam, M.; Urban, W. & Müller, G. (2011): Übersetzung, Anpassung und Prüfung der Inhaltsvalidität des Instruments "Perineales Assessment Tool" (PAT). *Procure* 16(4): 3-8.
- Straßburger, G. & Rieger, J. (2014): Partizipation kompakt-Komplexe Zusammenhänge auf den Punkt gebracht. In: Straßburger, G. & Rieger, J. (Hrsg.): *Partizipation kompakt- Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe*. Weinheim. Basel: Beltz Juventa.

- Tabassum, N.; Allana, S.; Saeed, T. & Dias, J.M. (2015): Content Validity of a Tool Measuring Medication Errors. *J Coll Physicians Surg Pak* 25(8): 623-624.
- Weltärztebund (WMA) (2013): Helsinki Report.
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/DeklHelsinki2013.pdf [05.09.15].
- Wirtz, M. & Caspar, F. (2002): *Beurteiler-übereinstimmung und Beurteiler-reliabilität*. Göttingen: Hogrefe.
- Wright, M.T.; Block, M. & Unger, H. (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation/stufen-der-partizipation.html> [05.09.15].
- Wylie, K.; Fellow, C. & Nebauer, M. (2011): The food here is tasteless! Food taste or tasteless food? Chemosensory loss and the politics of under-nutrition. *Collegian* 18(1): 27-35.

6.1 Tabellen

Tabelle 1: CVI der vier Länder zur Angemessenheit /Relevanz der Fragen	27
Tabelle 2:Ergebnisse zur Praktikabilität/Handhabbarkeit des EKB.....	41
Tabelle 3:Ergebnisse der Gesamtbewertung des EKB	41

6.2 Abbildungen

Abbildung 1: Stufen der Partizipation.....	1
Abbildung 2: Ausschnitt des Fragebogens zum kognitiven Debriefing	12
Abbildung 3: Ausschnitt des Fragebogens zur Testung der Klarheit/Verständlichkeit und Angemessenheit (Relevanz) der Fragen.....	13
Abbildung 4: Ausschnitt des Fragebogens zur Gesamtbewertung des EKB	14
Abbildung 5: Content Validity Index (übersetzte-eigene Darstellung, in Anlehnung an Polit und Beck).....	17
Abbildung 6: Benotung des EKB.....	42

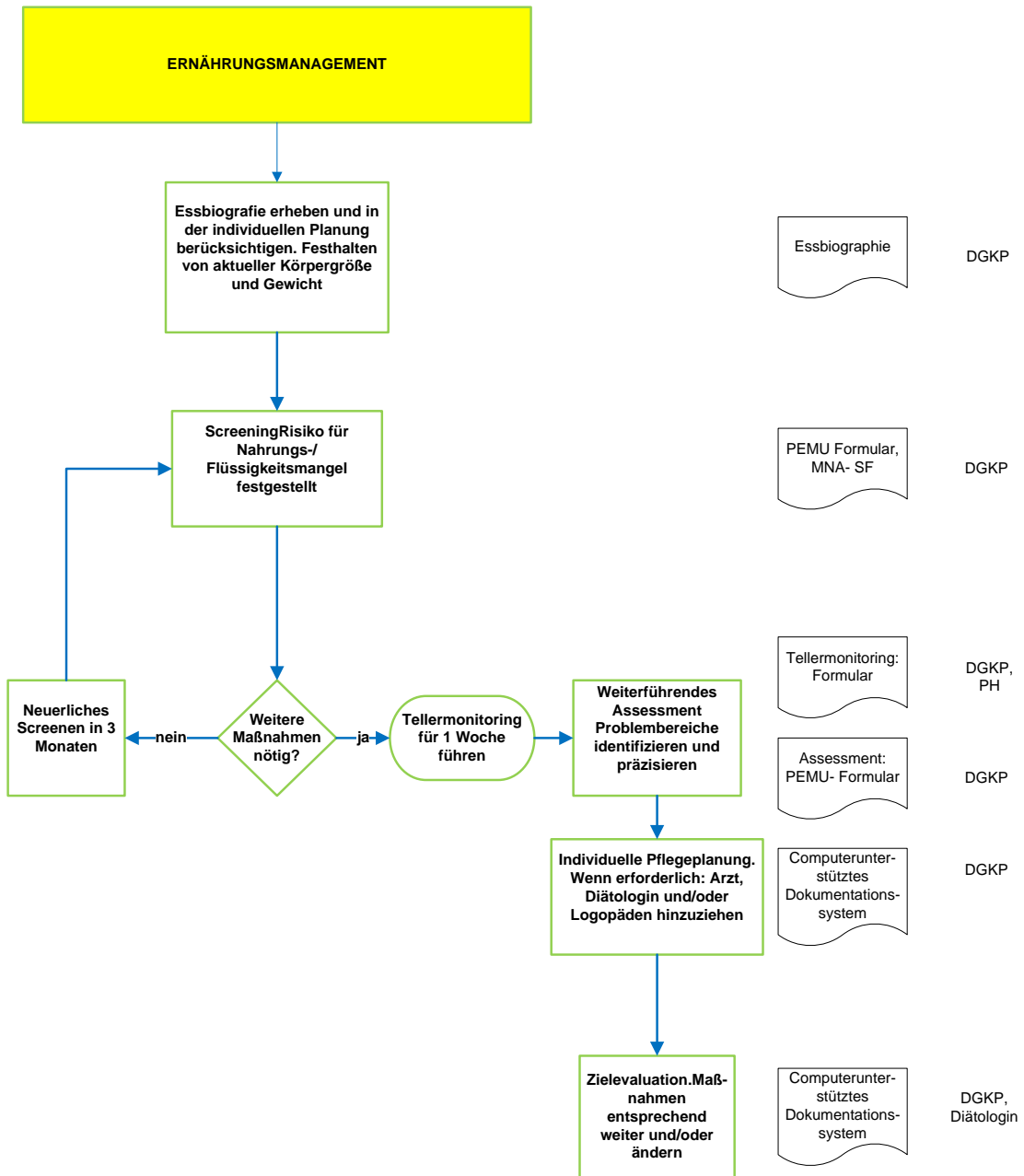
Thesen

1. Ernährung hat im Langzeitpflegebereich eine hohe Priorität. Essen und Trinken zählt für viele Bewohnerinnen und Bewohner zu den wenigen Höhenpunkten des Tages.
2. Eine sorgsam erstellte Ernährungsbiografie gehört im Langzeitpflegebereich zur guten Praxis, wenn der Auftrag zur Sicherstellung von bedürfnisgerechter Ernährung erfüllt werden soll.
3. Bereits veröffentlichte Instrumente ermöglichen die Risikoerfassung einer Mangelernährung, weiterführend auch die Ursachenerhebung. Ein explizit biographisch orientiertes Instrument lag bisher nicht vor. Daher galt es, diese Lücke im Ernährungsmanagement zu schließen.
4. Der Ernährungskulturbogen fragt nach gewohnten Essenszeiten, Vorlieben, Abneigungen, Besonderheiten, Traditionen und Erinnerungen.
5. Der Bogen ist für Pflegepraktikerinnen und Pflegepraktiker, Bewohnerinnen und Bewohner sowie für Laien verständlich formuliert und anwendbar.
6. Die Überprüfung der inhaltlichen Domänen zeigte, dass der Ernährungskulturbogen angemessen und relevant ist. Er liefert Erkenntnisse, die eine wissensbasierte Pflege und Betreuung fördern.
7. Die Überprüfung der Reproduzierbarkeit des Bogens zeigte, dass er auch bei wiederholten Erhebungen zuverlässige Angaben liefert.
8. Die Handhabung des Ernährungskulturbogens erwies sich als einfach, gut praktikabel und der Zeitaufwand für die Erhebung steht in einem angemessenen Verhältnis.
9. Der Ernährungskulturbogen berücksichtigt individuelle Unterschiede im deutschsprachigen Kulturraum. Die Fragen sind so konzipiert, dass sie die individuellen Bedürfnisse trotz regionaler, sozialer oder kultureller Unterschiede erfassen.
10. Der Bogen kann nunmehr für weitere Vorhaben eingesetzt und hinsichtlich seiner klinischen Bedeutung untersucht werden.

7 Anlagen

I: Prozessdarstellung

Verantwortliche
Mitarbeiter



II: Fragebogen zum kognitiven Debriefing

Claudia Steinegger
Knappenhofgasse 16/2/6
A-8650 Kindberg
0676/7452380

Kindberg, am

Sehr geehrte Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester! Sehr geehrter Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger!

Im Rahmen meiner Dissertation überprüfe ich den Essbiografiebogen (EBB) nach Steinegger, der für deutschsprachige, nicht fortgeschritten demente Bewohner im Langzeitpflegebereich entwickelt wurde.

Um das Ernährungsmanagement zu vervollständigen, wurde ein Essbiografiebogen nach Prioritäten, Anliegen, Wünschen und Vorstellungen entworfen, mit dem Sie auf einfühlsame Weise die Gewohnheiten und Bedürfnisse Ihrer Bewohnerinnen und Bewohner erfahren und so für eine optimale Pflegeplanung sorgen können.

Ziel der Befragung ist es, das Layout und das Design des Instruments zu bewerten. Ich ersuche Sie, Ihre professionelle Erfahrung und fachliche Kompetenz in die Überprüfung des Erhebungsinstrumentes mit einzubringen.

Ich ersuche Sie, den beiliegenden EBB kritisch zu begutachten. Im Anschluss bitte ich Sie, den beigefügten Fragebogen auszufüllen. Alle Daten werden vertraulich behandelt und anonymisiert ausgewertet.

Die Fragebögen sind im beiliegenden, bereits frankierten Kuvert **an die Autorin** zu schicken.

Ich danke Ihnen für Ihre Mithilfe!

Claudia Steinegger

Essbiografiebogen (EBB)

Bei jeder Frage ist nur eine Antwort anzukreuzen!

1) Sind Sie mit dem Layout des *EBB* einverstanden?

ja eher ja eher nein nein
(Begründen Sie Ihre Bewertung)

2) Sind sie mit dem Design des *EBB* einverstanden?

ja eher ja eher nein nein
(Begründen Sie Ihre Bewertung)

3) Sind die Kategorien übersichtlich hervorgehoben?

ja eher ja eher nein nein
(Begründen Sie Ihre Bewertung)

4) Sind die Fragestellungen übersichtlich hervorgehoben?

ja eher ja eher nein nein
(Begründen Sie Ihre Bewertung)

5) Sind die Subfragen übersichtlich hervorgehoben?

ja eher ja eher nein nein
(Begründen Sie Ihre Bewertung)

6) Sind Sie mit dem Umfang der Fragen des *EBB* einverstanden?

ja eher ja eher nein nein
(Begründen Sie Ihre Bewertung)

7) Sind Sie mit den Formulierungen der Fragestellungen einverstanden?

ja eher ja eher nein nein
(Begründen Sie Ihre Bewertung)

8) Bieten die Fragestellungen ausreichend Antwortmöglichkeiten?

ja eher ja eher nein nein
(Begründen Sie Ihre Bewertung)

9) Bietet der EBB ausreichend Platz um die Antworten zu dokumentieren?

ja eher ja eher nein nein
(Begründen Sie Ihre Bewertung)

10) Bietet der EBB ausreichend Möglichkeiten für freies Erzählen der Bewohner?

ja eher ja eher nein nein
(Begründen Sie Ihre Bewertung)

Zuletzt noch ein paar Fragen zu Ihrer Person

Wann sind Sie geboren? Geburtsjahr 19____

Wie viele Jahre sind Sie auf dieser Station als DGKS/DGKP tätig? ____ Jahre

Haben Sie eine Zusatzqualifikation im basalen- und mittleren Management?

ja nein

Schulbildung: Geben Sie bitte Ihre höchste abgeschlossene Schulbildung (ausgenommen der Krankenpflegeausbildung) an!

- Pflichtschulabschluss
- Lehrabschluss (Berufsschule)
- Fachschule für soziale oder wirtschaftliche Berufe
- Berufsbildende mittlere Schule
- Allgemeinbildende oder berufsbildende höhere Schule
- Studienberechtigungs- oder Berufsreifepfung
- Universität / Fachhochschule (FH)

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

III: Fragebogen zur Prüfung der Inhaltsvalidität

Fragebogen zur Prüfung der Inhaltsvalidität

Sehr geehrte Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester!
Sehr geehrter Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger!

Ihre Meinung zum beiliegenden EBB ist von großer Bedeutung, daher begutachten Sie den Inhalt des EBB kritisch.

Ich ersuche Sie, die im EBB enthaltenen Fragen inhaltlich dahingehend zu beurteilen, ob sie klar/verständlich, angemessen/relevant sind, sodass Sie erschließend die Essbiografie der Bewohner erfassen können.

Auf den folgenden Seiten finden Sie den Fragebogen zur Prüfung der Inhaltsvalidität des EBB. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie diese. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Den ausgefüllten anonymen Fragebogen senden Sie im beiliegenden, bereits adressiertem Kuvert bis spätestens... an mich zurück.

Ich danke Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Sollten Sie Interesse an den Untersuchungsergebnissen haben, können diese ab..... in Ihrer Pflegedirektion angefordert werden.

Bitte bewerten Sie nun nur den **Inhalt** des Essbiografiebogens (EBB)

In den nachfolgend angeführten Fragen des EBB ersuche ich Sie um Ihre Meinung, ob einerseits die Fragen **klar und verständlich formuliert** sind und andererseits für wie **relevant Sie die Frage erachten**.

<i>Diese Frage ist klar und verständlich formuliert:</i>	Für wie relevant erachten Sie diese Frage?					
	<i>ja</i>	<i>nein</i>	gar nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
Ist es Ihnen wichtig, zu einem festgesetzten Zeitpunkt zu essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann essen Sie die letzte Mahlzeit des Tages?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie es gewohnt, in den Nachtstunden noch etwas zu essen/trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche inhaltliche Änderungen/Ergänzungen würden Sie vornehmen?						
Wie viel schaffen Sie pro Tag zu trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei welchen Getränken wird Ihr Durstgefühl am ehesten gestillt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie am Nachmittag gerne Kaffee/Tee und Kuchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naschen Sie zwischendurch gerne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie hin und wieder Lust auf etwas Salziges?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Vorliebe für Suppen und Eintöpfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legen Sie Wert darauf, heimisches Obst und Gemüse aus der aktuellen Saison zu essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie am Abend noch einmal etwas Warmes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie vor dem Einschlafen noch etwas Besonderes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie wenig Appetit haben oder sich krank fühlen, was können Sie trotzdem essen/trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Lebensmittel (z.B.: Fleisch, ein bestimmtes Gemüse...), auf die Sie aus persönlichen Gründen gänzlich verzichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helfen Ihnen bestimmte Gerichte sich zeitlich gut zu orientieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche inhaltliche Änderungen/Ergänzungen würden Sie vornehmen?						
Essen Sie gerne in Gesellschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie am liebsten alleine im Zimmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besitzen Sie Geschirr/Besteck (z.B.: ein Häferl, ein Jausenmesser) aus/mit dem Sie gerne essen / trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist es für Sie wichtig, dass die Ausspeisung in abwechselnder Reihenfolge erfolgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde Ihnen eine spezielle Diät verordnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halten Sie die genannte Diätvorschrift ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie problemlos schlucken, auch wenn die Speisen aus verschiedenen Konsistenzen bestehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommen Sie beim Kauen mit Ihrer Zahnprothese zurecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie regelmäßig gehen Sie zum Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche inhaltliche Änderungen/Ergänzungen würden Sie vornehmen?						
<i>Diese Frage ist klar und verständlich formuliert:</i>			Für wie relevant erachten Sie diese Frage?			
	<i>ja</i>	<i>nein</i>	gar nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
Welcher besondere Duft nach Essen gehört zu Ihrer Kindheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welches Gericht wünschen Sie sich an Ihrem Geburtstag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welches Essen macht Weihnachten für Sie zum Heiligen Abend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie vor dem Essen ein gemeinsames Gebet sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche inhaltliche Änderungen/Ergänzungen würden Sie vornehmen?						

IV: Leitfaden für die Befragung

Berücksichtigung der Ernährungskultur ¹



Bewohner

- 1.) Wie sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden, sind Sie für Sie passend?
- 2.) Wird nach Ihren Wünschen bezüglich Essen gefragt (Vorlieben, Gewohnheiten)?
- 3.) Besteht ein Angebot an verschiedenen Getränken (auch Bier, Wein...)?
- 4.) Wird auf Ihre persönlichen Abneigungen Rücksicht genommen (persönliche oder kulturelle, religiöse Gründe)?
- 5.) Passt die Atmosphäre beim Essen für Sie (Speisesaal, Gesellschaft, Zimmer)?
- 6.) Sind Traditionen oder Rituale im Zusammenhang mit Essen für Sie von Bedeutung?
- 7.) Inwieweit trägt „alles rund ums Essen und Trinken“ zu Ihrem persönlichen Wohlbefinden bei?
- 8.) Haben Sie Wünsche /Anregungen oder möchten Sie sonst etwas bezüglich Essen und Trinken sagen?

¹ erstellt von Mag.a Claudia Steinegger



Pflegepersonen

- 1.) Macht die Befragung nach dem Essen und Trinken für die Bewohner Sinn?
- 2.) Werden die Ergebnisse der Befragungen in der Pflegeplanung und Küche berücksichtigt?
- 3.) Kann, beziehungsweise steigert die Berücksichtigung der Ernährungskultur aus Ihrer Sicht das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner?
- 4.) Gibt es positive und/oder negative Rückmeldungen von Bewohnern oder Angehörigen in Bezug auf das Essen und Trinken?
- 5.) Wie funktioniert die Weitergabe von Informationen im Team, wie wird auf Informationen die Sie weitergeben reagiert?
- 6.) Haben Sie sonstige Wünsche /Anregungen in Bezug auf den Ernährungskulturbogen?

² erstellt von Mag.a Claudia Steinegger

V: Gesamtbewertung des Ernährungskulturbogens
Fragebogen zur Praktikabilität

Sehr geehrte Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester!
Sehr geehrter Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger!
Sehr geehrte Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten!

Im Rahmen meiner Dissertation entwickelte und überprüfte ich aktuell den Ernährungskulturbogen (EKB) für den Langzeitpflegebereich in Österreich, Südtirol, Deutschland und der Schweiz.

Um das Ernährungsmanagement zu vervollständigen, wurde für Sie ein Ernährungskulturbogen nach Prioritäten, Anliegen, Wünschen und Vorstellungen entworfen, mit dem Sie auf einfühlsame Weise die Gewohnheiten und Bedürfnisse Ihrer Bewohnerinnen und Bewohner erfahren und so für eine optimale Pflegeplanung sorgen können.

Ihre Meinung zum beiliegenden EKB ist von großer Bedeutung, daher begutachten Sie bitte den Gesamtinhalt des EKB.

Die praktische Anwendbarkeit des EKB zu überprüfen ist von höchster Priorität. Bevor Sie die Fragen beantworten wird ersucht, den EKB noch mindestens einmal in der Praxis anzuwenden.

Auf den folgenden Seiten finden Sie den Fragebogen. Lesen Sie bitte jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie diese. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Den ausgefüllten anonymen Fragebogen senden Sie im beiliegenden, bereits adressierten Kuvert an mich zurück.

Ich danke Ihnen sehr für Ihre Mitarbeit!
Claudia Steinegger

Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Claudia Steinegger
Knappenhofgasse 16/2/6
8650 Kindberg
T: 0676/7452380

Gesamtbewertung des Ernährungskulturbogens (EKB nach Steinegger)

Sind die Fragen des Ernährungskulturbogens (EKB) zur Erhebung der individuellen Ernährungsbiografie aus Ihrer Sicht für die Pflegepraxis klar und verständlich formuliert?

nein eher nein eher ja ja

Kommentar:

Für wie relevant erachten Sie alle angeführten Fragen im EKB zur Erfassung der Ernährungsbiografie Ihrer Bewohner?

gar nicht ein wenig ziemlich sehr

Kommentar:

Bitte bewerten Sie nur die **praktische Anwendbarkeit** des Ernährungskulturbogens

1. Haben Sie vorher in einer anderen Langzeitpflegeeinrichtung gearbeitet, in der ein Ernährungskulturbogen verwendet wurde?

Nein
 Ja, in: _____

2. Wie viele Ernährungsbiografien haben Sie mit dem Ernährungskulturbogen erhoben?
 _____ (z.B. 5)

Bitte bewerten Sie die einzelnen Aussagen betreffend des EKB

3. Der EKB ermöglicht mir...	stimmt genau	stimmt eher	teils/ teils	stimmt kaum	stimmt nicht
3.1 ...eine sorgfältige Ernährungsbiografieerhebung der Bewohnerin/des Bewohners durchzuführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen					
3.2 ...die für die Bewohner wichtigen Essenszeiten zu finden und in die Pflegeplanung zu übertragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen					
3.3 ...die für die Bewohner zutreffenden Vorlieben/Gewohnheiten zu suchen und in die Essensplanung zu übertragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen					

3.4 ...eine individuelle Umgebungsgestaltung bei Bewohnern durchzuführen und auf Besonderheiten Rücksicht zu nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen					

	stimmt genau	stimmt eher	teils/teils	stimmt kaum	stimmt nicht
3.5...Traditionen der Bewohner zu bewahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen					
4. Der EKB kann angewendet werden, um die Pflegeplanung zu unterstützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen					
5. Der EKB kann als Lehrmaterial verwendet werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen					
6. Der EKB kann als Prüfwerkzeug zur Qualitätssicherung verwendet werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen					
7. Der Aufbau des EKB erleichtert die Datenerfassung zur Ernährungsbiografieerhebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen					
8. Wie viel Zeit haben Sie für das Ausfüllen des EKB benötigt?	Zeit bitte in Minuten angeben (z.B. 30 Minuten)				
	_____ Minuten				

9. Welche Stärken hat der EKB?

10. Welche Schwächen und Grenzen hat der EKB?

11. Wie kann die Anwendbarkeit des EKB in der Praxis verbessert werden?

Bitte bewerten Sie **Frage 12** nach dem Schulnotensystem

12. Ich gebe dem EKB die Gesamtnote	1	2	3	4	5
-------------------------------------	---	---	---	---	---

Fragen zu Ihrer Person

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an beziehungsweise ergänzen Sie!

1. **Geschlecht:** weiblich männlich

2. **Geburtsjahr:** 19_____

3. **Verfügen Sie über eine Zusatzqualifikation?**

Sonderausbildung _____ (z.B. Hygiene)

Weiterbildung _____ (z.B. basales und mittleres Pflegemanagement, Praxisanleiter)

Sonstige Qualifikation _____

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

VI: Kognitives Debriefing (Südtirol)

Rater	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Item										
1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0,78
2	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0,67
3	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0,78
4	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0,89
5	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0,89
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
9	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0,89
10	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0,56
Proportionen	0,60	0,90	1,00	0,40	0,70	1,00	1,00	1,00	1,00	
S-CVI										0,85

VII: CVI zur Klarheit/Verständlichkeit der Fragen (Südtirol)

Rater Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I-CVI
1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0,89
2	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0,78
3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0,89
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
8	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0,89
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
13	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0,89
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
15	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0,89
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
S-CVI/AVE: 0,97 S-CVI/UA: 0,76	0,84	1,00	0,92	1,00	0,96	1,00	1,00	1,00	1,00	

VIII: CVI zur Angemessenheit/Relevanz der Fragen (Südtirol)

Rater Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I-CVI
1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0,89
2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0,89
3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0,89
4	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0,89
5	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0,89
6	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0,67
7	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0,89
8	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0,67
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
10	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0,78
11	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0,89
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
13	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0,67
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
15	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0,78
16	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0,78
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
23	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0,33
24	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0,44
25	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0,67
S-CVI/AVE: 0,80 S-CVI/UA: 0,36	1,00	0,92	1,00	0,84	0,68	0,76	0,60	0,88	0,88	

IX: Kognitives Debriefing (Deutschland)

Rater Item	1	2	3	4	5	
1	1	1	1	0	1	0,80
2	1	1	1	0	1	0,80
3	1	1	1	0	1	0,80
4	1	1	1	0	1	0,80
5	1	1	1	0	1	0,80
6	1	0	1	0	1	0,60
7	1	1	1	1	1	1,00
8	1	1	1	0	1	0,80
9	1	1	1	1	1	1,00
10	1	0	1	0	1	0,60
Proportionen	1,00	0,80	1,00	0,20	1,00	
S-CVI						0,80

X: CVI zur Klarheit/Verständlichkeit der Fragen (Deutschland)

Rater Item	1	2	3	4	5	I-CVI
1	1	1	0	1	1	0,80
2	1	1	1	1	1	1,00
3	1	1	1	1	1	1,00
4	1	1	1	1	1	1,00
5	1	1	1	1	1	1,00
6	1	1	1	1	1	1,00
7	1	1	1	1	1	1,00
8	1	0	1	1	1	1,00
9	1	1	1	1	1	1,00
10	1	1	1	1	1	1,00
11	1	0	1	1	1	0,80
12	1	0	1	1	1	0,80
13	0	0	1	1	1	0,60
14	1	1	1	1	1	1,00
15	0	1	1	1	1	0,80
16	0	1	1	1	1	0,80
17	1	1	1	1	1	1,00
18	1	1	1	1	1	1,00
19	1	1	1	1	1	1,00
20	1	1	1	1	1	1,00
21	1	1	1	1	1	1,00
22	0	1	1	1	1	0,80
23	1	1	1	1	1	1,00
24	0	1	1	1	1	0,80
25	1	1	1	1	1	1,00
S-CVI/AVE: 0,93 S-CVI/UA: 0,68	0,80	0,88	0,96	1,00	1,00	

XI: CVI zur Angemessenheit/Relevanz der Fragen (Deutschland)

Rater Item	1	2	3	4	5	I-CVI
1	1	1	0	1	1	0,80
2	1	1	1	1	1	1,00
3	1	1	1	1	1	1,00
4	1	0	0	1	1	0,75
5	1	0	1	0	1	0,75
6	1	0	1	1	1	0,80
7	1	0	1	1	1	0,80
8	1	1	1	1	1	1,00
9	1	0	1	1	1	0,80
10	1	0	1	1	0	0,75
11	1	0	1	1	1	0,80
12	1	0	0	1	1	0,75
13	1	0	0	0	0	0,20
14	1	1	0	1	1	0,80
15	1	1	1	1	1	1,00
16	1	1	0	1	0	0,75
17	1	1	0	1	1	0,80
18	1	1	1	1	1	1,00
19	1	0	1	1	1	0,80
20	1	1	0	1	1	0,80
21	1	1	0	1	0	0,75
22	1	0	0	0	0	0,20
23	1	1	1	0	1	0,80
24	1	0	0	0	0	0,20
25	1	0	1	1	1	0,80
S-CVI/AVE: 0,72 S-CVI/UA: 0,20	1,00	0,48	0,56	0,80	0,76	

XII: Kognitives Debriefing (Österreich)

Rater	1	2	3	4	5	
Item						
1	1	1	1	0	1	0,80
2	1	1	1	0	1	0,80
3	1	1	1	0	1	0,80
4	1	1	1	0	1	0,80
5	1	1	1	0	1	0,80
6	1	1	1	0	1	0,80
7	1	1	1	0	1	0,80
8	1	1	1	0	1	0,80
9	1	1	1	0	1	0,80
10	1	1	1	0	1	0,80
Proportionen	1,00	1,00	1,00	0,00	1,00	
S-CVI						0,80

XIII: CVI zur Klarheit/Verständlichkeit der Fragen (Österreich)

Rater	1	2	3	4	5	I-CVI
Item						
1	1	1	1	1	0	0,80
2	1	1	1	1	1	1,00
3	1	1	0	1	1	1,00
4	1	1	1	1	1	1,00
5	0	1	1	1	1	1,00
6	1	1	1	1	1	1,00
7	1	1	1	1	1	1,00
8	0	1	0	1	1	1,00
9	0	1	1	1	1	1,00
10	0	1	1	1	1	1,00
11	1	1	1	1	1	0,80
12	1	1	1	1	1	0,80
13	1	1	0	1	1	0,60
14	1	1	1	1	1	1,00
15	1	1	1	1	1	0,80
16	1	1	1	1	1	0,80
17	1	1	1	1	1	1,00
18	0	1	1	1	1	1,00
19	0	1	0	1	1	1,00
20	0	1	1	1	1	1,00
21	0	1	1	1	1	1,00
22	1	1	1	1	1	0,80
23	1	1	1	1	1	1,00
24	1	1	1	1	1	0,80
25	1	1	1	1	1	1,00
S-CVI/AVE: 0.90 S-CVI/UA: 0.56	0,68	1,00	0,84	1,00	0,96	

XIV: CVI zur Angemessenheit/Relevanz der Fragen (Österreich)

Rater Item	1	2	3	4	5	I-CVI
1	1	1	0	0	1	0,60
2	0	1	0	1	1	0,60
3	0	1	0	1	1	0,60
4	0	1	0	1	1	0,60
5	0	1	1	1	0	0,60
6	0	0	1	1	0	0,40
7	0	0	0	0	1	0,20
8	0	1	1	0	1	0,60
9	0	1	0	1	1	0,60
10	0	1	1	1	1	0,80
11	0	1	1	1	1	0,80
12	0	1	1	1	1	0,80
13	0	0	0	0	1	0,20
14	0	1	1	1	1	0,80
15	0	1	1	1	1	0,80
16	0	0	1	0	1	0,40
17	0	1	1	1	1	0,80
18	0	1	1	1	1	0,80
19	0	1	1	1	1	0,80
20	0	1	1	1	1	0,80
21	0	1	1	1	1	0,80
22	1	1	1	1	1	1,00
23	1	1	1	0	1	0,80
24	1	0	1	0	0	0,40
25	1	1	1	1	0	0,80
S-CVI/AVE: 0.66 S-CVI/UA: 0.04	0,20	0,80	0,72	0,72	0,84	

XV: Kognitives Debriefing (Schweiz)

Rater Item	1	2	3	4	5	
1	1	0	1	1	0	0,60
2	1	1	1	1	1	1,00
3	1	1	1	1	1	1,00
4	1	1	1	1	1	1,00
5	1	1	1	1	1	1,00
6	1	1	1	1	1	1,00
7	1	1	1	1	0	0,80
8	1	1	1	1	1	1,00
9	1	1	1	1	1	1,00
10	0	1	1	1	1	0,80
Proportionen	0,90	0,90	1,00	1,00	0,80	
S-CVI						0,92

XVI: CVI zur Klarheit/Verständlichkeit der Fragen (Schweiz)

Rater Item	1	2	3	4	5	6	I-CVI
1	1	1	1	0	1	1	0,83
2	1	0	1	1	1	1	0,83
3	1	1	1	1	1	1	1,00
4	1	0	1	1	1	1	0,83
5	1	1	1	1	1	1	1,00
6	1	1	1	1	1	1	1,00
7	1	1	1	1	1	1	1,00
8	1	1	1	1	1	1	1,00
9	1	1	1	1	1	1	1,00
10	1	1	1	1	1	1	1,00
11	1	1	1	1	1	1	1,00
12	1	1	1	1	1	1	1,00
13	1	1	0	1	0	1	0,66
14	1	1	1	1	1	1	1,00
15	1	1	0	1	1	1	0,83
16	1	1	1	1	0	1	0,83
17	1	1	1	1	1	1	1,00
18	1	1	1	1	1	1	1,00
19	1	1	1	1	1	1	1,00
20	1	1	1	1	1	1	1,00
21	1	1	1	1	1	1	1,00
22	1	1	1	1	1	1	1,00
23	1	1	1	1	1	1	1,00
24	0	1	0	0	0	1	0,33
25	1	0	1	1	1	1	0,83
S-CVI/AVE: 0,97 S-CVI/UA: 0,76	0,96	0,88	0,88	0,92	0,88	1,00	

XVII: CVI zur Angemessenheit/Relevanz der Fragen (Schweiz)

Rater Item	1	2	3	4	5	6	I-CVI
1	1	1	1	1	1	1	1,00
2	1	1	1	1	1	1	1,00
3	0	1	1	1	1	1	0,83
4	1	1	0	0	0	1	0,50
5	1	1	0	1	1	1	0,83
6	1	1	1	1	1	1	1,00
7	0	1	1	0	1	1	0,67
8	1	1	1	0	1	1	0,83
9	0	1	1	0	1	1	0,67
10	1	1	1	1	1	1	1,00
11	1	1	1	1	1	1	1,00
12	1	1	1	1	1	1	1,00
13	0	1	0	0	0	1	0,67
14	1	1	1	1	1	1	1,00
15	1	1	1	1	1	1	1,00
16	1	1	0	0	0	1	0,50
17	1	1	1	0	1	1	0,83
18	1	0	1	0	1	1	0,67
19	1	1	1	1	1	1	1,00
20	1	1	1	1	1	1	1,00
21	1	1	0	0	1	1	0,67
22	1	0	0	1	1	1	0,67
23	1	1	1	1	1	1	1,00
24	1	1	1	1	1	1	1,00
25	0	1	1	1	0	1	0,67
S-CVI/AVE: 0,81 S-CVI/UA: 0,48	0,80	0,92	0,76	0,64	0,84	1,00	

XVIII: Der Ernährungskulturbogen

Ernährungskultur

Erhebung der Ernährungsbiografie

Name der Bewohnerin oder des Bewohners:

Geschlecht: weiblich männlich

Geboren im Jahr:

Biografieerhebung durchgeführt von DGKP: am:

Aktualisierung durch DGKP: am:



Erläuterungen

Bevor Sie die erste Biografie erheben, lesen Sie den Bogen zuvor bitte in Ruhe durch.

Sollte eine oder auch mehrere Fragen für Ihre Bewohnerinnen und Bewohner von Bedeutung sein, die sie nicht auf dem Bogen finden, stellen Sie bitte auch diese Fragen und vermerken Sie sowohl Frage als auch Antwort auf dem Zusatzblatt.

Geschlossene Fragen dienen der Annäherung an die Vorlieben der jeweiligen Bewohner. Nutzen Sie das Platzangebot für die erweiterten Ausführungen.



Platz für Notizen

(...)

In Klammer sind jeweils einige Beispiele angeführt, bitte auch auf Ihre persönlichen Erfahrungen und Anregungen sowie Möglichkeiten des Hauses zurückgreifen.









*

Frage 18: Hinweise können für die Anwendung von basaler/oraler Stimulation bedeutend sein.

Hinweise:

Notizen für die Pflegeplanung oder Küche sowie weitere Informationen der Bewohnerinnen und Bewohner bitte auf dem Zusatzblatt vermerken.

Ernährungskultur			
1) Essenszeiten	In unserer Institution übliche Essenszeiten	Bisher gewohnte Essenszeit der Bewohnerin/des Bewohners	<i>Evaluation Pflege/Küche/Verwaltung:</i> Ist eine Anpassung an die Gewohnheiten der Bewohner nötig?
Frühstück			
Mittagessen			
Abendessen			
2) Möchten Sie eine Zwischenmahlzeit am Vormittag? <i>(Wenn ja, welche?)</i>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3) Möchten Sie Kuchen oder Dessert zu Tee oder Kaffee am Nachmittag? <i>(Gewünschtes bitte unterstreichen)</i>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4) Essen Sie am Abend gerne noch einmal etwas Warmes? <i>(z.B: Suppe, Milchspeise...)</i>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5) Soll ein Imbiss oder ein Getränk für die Nacht bereitgestellt werden? <i>(Wenn ja, was?)</i>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6) Wie viel trinken Sie üblicherweise täglich? <i>(Angaben in Milliliter oder Liter)</i>			
7) Was trinken Sie am liebsten bzw. was möchten Sie gerne als täglichen Durststiller? 			
8) Was ist Ihr persönliches Lieblingsgericht? 			
9a) Bevorzugen Sie heimische Gerichte? 		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9b) Legen Sie Wert auf Lebensmittel aus der Region? 		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9c) Legen Sie Wert auf Lebensmittel, die es zur jeweiligen Jahreszeit gibt? 		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10) Gibt es etwas, was Sie aus persönlichen Gründen gar nicht essen oder trinken? 			
11) Wenn Sie wenig Appetit haben oder sich krank fühlen, was können bzw. möchten Sie trotzdem essen oder trinken? <i>(z.B: Hühnersuppe, Haferflockensuppe, Tee...)</i> 			

12a) Wurde Ihnen eine Diät verordnet? <i>(Wenn ja, welche?)</i> 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12b) Halten Sie die genannte Diätvorschrift ein? <i>(Wenn nein, woran liegt es?)</i> 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13a) Verschlucken Sie sich beim Essen? <i>(z.B: Schnittlauch in der Suppe, Reis, Salat,...)</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13b) Verschlucken Sie sich beim Trinken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14a) Haben Sie Schmerzen oder sonstige Probleme beim Kauen? <i>(z.B: Zahnprothese zu groß, schmerzhaft...)</i> 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14b) Wann war die letzte Kontrolle beim Zahnarzt? 		
15) Möchten Sie <i>(alleine)</i> im Zimmer essen? <i>(Wenn ja, gilt das für jede Mahlzeit?)</i> 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
16a) Sprechen Sie vor dem Essen ein Gebet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
16b) Möchten Sie gerne in der Gruppe beten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
17) Möchten Sie aktiv teilnehmen und z.B. den Tisch dekorieren, decken oder abräumen...? <i>(Wenn ja, gewünschte Aktivität?)</i> 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
*18) Welcher Duft nach Essen erinnert Sie an besondere oder an schöne Zeiten? <i>(Kindheit, Elternhaus, Jahreszeit,...?)</i> 		
19) Was möchten Sie sonst noch rund um Ihre Ess- und Trinkgewohnheiten erzählen? <i>(Zur Anregung: Mit welchem Essen wurden Geburtstage, Ostern, Weihnachten gefeiert? Waren und sind Fastenzeiten ein Thema...?)</i> 		

Platz für freies Erzählen der Bewohnerinnen und Bewohner sowie
Notizen für die Pflegeplanung oder Informationen für die Küche

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen habe.

Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Es ist mir bekannt, dass ich den Dokortitel nicht führen kann, bevor mir die Promotionsurkunde bzw. eine vorläufige Bescheinigung gemäß § 15 der Promotionsordnung ausgehändigt wurde.

Mag. M. Steingger

Lebenslauf

Mag.^a Claudia Steinegger

Geboren am 22.07.1968 in Mürzzuschlag, Österreich

Schulischer, beruflicher Werdegang

- 2003-2006 Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Leoben
- 2006-2007 Tätigkeit als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester am Landeskrankenhaus Bruck/Mur
- 2007-2009 Tätigkeit als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester beim Sozialmedizinischen Pflegedienst
- 2009-2010 Berufsreifeprüfung
- 2009-dato Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Leoben
- 2009-2014 Selbstständig erwerbstätig in der Qualitätssicherung der Häuslichen Pflege

Akademischer Werdegang

- 2007- 2009 Universitätslehrgang für Lehrerinnen und Lehrer der Gesundheits- und Krankenpflege des Landes Steiermark in Kooperation mit der Karl – Franzens – Universität Graz
- 2010-2012 Studium Pflegewissenschaft mit Schwerpunkt Pflegemanagement an der UMIT-Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik Wien. Diplomarbeit: Ein Essbiografiebogen für den Langzeitpflegebereich, Entwicklung und Überprüfung der Inhaltsvalidität und Praktikabilität
- 2013-2016 Doktorandin an der Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg. Promotionsstudiengang Gesundheits- und Pflegewissenschaften: Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie

Mag. C. Steinegger

Danksagung

Mein erster Dank gilt den teilnehmenden Langzeitpflegeeinrichtungen, deren Pflegedienstleitungen und Pflegeexperten für die Bereitschaft und Bewilligung an der Teilnahme sowie die zahlreichen konstruktiven Gespräche und Anregungen. Ohne die fantastische Unterstützung der durchführenden Pflegepersonen sowie die bereitwilligen Bewohnerinnen und Bewohner wäre die Realisierung meines Forschungsvorhabens nicht möglich gewesen. Vielen herzlichen Dank dafür.

Ein besonderer Dank geht an all jene Personen, die am Gelingen dieser Arbeit beteiligt waren. Frau Prof. Dr. Gabriele Meyer und PD Dr. rer. medic. Gero Langer für die Betreuung während der gesamten Dissertationszeit, Herrn Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens und Herrn PD Dr. Andreas Weber, MPH. Dr. phil. habil., Master of Public Health für die Unterstützung und die wertvollen Gespräche, Kritiken, Anregungen und Ermutigungen.

Was die Expertise zur Entwicklung und Überprüfung von Assessmentinstrumenten angeht, gilt mein spezieller Dank Herrn Ass.-Prof. Mag. Dr. Gerhard Müller, MSc. Die Hinweise, Anstöße, konstruktiven Vorschläge sowie die mentale Unterstützung gingen weit über jede „Pflicht“ hinaus.

Ein ebenso tief ausgesprochenes Dankeschön geht an Marvin Kemmler für die Gestaltung des Bildes und designen des gesamten Bogens sowie an Klaus Krainer für seine engagierte Leistung beim lektorieren meiner Dissertationsschrift.

Berufliche Ziele, Ehrgeiz und Erfolg sind schön und wichtig, haben jedoch den Beigeschmack von knapper Freizeit, Verzicht, Entbehrung und begrenzter Bedeutung. Die wahren Werte des Lebens sind weder finanziell, örtlich noch zeitlich begrenzt, sie liegen im Herzen, geprägt durch Menschen von unsagbarer Bedeutung.

Danke für die tiefe Verbundenheit, Nähe, Treue und Freiräume.

Danke meine Familie! Danke meine Freunde!