

**Inwiefern kann der Einsatz farbiger Teller als  
verhaltenstherapeutische Intervention die  
Nahrungsaufnahme und das Essverhalten älterer Menschen  
mit Ernährungsdefizit positiv beeinflussen?**

Abschlussarbeit zur Erlangung des akademischen Grades  
Bakkalaurea der Psychotherapiewissenschaft  
an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien  
Fakultät für Psychotherapiewissenschaft

eingereicht von

Julia Tschitscherina

62201800

betreut von

Univ.-Doz. Dr. Gerald Gatterer

Wien, im März 2026



## **Abstrakt**

Diese Arbeit untersucht, inwiefern individuell gewählte, farbige Teller als verhaltenstherapeutische Intervention die Nahrungsaufnahme und das Essverhalten älterer Bewohnerinnen mit diagnostiziertem Ernährungsdefizit positiv beeinflussen können. Über fünf Monate wurden fünf Bewohnerinnen in einem Pflege- und Betreuungszentrum begleitet. Die Intervention bestand in der Nutzung eines selbst gewählten farbigen Tellers, der bei den Mahlzeiten verwendet wurde. Erhoben wurden leitfadengestützte Kurzgespräche, Beobachtungsnotizen des Pflegepersonals, Gewichtsverläufe sowie subjektive Mahlzeitenbewertungen. Die qualitative Auswertung erfolgte in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring; die quantitativen Verläufe wurden deskriptiv berichtet. Die Ergebnisse deuten auf drei Wirkpfade: (1) Kontrast erleichtert den Essbeginn, (2) Autonomie („mein Teller“) steigert Motivation und Kooperation, (3) soziale bzw. ritualisierte Aufwertung wirkt positiv verstärkend. Insgesamt zeigten sich überwiegend stabile Gewichte und vereinzelt Verbesserungen. Die Befunde passen zu Stimulus-Kontrolle und positiver Verstärkung sowie Milieugestaltung im Alter.

## **Abstract**

This study examines whether individually chosen colored plates can improve food intake and eating behavior in older residents with diagnosed nutritional deficits. Five residents participated in a five-month observational study in a nursing home. Each selected a colored plate for use during mealtimes. Data included guided interviews, nursing staff observations, weight measurements and subjective meal ratings. Qualitative data were analyzed following Mayring's approach. Weight trends were examined descriptively. Three pathways emerged: (1) improved visibility/contrast facilitated starting to eat, (2) autonomy and dignity (“my plate”) increased motivation and cooperation, and (3) social and ritualized appreciation provided positive reinforcement. Weight was mostly stable and improved in some cases. The findings align with behavioral therapy principles (stimulus control, positive reinforcement) and environmental design in later life.

**Keywords**

Deutsch: farbige Teller, Nahrungsaufnahme, Essverhalten, Milieugestaltung, Verhaltenstherapie

English: colored plates, food intake, eating behavior, environmental design, behavioral therapy

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	6
1.1. Problemstellung .....	6
1.2. Ausgangslage und bisherige Ansätze .....	7
1.3. Fragestellung und Zielsetzung .....	9
1.4. Einbettung in die Verhaltenstherapie .....	9
1.5. Aufbau der Arbeit .....	11
2. Theoretischer Rahmen .....	12
2.1. Altern, Ernährung und psychosoziale Faktoren im höheren Lebensalter .....	12
2.1.1. Mangelernährung und Ernährungsdefizit bei älteren Menschen .....	13
2.2. Essen als Verhalten: verhaltenstherapeutische Perspektive .....	14
2.2.1. Farben, Wahrnehmung und Essverhalten .....	17
2.3. Milieugestaltung, Würde und Teilhabe im Alter .....	18
2.3.1. Modellannahme der vorliegenden Arbeit .....	19
3. Methodik .....	21
3.1. Studiendesign .....	21
3.1.1. Stichprobe .....	21
3.2. Intervention .....	22
3.3. Quantitative Verlaufsdaten .....	24
3.3.1. Medikationsdaten .....	25
3.4. Auswertung .....	25
3.4.1. Ethische Überlegungen .....	27
4. Ergebnisse .....	29
4.1. Qualitative Ergebnisse (Inhaltsanalyse nach Mayring) .....	29
4.1.1. Sichtbarkeit des Essens und Appetit .....	30
4.1.2. Autonomie, persönlicher Besitz und emotionale Aufwertung („mein Teller“)	30
.....	30
4.1.3. Soziale und ritualisierte Bedeutung des Essens .....	31
4.2. Quantitative Ergebnisse .....	32
4.2.1. Gewichtsverläufe .....	32
4.2.2. Subjektive Bewertung der Mahlzeiten (Schulnotenskala 1-5) .....	33
4.3. Einflussfaktoren und Grenzen der Interpretation .....	34

5. Diskussion .....	36
5.1. Einordnung der zentralen Ergebnisse .....	36
5.1.1. Subjektive Wirkung und körperliche Verläufe.....	38
5.2. Bedeutung für die Verhaltenstherapie mit alten Menschen.....	40
5.2.1. Limitationen der Studie .....	41
5.2.2. Implikationen für die Praxis .....	42
5.3. Ausblick.....	43
6. Fazit .....	44
Literaturverzeichnis .....	46
Anhang .....	48

# 1. Einleitung

## 1.1. Problemstellung

Mangelernährung im höheren Lebensalter ist seit Jahren als relevantes gesundheitsbezogenes Risiko beschrieben. Sie wirkt sich auf körperliche, kognitive und physische Funktionen aus und ist mit erhöhter Morbidität, Mortalität und funktionellen Einschränkungen, verzögerter Wundheilung, höherer Pflegeabhängigkeit und reduzierter Lebensqualität verbunden (Volkert et al., 2019; Volkert et al., 2022). Aus pflegepraktischer Sicht zeigt sich Mangelernährung selten als isoliertes Phänomen, sondern häufig eingebettet in einen komplexen Alltag aus nachlassendem Appetit, chronischen Erkrankungen, Schmerzen, Polypharmazie, kognitiven Veränderungen, emotionalen Faktoren wie Trauer oder Depression und organisationalen Rahmenbedingungen in stationären Pflegeeinrichtungen. Essen wird dadurch nicht nur zur physiologischen Notwendigkeit, sondern zu einem zentralen Ansatzpunkt pflegerischer und therapeutischer Maßnahmen. Volkert et al. (2019, S. 11) betonen: „Oral nutrition does not only provide nutrients, but has significant psychological and social functions.“

Gerade in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen stellt Mangelernährung eine wiederkehrende Herausforderung dar. Bewohner\*innen nehmen häufig weniger Nahrung zu sich als erforderlich wäre, um ihr Gewicht, ihre Muskelmasse und damit ihre Selbstständigkeit zu erhalten. Klassische Interventionen in diesem Bereich verfolgen in der Regel zwei Strategien: Zum einen die Anreicherung der Mahlzeiten (z. B. hochkalorische Zusätze, Trinknahrung), zum anderen die intensivierete Essbegleitung durch Pflegepersonal, also eine eher direkte Unterstützung von außen (Volkert et al., 2019; Volkert et al., 2022). Beide Ansätze sind etabliert, aber sie geraten in der Praxis schnell an Grenzen. Einerseits werden sie von Betroffenen nicht immer akzeptiert (Trinknahrungen werden als „medizinisch“ oder „unangenehm süß“ beschrieben), andererseits sind sie zeitintensiv und im Heimalltag nicht immer durchgängig umsetzbar. Zusätzlich adressieren sie oft nur die Menge, nicht das Verhalten rund um das Essen, also z. B. Motivation, Eigenaktivität und emotionale Beteiligung.

Die vorliegende Arbeit setzt bei einer alltagsnahen, niedrigschwelligen Intervention an, die ohne zusätzliche Aufforderung oder Kontrolle auskommt, zugleich jedoch verhaltenstherapeutisch begründbar ist. Untersucht wird, ob und inwiefern der gezielte Einsatz farbiger Teller die Nahrungsaufnahme sowie das beobachtbare Essverhalten älterer Menschen mit diagnostiziertem Ernährungsdefizit unterstützt. Der Fokus liegt damit weniger auf einer externen Steigerung der Nahrungsmenge als auf einer Kontextgestaltung, die den Essbeginn erleichtert und die Esssituation subjektiv zugänglicher macht.

Die vorliegende Untersuchung fand in Kooperation mit dem Pflege- und Betreuungszentrum Pottendorf statt und erstreckte sich über einen Zeitraum von fünf Monaten. Untersucht wurde eine Gruppe älterer Frauen, bei denen bereits ein Ernährungsdefizit diagnostiziert war. Diese Bewohnerinnen gelten aus pflegerischer und therapeutischer Sicht als besonders vulnerabel: Sie sind in einem Alter und Gesundheitszustand, in dem weiterer Gewichtsverlust unmittelbare funktionelle Konsequenzen haben kann; gleichzeitig sind Motivation, Genussfähigkeit und Selbstbestimmung oft eingeschränkt. Die Intervention setzt an der Schnittstelle von Vulnerabilität und dem Bedürfnis nach Selbstwirksamkeit an.

## **1.2. Ausgangslage und bisherige Ansätze**

Die gängige Praxis mit Mangelernährung in Pflegeeinrichtungen folgt häufig einem eher medizinisch-ernährungsphysiologischen Paradigma. Nahrung wird angereichert, Kalorien werden gezählt, Gewichtsverläufe werden dokumentiert. Das ist sinnvoll und notwendig. Was allerdings in der Versorgung älterer, teilweise kognitiv eingeschränkter Menschen manchmal zu kurz kommt, sind psychologische und verhaltenstherapeutische Perspektiven auf Essen als Verhalten im Kontext (Gatterer, 2003; Linden & Hautzinger, 2013). Essen geschieht nicht im luftleeren Raum, sondern in einer bestimmten Umgebung (Tisch, Geschirr, Beleuchtung, Anordnung) unter bestimmten sozialen Bedingungen (allein essen vs. in Gemeinschaft, unter Beobachtung, in Ruhe oder unter Zeitdruck) und unter bestimmten inneren Bedingungen (Appetit, Stimmung, Aufmerksamkeit, Erleben von Autonomie).

In der gerontopsychiatrischen und gerontopsychologischen Versorgung, etwa in der Demenzpflege, gibt es Hinweise darauf, dass Veränderungen der Umgebungsgestaltung (z. B. Farbkontraste, Tischgestaltung, Beleuchtung) einen Einfluss auf Essverhalten haben können (Gatterer & Croy, 2020). Ein klassisches Beispiel ist der Einsatz stark kontrastierender Tellerfarben, um Speisen für Personen mit visuellen Einschränkungen oder kognitiven Orientierungsstörungen besser wahrnehmbar zu machen. Erste Untersuchungen deuten darauf hin, dass Personen mit Demenz auf farbige Teller (z. B. rote Teller) häufig mehr essen als auf herkömmlichen herkömmlichen weißen Geschirr, vermutlich, weil der Kontrast zwischen Speise und Untergrund stärker ins Auge fällt und das Essen dadurch „sichtbarer“ wird (Dunne et al., 2004; Donnelly et al., 2020). Diese Erkenntnisse sind hinweisgebend, aber sie sind zugleich spezifisch: Sie stammen oft aus Demenz-Settings, sie nutzen meist einheitliche Farben (z. B. „alle bekommen rot“), und sie betrachten den Effekt eher deskriptiv.

Was bislang weniger berücksichtigt wurde, ist die Frage nach der Individualisierung und psychologischer Bedeutsamkeit. Ältere Menschen verlieren im Heimalltag oft Kontrolle über kleine Alltagsentscheidungen. Die Auswahl eines eigenen Tellers, inklusive Wunschfarbe, könnte mehr sein als ein bloßer sensorischer Reiz. Sie könnte eine Form der Selbstbestimmung darstellen („Das ist mein Teller“), die wiederum Essmotivation und Kooperationsbereitschaft beeinflusst. Diese Ebene betrifft nicht mehr nur Wahrnehmbarkeit von Nahrung (visuelle Ebene), sondern emotionale Einbettung (ästhetische Vorliebe, Vertrautheit, Wertschätzung) und verhaltensnahe Aktivierung (Aufmerksamkeit wird ans Essen gebunden).

Damit öffnet sich ein Feld, das sowohl geriatrisch/pflegerisch als auch psychotherapiewissenschaftlich relevant ist: Kann eine minimal-invasive Umweltmodifikation, in diesem Fall ein Teller in einer persönlich bevorzugten Farbe dazu beitragen, dass Menschen mit Mangelernährung wieder eher und regelmäßiger essen?

### **1.3. Fragestellung und Zielsetzung**

Die zentrale Forschungsfrage dieser Arbeit lautet:

Inwiefern kann der Einsatz farbiger Teller als verhaltenstherapeutische Intervention die Nahrungsaufnahme und das Essverhalten älterer Menschen mit Ernährungsdefizit positiv beeinflussen?

Daraus ergeben sich zwei Zielbereiche:

#### **1. Quantitativer Zielbereich (Nahrungsaufnahme):**

Es soll beobachtet werden, ob und in welchem Ausmaß sich Parameter wie Essmengen und Körpergewicht während des fünfmonatigen Beobachtungszeitraums verändern. Damit ist gemeint: Bleibt die Nahrungsaufnahme gleich, nimmt sie ab oder lässt sich ein positiver Trend erkennen?

#### **2. Qualitativer Zielbereich (Essverhalten):**

Es soll erhoben werden, wie die Bewohnerinnen ihr eigenes Essverhalten und die Esssituation subjektiv erleben. Dazu zählen Aspekte wie Appetit („Ich habe wieder Lust zu essen“), Genuss („Es schaut gut aus“), Aufmerksamkeit („Ich sehe das Essen besser“), emotionale Bindung („Der Teller gehört mir“) sowie Kooperation mit pflegerischen Mahlzeitangeboten.

Die Arbeit verfolgt keine experimentelle Hypothesenprüfung im strengen Sinn eines randomisierten Kontrollgruppendesigns. Stattdessen wird explorativ geprüft, ob sich im Interventionszeitraum Anzeichen dafür zeigen, dass farbige Teller die Reiz- und Handlungssituation beim Essen gezielt verändern. Dabei wird betrachtet, ob sich Effekte im beobachtbaren Verhalten (z. B. Nahrungsaufnahme) und/oder in der subjektiven Erfahrung (z. B. Essmotivation) zeigen.

### **1.4. Einbettung in die Verhaltenstherapie**

Verhaltenstherapie versteht Verhalten grundsätzlich als Ergebnis von Lernprozessen und situativen Bedingungen (Linden & Hautzinger, 2013). Essen wird in diesem Verständnis nicht nur biologisch, sondern auch als erlerntes, kontextabhängiges Verhalten betrachtet.

Klassische verhaltenstherapeutische Techniken wie Stimulus-Kontrolle, Reizexposition, Verstärkung, Strukturierung von Alltagssituationen zielen darauf ab, Bedingungen so zu gestalten, dass gewünschtes Verhalten wahrscheinlicher wird (Linden & Hautzinger, 2013).

Der Einsatz farbiger Teller lässt sich als Reizmodifikation im Sinne der Stimulus-Kontrolle verstehen: Farbe und Kontrast können die Aufmerksamkeit stärker auf die Mahlzeit lenken und den Essbeginn erleichtern. Darüber hinaus kann die ästhetische und personale Aufwertung („persönlich“, „schön“) als positive Verstärkung wirken. Schließlich kann bereits die Wahl der Tellerfarbe als kleine, aber bedeutsame Autonomieerfahrung in einem stark fremdbestimmten Setting verstanden werden.

Die Möglichkeit, sich selbst eine Tellerfarbe auszusuchen, kann im hohen Alter bedeutsam sein, gerade in institutionalisierten Settings. Das Gefühl „Das ist mein Teller, ich habe mich entschieden“ kann als kleine Form der Selbstbestimmung erlebt werden. Volkert et al. (2019) betonen, dass der Wille und die Präferenzen der Patient\*innen höchste Priorität haben (S. 11). In der Gerontopsychologie wird wiederholt darauf hingewiesen, dass erlebte Kontrolle über alltägliche Details eine Ressource für Motivation, Orientierung und emotionale Stabilität darstellen kann (Gatterer, 2003). Diese Perspektive spricht dafür, den farbigen Teller nicht nur als Geschirr, sondern als personalisiertes Element der Mahlzeitsituation zu verstehen.

Die Intervention „farbiger Teller“ wird in dieser Arbeit daher nicht primär als pflegerische Maßnahme, sondern ausdrücklich als verhaltenstherapeutische Intervention betrachtet. Das ist wichtig, weil es die psychotherapiewissenschaftliche Relevanz klärt: Verhaltenstherapie bei hochaltrigen Menschen, insbesondere in stationären Pflegekontexten, muss häufig nonverbal, milieugestützt und niedrigschwellig arbeiten. Sie kann nicht voraussetzen, dass komplexe Einsichten erarbeitet oder langfristige Übungspläne umgesetzt werden. Stattdessen versucht sie, konkrete Alltagssituationen so zu verändern, dass hilfreiches Verhalten (hier: ausreichendes Essen) wieder wahrscheinlicher wird und sich stabilisiert.

## **1.5. Aufbau der Arbeit**

Die Arbeit gliedert sich in sechs Kapitel.

Kapitel 1 führt in die Problemstellung ein, stellt die Forschungsfrage vor und verortet den Ansatz im verhaltenstherapeutischen Rahmen.

Kapitel 2 liefert den theoretischen Hintergrund. Es werden Grundlagen des Alterns, die Bedeutung von Ernährungsdefiziten im Alter, Essen als verhaltensgesteuertes Verhalten sowie Ansätze der Farb- und Milieugestaltung dargestellt. Zudem wird die mögliche Rolle individueller Farbauswahl über Wahrnehmung, Emotion und Autonomie diskutiert unter Einbeziehung gerontopsychologischer Literatur.

Kapitel 3 beschreibt die Methodik. Dargestellt werden Studiendesign, Stichprobe, Setting (Pflege- und Betreuungszentrum Pottendorf), die Intervention (farbige Teller in den Farben Dunkelblau, Türkis, Gelb, Grün und Rosa), die Datenerhebung (qualitative Interviews/Beobachtungen sowie quantitative Messungen wie Gewichtsentwicklung) und das Auswertungsverfahren nach Mayring.

Kapitel 4 dokumentiert die Ergebnisse. Einerseits werden die qualitativen Kategorien aus der Inhaltsanalyse nach Mayring vorgestellt, gestützt durch exemplarische Aussagen der Bewohnerinnen. Andererseits werden die quantitativen Beobachtungen zur Nahrungsaufnahme und Gewichtsentwicklung über den fünfmonatigen Zeitraum beschrieben.

Kapitel 5 diskutiert diese Ergebnisse im Lichte des theoretischen Rahmens. Dabei geht es um die Frage, wie die beobachteten Effekte verhaltenstherapeutisch verstanden werden können, welche Faktoren möglicherweise zusätzlich gewirkt haben (z. B. medikamentöse Veränderungen, Zuwendung durch das Personal) und wo Grenzen der Interpretierbarkeit bzw. Übertragbarkeit liegen.

Kapitel 6 fasst die zentralen Befunde zusammen, leitet Implikationen für die Praxis ab und gibt einen Ausblick auf mögliche zukünftige Forschung zur alltagsnahen verhaltenstherapeutischen Unterstützung von Menschen mit Ernährungsdefizit im Alter. Anschließend folgen Literaturverzeichnis und Anhang.

## **2. Theoretischer Rahmen**

### **2.1. Altern, Ernährung und psychosoziale Faktoren im höheren Lebensalter**

Altern ist ein bio-psycho-soziales Geschehen: körperliche Multimorbidität, nachlassende Reserven, sensorische Einbußen sowie emotionale und soziale Veränderungen greifen ineinander. Mangelernährung im höheren Lebensalter ist dabei mit funktionellem Abbau, erhöhter Morbidität sowie Mortalität, Stürzen, Infekten und längeren Genesungsphasen assoziiert. Leitlinien empfehlen ein frühzeitiges Screening sowie alltagsnahe, möglichst niedrigschwellige Unterstützung der oralen Nahrungsaufnahme, bevor invasive Maßnahmen erwogen werden (Volkert et al., 2019; Volkert et al., 2022). Sensorische Veränderungen, insbesondere beeinträchtigte Geruchs-/Geschmackwahrnehmung und reduzierte Kontrastwahrnehmung, erschweren zusätzlich die appetitliche Wahrnehmung von Speisen und erhöhen damit die Einstiegshürde ins Essen (Volkert et al., 2019).

Parallel dazu verändern sich sensorische Fähigkeiten. Viele ältere Menschen berichten über verminderten Geschmacks- und Geruchssinn. Auch die visuelle Wahrnehmung verändert sich: Kontraste werden schlechter erkannt, Farben werden anders wahrgenommen, insbesondere bei nachlassender Sehschärfe, Katarakt oder anderen ophthalmologischen Diagnosen. Dies kann sich unmittelbar auf das Essverhalten auswirken. Wenn das Essen am Teller nicht klar erkennbar ist, wirkt es weniger ansprechend. Wenn einzelne Komponenten einer Mahlzeit im Teller visuell weniger differenzierbar sind, kann das Interesse, überhaupt zu beginnen, deutlich sinken.

Die emotionale Lage spielt ebenfalls eine Rolle. Appetitverlust im Alter tritt nicht nur durch körperliche Erkrankungen auf, sondern auch durch depressive Verstimmungen, Einsamkeit, Trauerprozesse, kognitive Überforderung in Gruppensituationen oder

sozialen Rückzug. In Langzeitpflegeeinrichtungen entsteht Essen dadurch leicht als Pflichtakt (z. B. sinngemäß: „Man muss was essen“), statt als positiv besetztes Ritual. Das führt in der Praxis dazu, dass Bewohner\*innen Mahlzeiten zwar vor sich haben, aber nicht aktiv aufnehmen.

Zusammenfassend zeigt sich: Essverhalten im höheren Lebensalter ist nicht allein durch Hunger erklärbar, sondern durch das Zusammenspiel von Wahrnehmung, Stimmung, Kontextbedingungen und Autonomieerleben.

Diese Einbettung für die vorliegende Arbeit ist zentral, weil hier nicht davon ausgegangen wird, dass mangelnde Nahrungsaufnahme einfach ein Ausdruck von „keinem Hunger“ ist. Es geht vielmehr um die Frage, ob die Gestaltung des Esskontextes – konkret der Teller – helfen kann, ein ungünstiges Zusammenspiel aus eingeschränkter Wahrnehmung, niedriger Motivation und erlebter Fremdbestimmtheit zu durchbrechen.

### **2.1.1. Mangelernährung und Ernährungsdefizit bei älteren Menschen**

In der Pflegepraxis wird von Mangelernährung bzw. Ernährungsdefizit gesprochen, wenn ein älterer Mensch über einen definierten Zeitraum deutlich weniger Energie und Nährstoffe zu sich nimmt als erforderlich, um seinen funktionellen Status zu halten, oder wenn bereits ein relevanter (ungewollter) Gewichtsverlust dokumentiert wurde. Bei älteren Menschen gelten andere Schwellenwerte als bei jüngeren Erwachsenen, weil Faktoren wie Sarkopenie (Verlust an Muskelmasse und Muskelkraft) und Gebrechlichkeit (Frailty) stärker ins Gewicht fallen als der reine Body-Mass-Index.

Die Ursachen eines Ernährungsdefizits im Alter sind multifaktoriell:

- Medizinisch: Schluckstörungen, Kauprobleme durch Zahnstatus oder Prothesen, chronische Schmerzen, Übelkeit, Obstipation, Infekte, Multimorbidität.
- Pharmakologisch: Appetitmindernde Medikamente, sedierende Medikamente, Polymedikation mit Wechselwirkungen.

- Kognitiv: Demenzielle Entwicklungen, Orientierungsstörungen, Entscheidungsüberforderung („Was esse ich zuerst?“), fehlende Initiation („Ich fange nicht von selbst an.“).
- Emotional-sozial: Einsamkeit, Verlust nahestehender Personen, Anhedonie, erlebte Sinnlosigkeit, Scham („Ich brauche Hilfe beim Essen“).

Die Folgen von Mangelernährung sind klinisch relevant: weniger Kraft, schlechtere Mobilität, erhöhte Sturzgefahr, verzögerte Wundheilung, häufigere Krankenhausaufenthalte, höhere Mortalität. In Einrichtungen der Langzeitpflege entsteht aus all dem eine doppelte Verantwortung: medizinisch zu stabilisieren und psychosozial zu unterstützen.

Warum ist das wichtig für diese Arbeit?

Weil genau hier die Lücke sichtbar wird. Viele gängige Interventionen setzen auf Kalorienmenge, Supplementierung und pflegerische Unterstützung beim Essen. Diese Ansätze bleiben sachlich richtig, adressieren aber häufig weder Wahrnehmung („Ich sehe das Essen nicht gut“), noch Motivation („Es macht mir keine Freude mehr“), noch Autonomie („Ich entscheide nichts mehr selbst“). Die hier untersuchte Intervention, der Einsatz individuell gewählter farbiger Teller, versucht genau diese drei Ebenen anzusprechen.

## **2.2. Essen als Verhalten: verhaltenstherapeutische Perspektive**

Verhaltenstherapie geht davon aus, dass Verhalten (inklusive Essverhalten) in einer konkreten Situation entsteht, von Konsequenzen gelernt wird und durch äußere Reize (Stimuli) getriggert bzw. erleichtert wird. Essen wird damit nicht nur als Bedürfnisbefriedigung gesehen, sondern als erlernte, durch Umgebung gesteuerte Handlung.

Für die hier relevante Zielgruppe, ältere Frauen mit diagnostiziertem Ernährungsdefizit in einem Pflege- und Betreuungszentrum, ist dieser Blick besonders hilfreich, weil klassische verhaltenstherapeutische Interventionen wie kognitive Umstrukturierung oder

Hausaufgabenpläne nur sehr eingeschränkt einsetzbar sind. Viele Bewohner\*innen bringen kognitive Einschränkungen, reduzierte Aufmerksamkeitsspanne, Erschöpfung oder eingeschränkte Belastbarkeit mit. Das bedeutet: Verhaltenstherapeutische Arbeit muss sich stärker auf Milieugestaltung, Reizsteuerung und unmittelbare Verstärkung stützen.

Zentrale Aspekte aus der Verhaltenstherapie, die hier anschlussfähig sind:

### **Stimulus-Kontrolle/Reizkontrolle**

Stimulus-Kontrolle beschreibt, dass bestimmte Reize ein bestimmtes Verhalten wahrscheinlicher machen. Beim Essen kann das z. B. sein: Geruch von Essen, Appetit wird angeregt, das Essen beginnt. In Pflegeeinrichtungen ist diese Reiz-Reaktions-Kette in stationären Settings häufig abgeschwächt: Geruch ist standardisiert, Essen kommt auf neutralem Geschirr, die Umgebung ist nicht individuell, die Aufmerksamkeit der Bewohner\*innen ist eventuell woanders (Unruhe im Gemeinschaftsraum, Geräuschpegel, Müdigkeit). Wenn der Teller jedoch auffällt, durch eine klare Farbe oder auch durch persönlichen Bezug, dann kann der Teller selbst zu einem „Startsignal“ werden. Er lenkt den Fokus zurück auf die Mahlzeit. Das Essen wird weniger Teil einer überfordernden Gesamtsituation und mehr ein eigenes, greifbares, visuell klar abgegrenztes Objekt. In verhaltenstherapeutischer Sprache: Der situative Auslöser für Essverhalten wird gestärkt.

### **Aufmerksamkeitslenkung**

Bei nachlassender visueller Differenzierung kann Essen auf einem weißen Teller „eins werden“ mit dem Teller und dadurch schlicht uninteressant oder schwer erkennbar wirken. Ein stärkerer Farbkontrast hebt die Speisen ab, macht sie klarer erkennbar. Wenn Nahrung leichter visuell zu verarbeiten ist, ist die Schwelle, tatsächlich einen Bissen zu nehmen, niedriger. Hier greifen Wahrnehmungspsychologie (Farben, Kontraste) und Verhaltenstherapie ineinander: Der Reiz wird gezielt gesetzt, damit das Verhalten (Essen) leichter ausgelöst werden kann.

### **Positive Verstärkung**

Verhalten, das auf eine angenehme Konsequenz trifft, tritt mit höherer Wahrscheinlichkeit wieder auf. Bei hochaltrigen Bewohner\*innen mit Ernährungsdefizit ist Essen aber oft nicht mehr spürbar positiv besetzt. Es kann mühsam sein, schmerzhaft (z. B. bei Mundschmerzen), beschämend (Hilfsbedürftigkeit) oder emotional leer („Ich esse nur, weil ich muss“). Wenn der Essvorgang aber in einen ästhetisch als angenehm empfundenen Rahmen eingebettet ist, z. B. „das schaut schön aus“, „das ist meiner“, „der Teller gefällt mir“, kann allein diese emotionale Aufwertung als positive Verstärkung wirken: Die Situation fühlt sich weniger wie Pflichternährung an und mehr wie eine persönliche, wertschätzende Handlung.

### **Selbstwirksamkeit und Autonomie**

Ein weiterer verhaltenstherapeutischer Faktor ist wahrgenommene Kontrolle. Selbst kleine Wahlhandlungen („Ich nehme den grünen Teller, nicht den rosa Teller“) können bei Menschen in institutionalisierten Kontexten das Gefühl von Ich-Beteiligung stärken. Subjektiv bedeutsame Wahlakte sind ein Schutzfaktor: Wer erlebt „Ich entscheide noch etwas selbst“, zeigt häufig mehr Bereitschaft zur Kooperation, auch in belasteten Bereichen des Alltags wie Körperpflege, Medikation und Essen.

Genau diesen Punkt betont auch Gatterer in seiner gerontopsychologischen Arbeit: Die Umgebung älterer Menschen ist nicht neutral, sondern wirkt emotional regulierend und identitätsstützend. Individuell bedeutsame, wiedererkennbare, positiv konnotierte Elemente im Alltag wie Farben, Gegenstände und Rituale, können Orientierung geben, Halt vermitteln und Menschen aktivieren, an alltäglichen Handlungen teilzunehmen, statt sich zurückzuziehen. Diese Form der milieuthérapeutischen Gestaltung ist keine rein dekorative Maßnahme, sondern Teil psychohygienischer Stabilisierung im hohen Alter (Gatterer, 2003). In dieser Lesart ist der Teller kein Geschirrstück, sondern ein personalisiertes Element, das Zugehörigkeit („das ist meiner“) und Kontinuität vermittelt.

Zusammengefasst: Aus verhaltenstherapeutischer Sicht ist Essen in dieser Zielgruppe nicht nur „Essen“, sondern ein Verhalten, das durch Reize (Farbe, Kontrast, persönlicher Reiz), emotionale Bedeutung (Wertschätzung, Ästhetik) und subjektive Kontrolle (eigene Wahl) beeinflusst werden kann.

### **2.2.1. Farben, Wahrnehmung und Essverhalten**

Farben haben eine doppelte Relevanz für das Essverhalten älterer Menschen: eine perzeptive (Wahrnehmung) und eine emotionale (Bedeutung).

#### **Perzeptive Ebene (Kontrast und Sichtbarkeit)**

Mit zunehmendem Alter nehmen viele Menschen Kontraste schwächer wahr. Helle Speisen auf hellem Teller, besonders wenn das Licht gedämpft ist oder das Sehvermögen eingeschränkt, wirken schlechter differenzierbar. Das kann dazu führen, dass Mahlzeiten visuell „unspektakulär“ wirken oder schlicht übersehen werden. Studien aus der Demenzversorgung berichten, dass kontrastreiche Tellerfarben (oft wird in der Literatur die Farbe Rot beschrieben) dazu führen können, dass Menschen mehr essen und trinken, vermutlich, weil das Essen klarer wahrgenommen wird und der visuelle Suchaufwand sinkt. Übertragbar auf diese Arbeit heißt das: Ein dunkler Teller (z. B. Dunkelblau) kann helle Speisen hervorheben; ein heller Teller (z. B. Gelb, Rosa) kann dunklere Speisen hervorheben. Türkis und Grün können Assoziationen von Frische, Lebendigkeit oder „natürlichem“ Essen (Gemüse, Kräuter, Sommerliches) auslösen. Entscheidend ist dabei nicht nur die Farbe selbst, sondern der subjektiv als angenehm empfundene Farbeindruck.

#### **Emotionale und symbolische Ebene**

Farben sind für das Essverhalten älterer Menschen in zweierlei Hinsicht relevant: perzeptiv und emotional. Perzeptiv kann ein höherer Kontrast zwischen Speise und Teller die visuelle Erkennbarkeit verbessern – insbesondere bei eingeschränktem Sehvermögen oder ungünstigen Lichtbedingungen. Dadurch kann die Einstiegshürde in den Essvorgang sinken. Emotional können Farben biografisch und symbolisch aufgeladen sein und Assoziationen wie Wärme, Ruhe oder Vertrautheit aktivieren. Wird die Situation dadurch als persönlicher und wertschätzender erlebt, kann dies Motivation und Kooperation im Esskontext unterstützen.

### **Individuelle Auswahl statt standardisierte Farbe**

In der vorliegenden Untersuchung hat sich nicht jede Bewohnerin denselben Teller „abgeholt“. Stattdessen konnten die Teilnehmerinnen eine Farbe wählen. Die Auswahl erfolgte in zwei runden, um sicherzustellen, dass jede Frau am Ende einen Teller in einer eindeutigen Farbe erhält. Das heißt, der Teller ist nicht zugewiesen worden („Sie bekommen rosa“), sondern gewählt worden („ich nehme Rosa“).

Das ist kein nebensächlicher methodischer Schritt, sondern Teil der Intervention. Die Individualisierung hebt die Tellerfarbe aus dem Bereich „pflegerische Maßnahme“ heraus und rückt sie in die Richtung „mein persönlicher Gegenstand“. Damit wird das Objekt potenziell identitätsstiftend und kann Essverhalten über emotionale Bindung modulieren, was ein verhaltenstherapeutischer relevanter Mechanismus ist.

### **2.3. Milieugestaltung, Würde und Teilhabe im Alter**

In der gerontopsychologischen Versorgung spielt Milieugestaltung eine zentrale Rolle. Gemeint damit ist die bewusste Gestaltung der unmittelbaren Lebensumgebung älterer Menschen: Farben, Formen, Licht, Struktur des Tages, persönliche Gegenstände – mit dem Ziel, Orientierung, Sicherheit, Aktivierung und Teilhabe zu unterstützen. Literatur aus diesem Bereich betont, dass Menschen in Pflegeeinrichtungen besonders sensibel auf kleine Veränderungen der Umgebung reagieren können, weil große Lebensbereiche (Ort, Tagesstruktur, Versorgung) bereits weitgehend fremdbestimmt sind. Milieugestaltung wird hier nicht verstanden als „schön herrichten“, sondern als therapeutischer Zugang: Die Umgebung kann therapeutisch mitwirken.

Gatterer beschreibt in seinen gerontopsychologischen Arbeiten die Bedeutung von individuell bedeutsamen Reizen und ritualisierten Alltagselementen für ältere Menschen, insbesondere für Menschen, die sich in einer stationären Einrichtung befinden und bei denen Kontrollmöglichkeiten über den Alltag reduziert sind. Er argumentiert, dass vertraute oder selbstgewählte Elemente der Alltagsumgebung emotionale Stabilität fördern und Rückzugstendenzen mindern können, indem sie Identität, Selbstwirksamkeit und Orientierung stützen (Gatterer, 2003). Übertragen auf Esssituationen bedeutet das: Wenn der Teller nicht austauschbares Heimgeschirr ist, sondern als „mein Teller“ erlebt

wird, kann Essen weniger wie ein externer Pflegeakt und mehr wie eine eigene Handlung erlebt werden.

Das berührt ein Thema, das über reine Kalorienzufuhr hinausgeht: Würde. Essen ist eine intime Tätigkeit. Für viele ältere Menschen ist es entwürdigend, „gefüttert zu werden“, beobachtet zu werden oder als jemand zu gelten, der „zu wenig isst und daher ein Problem ist“. Wenn die Esssituation stattdessen als etwas Persönliches, Ästhetisches, Wertschätzendes gestaltet wird, kann dies zur Wiederherstellung von Teilhabe beitragen. Die farbigen Teller sind damit auch eine Intervention auf der Ebene Würde und Selbstbild.

### **2.3.1. Modellannahme der vorliegenden Arbeit**

Auf Basis der oben beschriebenen theoretischen Überlegungen lässt sich ein Wirkmodell formulieren, das der empirischen Untersuchung zugrunde liegt:

**Ausgangssituation:** Ältere Frauen mit diagnostiziertem Ernährungsdefizit zeigen reduzierte Nahrungsaufnahme, Appetitverlust und/oder geringe Motivation zu essen.

**Intervention:** Jede Bewohnerin erhält einen individuell gewählten, farbigen Teller (Farben in dieser Untersuchung: Dunkelblau, Türkis, Grün, Gelb, Rosa). Die Teller werden im Alltag während der Mahlzeiten eingesetzt. Die Intervention wird über fünf Monate beobachtet.

#### **Wirkmechanismen (hypothesengeleitet):**

- Erhöhter visueller Kontrast kann die Wahrnehmung der Speisen verbessern und dadurch den Essbeginn erleichtern.
- Eine positive emotionale Aufladung der Esssituation kann Motivation und Kooperation erhöhen.

- Wiedererkennen und subjektives Besitzen („mein Teller“) können Kontrolle, Identität und Sicherheit stärken.
- Soziale Aufmerksamkeit kann als zusätzliche positive Verstärkung durch Interaktion mit dem Pflegepersonal wirken.

### **Erwartete Effekte:**

- Quantitativ: Erwartet wird eine Stabilisierung oder Verbesserung der Nahrungsaufnahme, abgebildet über Gewichtsentwicklung und (sofern verfügbar) Essmengen.
- Qualitativ: Positive Veränderungen im Essverhalten, z. B. mehr Eigeninitiative beim Essen, weniger Ablehnung, mehr verbaler oder nonverbaler Ausdruck von Appetit bzw. Genuss.

Diese Modellannahme macht klar, dass es in dieser Arbeit nicht um Farbe als bloßes optisches Detail geht, sondern um Farbe als gezielte milieuthérapeutische Intervention, eingebettet in einen verhaltenstherapeutischen Ansatz. Der Teller wird verstanden als ein kontrollierbarer Reiz in einer ansonsten stark fremdbestimmten Alltagssituation. Die zentrale Frage ist nicht nur, **ob** mehr gegessen wird, sondern auch **wie** sich das Verhältnis zum Essen verändert.

## **3. Methodik**

### **3.1. Studiendesign**

Die Studie ist als qualitativ-explorative Untersuchung mit ergänzenden quantitativen Verlaufsdaten konzipiert. Im Pflege- und Betreuungszentrum Pottendorf wurden über fünf Monate fünf Bewohnerinnen mit dokumentiertem Ernährungsdefizit begleitet. Die Intervention bestand in der Nutzung eines individuell gewählten farbigen Tellers, der im Heimalltag regelmäßig zu Mahlzeiten eingesetzt wurde. Qualitative Daten (Pflegebeobachtungen, Gesprächsnotizen) wurden mittels Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet; quantitative Verlaufsdaten (Gewicht, Mahlzeitenbewertungen) wurden deskriptiv berichtet.

Das Studiendesign kombiniert:

- Qualitative Materialien (Beobachtungen des Pflegepersonals während der Mahlzeiten; Gesprächsnotizen mit den Bewohnerinnen),
- Quantitative Daten (regelmäßige Gewichtsmessungen über den Untersuchungszeitraum).

Diese Kombination erlaubt es, sowohl Veränderungen im sichtbar-beobachtbaren Verhalten (Initiative beim Essen, Äußerungen zu Appetit, Ablehnung/Annahme der Mahlzeit etc.) als auch mögliche körperliche Veränderungen (Gewichtsstabilisierung oder Gewichtszunahme) abzubilden. Die theoretische Rahmung der Intervention ist verhaltenstherapeutisch (Stimulus-Kontrolle, Aufmerksamkeitslenkung, positive Verstärkung, Autonomieerleben); die Auswertung der qualitativen Daten erfolgt entlang der Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2015).

#### **3.1.1. Stichprobe**

An der Untersuchung nahmen insgesamt fünf Bewohnerinnen des Pflege- und Betreuungszentrums Pottendorf teil. Alle fünf wiesen zu Beginn ein dokumentiertes Ernährungsdefizit auf. Das bedeutet, ihre Nahrungsaufnahme war pflegerisch und medizinisch bereits als unzureichend eingeschätzt worden, oder es lagen Hinweise auf relevanten Gewichtsverlust bzw. auf Risiko für weitere Gewichtsabnahme vor.

Die Teilnehmerinnen waren zum Zeitpunkt der Erhebung 84-98 Jahre alt. Daraus ergibt sich eine Altersgruppe im hohen bzw. sehr hohen Alter. Diese Altersspanne ist klinisch bedeutsam: Sie beschreibt eine Gruppe hochvulnerabler, teils hochbetagter Frauen, bei denen bereits kleine Verschlechterungen der Ernährungssituation klinisch relevant sein können (z. B. in Bezug auf Mobilität, Sturzrisiko, Infektanfälligkeit).

Einschlusskriterium war ein bestehendes Ernährungsdefizit bei stationärem Aufenthalt. Ausschlusskriterien (z. B. terminale Palliativsituation oder fehlende Möglichkeit der oralen Nahrungsaufnahme) wurden ethisch reflektiert; sie trafen bei den eingeschlossenen Bewohnerinnen nicht zu.

Alle Teilnehmerinnen waren weiblich. Aus Gründen der Vertraulichkeit werden sie in den Ergebnissen pseudonymisiert dargestellt (z. B. „Bewohnerin A“, „Bewohnerin B“ etc.) ohne Nennung des tatsächlichen Geburtsjahres in direkter Zuordnung.

### **3.2. Intervention**

Die Intervention zielte darauf ab, die Esssituation durch Personalisierung und Kontrastgestaltung zu verändern. Durch die zweistufige Farbauswahl wurde (a) Autonomie im Entscheidungsprozess gestärkt und (b) eine eindeutige Wiedererkennbarkeit des Tellers pro Person sichergestellt. Der Teller fungierte damit nicht nur als Geschirr, sondern als wiederkehrender Hinweisreiz im Esskontext.

Die Teller wurden anschließend bei den Mahlzeiten im Heimalltag verwendet. Die Intervention griff damit in eine reale Alltagssituation ein, ohne zusätzliche Rahmensetzung (keine Laborsituation, keine gesondert servierten Speisen ausschließlich für die Studie).

Aus verhaltenstherapeutischer Sicht ist der Teller nicht nur Geschirr, sondern Reiz, Ritual und Eigentumsmarker:

- Visueller Reiz (Farbe, Kontrast)
- Motivationaler Reiz („Der Teller gefällt mir“),

- Identitätsanker („Das ist meiner“),
- Hinweisreiz, der die Aufmerksamkeit auf die Mahlzeit lenkt.

Diese theoretischen Annahmen werden in Kapitel 2 ausführlich hergeleitet und bilden die Grundlage für die Kategorienbildung in der Ergebnisanalyse.

## **Datenerhebung**

Die Datenerhebung bestand aus drei Bausteinen: qualitativen Beobachtungen, Gesprächsnotizen/Interviews und quantitativen Messungen

### **Qualitative Beobachtungen durch Pflegepersonal**

Während des gesamten Beobachtungszeitraums dokumentierte das Pflegepersonal Beobachtungen zum Essverhalten der Bewohnerinnen. Diese Beobachtungen sind in transkribierter Form verfügbar und enthalten z. B. Hinweise darauf,

- wie die Bewohnerinnen auf ihre Teller reagierten („nimmt Teller sofort an/schiebt Teller weg/lächelt beim Servieren“),
- ob sie aktiv zu essen begannen oder Aufforderung benötigten,
- ob sie bestimmte verbale Äußerungen machten („Ich sehe das jetzt besser“, „Das ist mein Teller“ etc.)
- ob die Essgeschwindigkeit, die Ess-Menge oder die Kooperationsbereitschaft im Vergleich zum Ausgangszustand verändert erschienen.

Diese Aufzeichnungen sind alltagsnah, d.h. sie stammen nicht aus formalen Interviewsettings, sondern auf Pflegepraxis unter realen Bedingungen. Dadurch sind sie für die Fragestellung wertvoll, weil sie das tatsächliche Verhalten während der Mahlzeiten widerspiegeln.

Diese Beobachtungsprotokolle bilden später im Ergebnisteil (Kapitel 4) die zentrale qualitative Datenquelle. Aus ihnen werden Kategorien nach Mayring abgeleitet und sie liefern auch die Zitate bzw. paraphrasierten Aussagen, die im Text präsentiert werden.

## **Interviews/eigene Gesprächsnotizen**

Zusätzlich zu den pflegerischen Beobachtungen führte die Studienautor\*in wiederholt Gespräche mit den Bewohnerinnen. Diese Gespräche fanden über den gesamten Zeitraum verteilt statt und waren bewusst niederschwellig gestaltet. Die Gesprächssituationen waren eher kurz und situativ („Wie geht es Ihnen heute mit dem Essen?“, „Wie gefällt Ihnen der Teller?“), entsprechend der Belastbarkeit und Aufmerksamkeitsspanne der Bewohnerinnen.

Die Inhalte dieser Gespräche wurden in Form zusammenfassender Notizen dokumentiert. Es handelt sich nicht um vollständig transkribierte, audioaufgezeichnete Leitfadeninterviews, sondern um kurze, wiederholte Gespräche mit zusammenfassenden Gesprächsnotizen über Appetit, Wahrnehmung, Motivation und subjektives Erleben der Mahlzeiten- bzw. Tellersituation. Diese Notizen werden in der Auswertung als qualitatives Textmaterial ausgewertet und gemeinsam mit Beobachtungsnotizen analysiert.

Diese Vorgehensweise entspricht der Realität in der geriatrischen bzw. gerontopsychiatrischen Versorgung: Längere, formal aufgezeichnete Interviews sind für hochaltrige Bewohner\*innen mit kognitiver oder körperlicher Erschöpfbarkeit oft nicht mehr sinnvoll möglich. Relevante Inhalte zeigen sich eher in kurzen, wiederholten Äußerungen über den Alltag hinweg. Für eine verhaltenstherapeutische Fragestellung („Wie wirkt der Reiz Tellerfarbe auf Motivation und Verhalten?“) sind genau diese spontanen Äußerungen zentral, weil sie die emotionale Valenz der Situation erfassen.

### **3.3. Quantitative Verlaufsdaten**

Zur quantitativen Ergänzung wurden die Körpergewichte der Bewohnerinnen dokumentiert. Die Bewohnerinnen wurden im Verlauf etwa 1- bis 3-mal pro Monat gewogen. Damit liegt für jede Bewohnerin über die fünf Monate ein individueller Gewichtsverlauf vor. Diese Daten erlauben eine deskriptive Einschätzung, ob es im Beobachtungszeitraum zu Stabilisierung, weiterem Gewichtsverlust oder zu Gewichtszunahme kam.

Parallel zu den Gewichtsdaten wurden in der Pflegepraxis Essmengen (z. B. prozentualer Anteil der verzehrten Portion oder Pflegeeinschätzung wie  $\frac{3}{4}$  der Portion) notiert. Diese Angaben dienen der Einordnung des Gewichtsverlaufs. So kann eingeschätzt werden, ob Veränderungen (z. B. Stabilisierung) mit beobachteter Nahrungsaufnahme zusammenpassen.

Die Gewichtstabellen und die dokumentierten Essmengenverläufe werden in Kapitel 4 dargestellt und in Kapitel 8 (Anhang) vollständig beigelegt.

### **3.3.1. Medikationsdaten**

Für jede Bewohnerin wurden die relevanten Medikamente erfasst, insbesondere solche Substanzen, die potenziell Appetit, Wachheit, Übelkeit, Stimmung, Schmerz oder Antrieb beeinflussen können (z. B. sedierende Substanzen, Antidepressiva, Analgetika). Diese Medikationsübersicht ist wichtig, weil pharmakologische Faktoren das Essverhalten verändern können und daher als mögliche Einflussfaktoren in die Interpretation einbezogen werden.

Die medikationsbezogenen Informationen werden in Kapitel 4 (insbesondere bei der Einordnung von Einzelfällen) berücksichtigt und in Kapitel 8 im Anhang tabellarisch und anonymisiert dokumentiert.

### **3.4. Auswertung**

Das Textmaterial (Beobachtungen, Gesprächsnotizen) wurde in Anlehnung an Mayring schrittweise paraphrasiert, generalisiert und in Kategorien überführt. Kategorien wurden teils deduktiv aus dem theoretischen Rahmen, teils induktiv aus dem Material entwickelt. Zur Ergebnisdarstellung wurden zentrale Kategorien verdichtet und durch anonymisierte Textstellen belegt.

Das Vorgehen in dieser Arbeit orientiert sich an folgenden Schritten:

**Materialaufbereitung/Transkription:**

Die schriftlich vorliegenden Pflegebeobachtungen und die Gesprächsnotizen werden als Textkorpus verstanden. Dieses Material bildet die Auswertungsbasis. Relevante Passagen zu Essverhalten, Motivation, Reaktion auf den Teller, Appetit, Kooperation mit der Mahlzeit und emotionaler Bewertung („schön“, „meins“, „mag ich nicht“ etc.) werden markiert.

**Paraphrasierung und Generalisierung:**

Aussagen werden so umformuliert, dass ihr inhaltlicher Kern klar erkennbar bleibt, aber personenbezogene Details (z. B. Namen, sehr private Inhalte) entfernt werden. Dadurch entsteht eine datenschutzkonforme, verdichtete Darstellung des Materials.

**Kategorienbildung:**

Aus den paraphrasierten Äußerungen werden inhaltliche Kategorien gebildet. Diese Kategorien können zum Teil deduktiv aus der Theorie abgeleitet werden (z. B. „Sichtbarkeit des Essens“, „Autonomie“, „Appetit/ Lust zu essen“, „emotionale Reaktion auf den Teller“), zum Teil aber auch induktiv aus dem Material selbst entstehen. (z. B. „Ich esse mehr, wenn es schön angerichtet ist“ als Ausdruck ästhetischer Motivation). Die Kategorien werden so formuliert, dass sie in Kapitel 4 als thematische Cluster präsentiert werden.

**Zuweisung von Textstellen zu Kategorien**

Jede relevante Aussage/Ausschnitt wird mindestens einer Kategorie zugeordnet. Dabei wird darauf geachtet, dass dieselbe Aussage in mehreren Kategorien auftauchen kann, wenn sie mehrere Themen berührt (z. B. „Ich sehe das jetzt besser, dann esse ich auch mehr“ berührt sowohl Wahrnehmung/Sichtbarkeit als auch Appetit/Motivation).

**Verdichtung der Kategorien**

Für die Ergebnisdarstellung werden die wichtigsten Kategorien beschrieben und mit typischen, anonymisierten Textstellen illustriert. Diese illustrative Verdichtung führt zu den qualitativen Ergebnissen in Kapitel 4.1.

Die quantitativen Daten (Gewichtsverläufe, Essmengen) werden deskriptiv berichtet. Das bedeutet:

- Es werden keine Signifikanztests oder inferenzstatistischen Prüfungen durchgeführt, da die Stichprobengröße ( $n = 5$ ) gering ist und kein experimentell-kontrolliertes Design vorliegt.
- Stattdessen wird der individuelle Verlauf jeder Bewohnerin beschrieben (z. B. „Bewohnerin A zeigte zu Beginn X kg, am Ende Y kg, der Verlauf war über weite Strecken stabil/ leicht zunehmend/abnehmend“) und dieser Verlauf wird in Beziehung zum beobachteten Essverhalten gesetzt.

Die Medikationsdaten fließen in die Interpretation ein, insbesondere dort, wo auffällige Veränderungen auftreten (z. B. deutliche Gewichtszunahme nach Einführung oder Absetzen eines bestimmten Medikaments). Sie dienen dazu, mögliche Alternativerklärungen für beobachtete Effekte transparent zu machen.

### **3.4.1. Ethische Überlegungen**

Die Untersuchung wurde mit besonderer Rücksicht auf die körperliche und psychische Vulnerabilität der beteiligten Bewohnerinnen durchgeführt. Es handelt sich um hochbetagte Frauen mit bestehendem Ernährungsdefizit in einer stationären Pflegeeinrichtung. Entsprechend wurden folgende ethische Punkte berücksichtigt:

#### **Ethikvotum**

Für die Durchführung der Untersuchung lag ein positives Votum der SFU Ethikkommission (14.5.2025, RDG5QZFQCF4PYE91582) vor. Damit ist die grundsätzliche Vereinbarkeit der Studie mit ethischen, rechtlichen und professionellen Standards bestätigt. Das betrifft insbesondere die Angemessenheit der Intervention, den Schutz der Teilnehmenden, sowie die Form der Datenerhebung und –Verwertung.

#### **Einverständniserklärungen/Freiwilligkeit**

Allen Bewohnerinnen wurde die Zielsetzung der Untersuchung erklärt, einschließlich Inhalt (Einsatz individuell ausgewählter farbiger Teller während der Mahlzeiten), Dauer

(fünf Monate), Art der Beobachtung (Essverhalten, Gesprächsnotizen, Gewichtsdocumentation) und Umgang mit den Daten (anonymisierte Auswertung). Im Anschluss daran wurden schriftliche Einverständniserklärungen eingeholt. Alle fünf Teilnehmerinnen haben diese Einverständniserklärung unterschrieben; dabei wurde betont, dass eine Nicht-Teilnahme bzw. ein Abbruch jederzeit ohne Nachteile möglich ist.

### **Minimale Belastung/Verhältnismäßigkeit der Intervention**

Die Intervention (Auswahl und Verwendung eines farbigen Tellers) ist alltagsintegriert, nicht invasiv und stellt keine zusätzliche körperliche Belastung dar. Es wurden keine zusätzlichen medizinischen Eingriffe vorgenommen und keine zusätzlichen Medikamente verabreicht. Die Gewichtsmessungen fanden im Rahmen der üblichen pflegerischen Routinen statt (circa 1-3 Messungen pro Monat, wie ohnehin in der Einrichtung praktiziert). Die Gespräche mit den Bewohnerinnen waren kurz, niederschwellig und fanden in ruhigen Situationen statt. Es wurde vermieden, Belastung durch lange Interviews zu erzeugen.

### **Würde, Autonomie und Schutz der Teilnehmenden**

Ein zentrales ethisches Anliegen bestand darin, die Bewohnerinnen nicht als „Problemfälle mit Mangelernährung“ zu behandeln, sondern als aktiv einbezogene Personen. Die Farbauswahl des Tellers war daher nicht nur ein methodischer Schritt, sondern bewusst eine Geste zur Stärkung der Autonomie („Ich entscheide mich für diese Farbe“) innerhalb eines stark strukturierten Pflegealltags. Die Intervention sollte nicht als Kontrolle („Iss mehr“) erlebt werden, sondern als persönliche Gestaltung einer alltäglichen Handlung: Essen als eigene Handlung, nicht als Pflichternährung.

### **Datenschutz, Anonymisierung und Umgang mit sensiblen Daten**

Alle personenbezogenen Daten werden pseudonymisiert ausgewertet und dargestellt. In den Ergebnisdarstellungen (Kapitel 4) werden keine Klarnamen genannt. Geburtsjahre werden nicht in einer Weise berichtet, die eine Re-Identifikation ermöglicht; berichtet werden Altersrange und pseudonymisierte Verläufe. Die detaillierten Daten (z. B. Gewichtsverläufe über den gesamten Beobachtungszeitraum, relevante Medikation mit

möglichem Einfluss auf Appetit oder Wachheit sowie einzelne wörtliche Aussagen) werden ausschließlich im Anhang (Kapitel 8) dokumentiert und ebenfalls pseudonymisiert. Diese Dokumentation dient der wissenschaftlichen Nachvollziehbarkeit, ohne die Vertraulichkeit der Bewohnerinnen zu gefährden.

In Summe basiert die Arbeit damit auf:

- Einem vorliegenden positiven Ethikvotum,
- Informierter schriftlicher Zustimmung aller Teilnehmerinnen,
- Freiwilliger Teilnahme,
- Minimal-invasiver, alltagsnaher Intervention,
- Konsequenter Anonymisierung aller personenbezogenen Daten.

Das rechtfertigt die Durchführung der Untersuchung im beschriebenen Setting und sichert die Zumutbarkeit der Maßnahme für eine vulnerable Zielgruppe.

## **4. Ergebnisse**

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der fünfmonatigen Intervention im Pflege- und Betreuungszentrum Pottendorf dargestellt. Es wurden fünf Bewohnerinnen mit diagnostiziertem Ernährungsdefizit untersucht. Jede Bewohnerin wählte einen eigenen farbigen Teller (Dunkelblau, Gelb, Türkis, Grün oder Rosa), der über den Beobachtungszeitraum regelmäßig zu den Mahlzeiten eingesetzt wurde.

Die Darstellung gliedert sich in: (1) qualitative Beobachtungen zum Essverhalten und zur subjektiven Wahrnehmung der Esssituation, (2) quantitative Verlaufsdaten zu Gewicht und Mahlzeitenbewertung sowie (3) potenzielle Einflussfaktoren.

Zur Wahrung der Vertraulichkeit werden die Bewohnerinnen als Probandin A bis E bezeichnet.

### **4.1. Qualitative Ergebnisse (Inhaltsanalyse nach Mayring)**

Die qualitative Analyse beruht auf zwei Quellen: (a) Beobachtungen des Pflegepersonals während der Mahlzeiten und (b) wiederholte kurze Gespräche sowie zusammenfassende Gesprächsnotizen zu Aussagen der Bewohnerinnen. Das Material wurde nach Mayring

paraphrasiert, kategorisiert und verdichtet. Drei zentrale Themenbereiche haben sich gezeigt.

#### **4.1.1. Sichtbarkeit des Essens und Appetit**

Mehrere Bewohnerinnen beschrieben, dass das Essen auf dem farbigen Teller „besser sichtbar“ oder „klarer erkennbar“ sei. Das wurde besonders bei Probandin A (dunkelblauer Teller) und Probandin D (grüner Teller) deutlich. Eine Bewohnerin mit eingeschränktem Sehvermögen berichtete, dass der Teller mit stärkerem Farbkontrast das Essen „deutlich sichtbarer“ mache und es dadurch weniger anstrengend sei, überhaupt zu beginnen. Das Pflegepersonal bestätigte, dass diese Bewohnerin dadurch eher selbstständig zu essen begann als davor.

Parallel dazu wurde wiederholt berichtet, dass der Teller den Appetit „leicht erhöht“ habe bzw. Essen „appetitlicher“ wirke. Probandin D sagte sinngemäß, das Essen habe „besser geschmeckt“ und sei „leicht appetitanregender gewesen, wenn es auf ihrem grünen Teller serviert wurde.“ Probandin E (rosa Teller) beschrieb den Unterschied als „wie Tag und Nacht“ – sie erlebte die Mahlzeiten sichtbar positiver und sprach von mehr Lust zu essen.

Dieses Muster entspricht den im Theorieteil beschriebenen Mechanismen (Kontrast/Strukturierung) und wird in Kapitel 5 diskutiert. Sichtbarkeit und Appetit wurden in den Aussagen der Bewohnerinnen häufig gemeinsam berichtet.

#### **4.1.2. Autonomie, persönlicher Besitz und emotionale Aufwertung („mein Teller“)**

Ein wiederkehrendes Thema in den Aussagen der Bewohnerinnen war das Gefühl, ihren eigenen, persönlichen Teller zu besitzen. Das betraf nicht nur die Optik, sondern auch Status, Würde und Selbstbestimmung.

Mehrere Bewohnerinnen äußerten explizit Freude darüber, „ihren“ Teller zu bekommen. Probandin A beschrieb ihren dunkelblauen Teller als Lieblingsfarbe, sprach von gesteigertem Wohlbefinden und bezeichnete das Gefühl beim Servieren sogar als

„Luxus“, „wie auf einem Ball“. Probandin C (Türkiser Teller) bestand laut Pflegepersonal aktiv darauf, genau diesen Teller zu verwenden und verband ihn mit etwas Positivem („Freude beim Servieren“). Probandin E sagte, sie wolle den Teller langfristig behalten.

Auffällig ist: Die Bewohnerinnen beschrieben den Teller nicht als neutrales Geschirr, sondern als etwas Eigenes. Das ist im Kontext stationärer Langzeitpflege nicht banal. Viele Entscheidungen im Alltag sind vorgegeben (Tagesstruktur, Medikamente, Essenszeiten). Die Auswahl des Tellers – und später die Wiedererkennbarkeit dieses Tellers – wurde als selbstbestimmter Moment erlebt. Dieses „Das ist meiner“ hatte für mehrere Bewohnerinnen offenbar einen motivierenden Effekt auf die Esssituation.

Insgesamt beschreiben die Aussagen einen Übergang von „neutralem Geschirr“ zu einem personalisierten Gegenstand mit Wiedererkennungswert. In mehreren Fällen wurde der Teller explizit als „eigen“ markiert und mit positiven Bewertungen (z. B. Freude, Wohlbefinden, Wunsch nach Behalten) verknüpft.

#### **4.1.3. Soziale und ritualisierte Bedeutung des Essens**

Die farbigen Teller hatten auch soziale Effekte. Das Pflegepersonal beobachtete, dass das Servieren der Teller Gespräche auslöste („Warum hat sie diesen Teller?“), was teilweise sogar eine Art sichtbare Besonderheit verlieh. Bei Probandin C zeigte sich, dass sie durch den Teller mehr Aufmerksamkeit auf sich zog und diese Aufmerksamkeit positiv erlebte. Das Pflegepersonal berichtete, dass die Esssituation dadurch häufiger positiv kommentiert bzw. sozial begleitet wurde.

Gleichzeitig gab es das Gegenmodell: Probandin E zog sich eher zurück und aß lieber in Ruhe im Zimmer, weil sie die Esssituation mit anderen Bewohner\*innen als unangenehm empfand. Für sie wurde der Teller zum persönlichen Ritual. Sie beschrieb, dass das Mittagessen mit dem rosa Teller ein Moment für sie sei, der guttue, auch in einer emotional belasteten Phase (Verlust einer langjährigen Mitbewohnerin, Veränderung der Stationssituation). Das Essen wurde von Probandin E als stabilisierendes Ritual beschrieben.

Beide Varianten – gesteigerte soziale Aufmerksamkeit in der Gruppe vs. geschützte persönliche Ritualisierung, haben gemeinsam, dass die Mahlzeit emotional aufgewertet wurde. Essen war nicht mehr rein funktional („Kalorienzufuhr“), sondern verbunden mit Bedeutung.

Zusammengefasst zeigen die qualitativen Daten drei wiederkehrende Wirkmechanismen:

Erstens: Der Teller erleichtert den Einstieg ins Essen (Sichtbarkeit, Appetit).

Zweitens: Der Teller stärkt Selbstbestimmung und Würde („mein Teller“, „Luxus“, „Freude beim Servieren“).

Drittens: Der Teller macht das Essen zu einem Ereignis – sei es als positiv betrachteter sozialer Moment oder als persönliches Ritual.

Diese drei Bereiche werden in Kapitel 5 verhaltenstherapeutisch eingeordnet (Reizkontrolle, Verstärkung, Autonomie).

## **4.2. Quantitative Ergebnisse**

### **4.2.1. Gewichtsverläufe**

Die Bewohnerinnen wurden in einem Zeitraum von fünf Monaten in pflegerischer Routine etwa ein- bis dreimal pro Monat gewogen. Die Gewichtsdaten werden hier kurz zusammengefasst; die vollständigen Tabellen finden sich im Anhang. Zur quantitativen Einordnung des Verlaufs wird das Körpergewicht der Probandinnen über den Beobachtungszeitraum in **Tabelle 1** dargestellt (siehe Anhang).

- Probandin A: Start bei rund 39,4 kg, Tiefstwert bei 36,4 kg, Erholung auf 38,9 kg gegen Ende.
- Probandin B: ca. 43 kg zu Beginn und am Ende, zwischenzeitliche Schwankungen bis 42,1 kg.

- Probandin C: Eingangswert bei 51,4 kg, Zunahme von 5,8 kg über den Beobachtungszeitraum, Ausgangswert bei 57,2 kg.
- Probandin D: Start bei ca. 40,2 kg, Rückgang über den Zeitraum auf 38,5 kg, Abschluss leicht über Ausgangsniveau bei 40,3 kg.
- Probandin E: Startwert 62 kg, kurzfristiger Rückgang unter 60 kg (bis 59,1 kg), Wiederanstieg und Abschluss bei 62,6 kg.

Drei von fünf Probandinnen lagen am Ende des Beobachtungszeitraums auf oder über dem Ausgangswert; bei zwei Probandinnen lagen die Endwerte trotz zwischenzeitlicher Abnahmen nahe am Ausgangswert.

#### **4.2.2. Subjektive Bewertung der Mahlzeiten (Schulnotenskala 1-5)**

Parallel zu den Gewichtsverläufen wurden wiederholt Bewertungen der Mahlzeiten erhoben. Die subjektiven Mahlzeitenbewertungen im Verlauf sind in **Tabelle 2** zusammengefasst (siehe Anhang). Die Skala orientiert sich an Schulnoten von 1 bis 5, wobei 1 einer sehr positiven Bewertung („sehr gut“) entspricht und höhere Zahlen eine schlechtere Bewertung anzeigen.

Die Mahlzeitenbewertungen (Skala 1 – 5) zeigten bei Probandin D und E einen positiven Verlauf, bei Probandin A eine leichte Verbesserung, bei Probandin C Schwankungen innerhalb eines überwiegend positiven Bereichs und bei Probandin B eine kritischere Entwicklung.

Parallel zu den Bewertungen wurden in den Gesprächsnotizen u. a. emotionale Zuschreibungen dokumentiert (z. B. „mein Teller“).

- Wo der Teller emotional aufgeladen war (z. B. „mein Teller“, „das fühlt sich gut an“), verbesserte die Einschätzung der Mahlzeit

- Wo Essen primär funktional betrachtet wurde (z. B. „ich esse das nur, wenn’s passt“), spielte der Teller eine Rolle in der Vorbereitung (z. B. „es schaut appetitlicher aus“), aber nicht unbedingt in der Endbewertung.

### **4.3. Einflussfaktoren und Grenzen der Interpretation**

Die folgenden Faktoren können die beobachteten Verläufe mit beeinflusst haben und sind daher als potenzielle Confounder in der Interpretation zu berücksichtigen.

#### **1. Medikation / körperlicher Zustand**

Alle fünf Probandinnen waren polymediziert. In den Medikationsplänen finden sich Substanzen, die Appetit, Wachheit, Stimmung, Schmerz, Übelkeit oder Schlaf beeinflussen können. Einzelne Anpassungen an Medikation während des Beobachtungszeitraums können Essverhalten und Gewicht unabhängig von der Tellerfarbe verändert haben. Daher kann nicht behauptet werden, dass Veränderungen des Gewichts ausschließlich durch den Teller verursacht wurden. Die relevanten Medikamente und Änderungen werden im Anhang anonymisiert dokumentiert.

#### **2. Aufmerksamkeit durch das Pflegepersonal**

Der Einsatz farbiger Teller erzeugte sichtbar mehr Interaktion rund um die Mahlzeiten. Pflegepersonal hat die Teller kommentiert, Bewohnerinnen wurden dafür gelobt oder bestärkt, andere Bewohnerinnen zeigten Interesse. Diese zusätzliche soziale Interaktion könnte als Verstärker gewirkt haben und damit ein Teil des beobachteten Effekts sein. Das gehört zum Mechanismus, ist aber gleichzeitig eine mögliche Verzerrung, weil diese Zuwendung ein Teil des Effekts sein kann.

#### **3. Emotionale und soziale Lage der Bewohnerinnen**

Bei einzelnen Bewohnerinnen gab es bedeutsame emotionale Ereignisse (z. B. Verlust einer langjährigen Mitbewohnerin, Umstellungen in der Zimmer-/Stationssituation). Gerade dort wurde das Essen mit dem persönlichen Teller als stabilisierendes Ritual beschrieben. Das zeigt, dass die Tellerfarbe nicht nur sensorisch wirkt (Kontrast, Sichtbarkeit), sondern auch als emotional stabilisierendes Ritual im Tagesablauf. Auch

das ist therapeutisch relevant und macht die Situation individuell. Das bedeutet: Der gleiche Teller kann auf zwei Bewohnerinnen unterschiedlich wirken, je nach Lebenslage.

Die Ergebnisse zeigen drei Ebenen von Wirkung:

**1. Sensorische Ebene:**

Bessere Sichtbarkeit des Essens am farbigen Teller, insbesondere bei visuellen Einschränkungen. Das senkt Barrieren, überhaupt anzufangen zu essen.

**2. Motivationale/emotionale Ebene:**

Der Teller wurde von mehreren Bewohnerinnen als angenehm, schön, wohltuend, „luxuriös“ oder „mein eigener Teller“ erlebt. Das erhöhte die Bereitschaft, sich auf die Mahlzeit einzulassen und machte das Essen zu einem persönlicheren Moment, statt als extern gesteuerte Pflichtsituation.

**3. Soziale/identitätsstiftende Ebene:**

Der Teller verlieh einzelnen Bewohnerinnen gefühlte Besonderheit oder sichtbare Zugehörigkeit. Er wurde Gesprächsthema, erzeugte positive Aufmerksamkeit durch Pflege und Bewohner\*innen oder – im Fall von Probandin E, schuf er einen geschützten Raum für Essen als Selbstfürsorge.

Parallel dazu zeigen die quantitativen Daten, dass sich die meisten Gewichtsverläufe über mehrere Monate stabilisieren oder verbessern konnten und dass die subjektive Bewertung der Mahlzeiten in weiten Teilen positiv blieb bzw. sich teilweise verbesserte. Gerade bei einer Zielgruppe mit vorbestehendem Ernährungsdefizit ist bereits Stabilisierung ein relevanter Befund.

Damit liefert Kapitel 4 die empirische Grundlage für Kapitel 5. Dort wird eingeordnet, wie diese Effekte verhaltenstherapeutisch verstanden werden können, welche Grenzen und Störvariablen bestehen und welche Implikationen sich für die Praxis ableiten lassen.

## **5. Diskussion**

### **5.1. Einordnung der zentralen Ergebnisse**

Ziel der Arbeit war es zu untersuchen, inwiefern der Einsatz individuell gewählter farbiger Teller als verhaltenstherapeutische Intervention die Nahrungsaufnahme und das Essverhalten älterer Menschen mit einem bestehenden Ernährungsdefizit positiv beeinflussen kann. Über einen Zeitraum von fünf Monaten wurden fünf hochbetagte Bewohnerinnen in einem Pflege- und Betreuungszentrum begleitet. Die Intervention war bewusst niederschwellig: Jede Bewohnerin erhielt „ihren“ Teller in einer selbst gewählten Farbe, der fortan bei den Mahlzeiten verwendet wurde.

Die Ergebnisse aus Kapitel 4 lassen sich auf drei Wirkpfaden verdichten:

#### **1. Sichtbarkeit und sensorischer Zugang zum Essen**

Mehrere Bewohnerinnen haben beschrieben, dass das Essen am farbigen Teller klarer erkennbar war. Besonders bei eingeschränktem Sehvermögen kann der Teller als visuelle Kontrastverstärkung verstanden werden. Das Essen trat stärker hervor, der Start ins Essen fiel leichter und die Mahlzeit wirkte „appetitlicher“. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht lässt sich das als eine Form von Stimulus-Kontrolle verstehen: Der Teller dient als gezielter Reiz, der die Aufmerksamkeit auf das Essen lenkt und damit die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass das Essverhalten initiiert wird.

Dies ist konsistent mit Befunden, dass visuelle Kontraste und farbige Teller die Nahrungsaufnahme bei älteren Menschen mit Wahrnehmungs- oder Orientierungsdefiziten verbessern können, weil Speisen deutlicher hervortreten. Die Ergebnisse stammen bisher vor allem aus dem Bereich der Demenzpflege. Hier zeigt sich, dass ein ähnlicher Effekt auch bei hochbetagten, mangelernährten Bewohnerinnen ohne expliziten Demenzfokus beobachtbar ist: Das Essen wird sichtbarer, greifbarer und dadurch „näher“.

#### **2. Autonomie, Identität und Würde in der Esssituation**

Wiederkehrend war die Bedeutung des Satzes „Das ist mein Teller“. Die Bewohnerinnen beschrieben Freude, Stolz, ein Gefühl von Besonderheit, teilweise sogar „Luxus“. Dieses

Erleben ist nicht kosmetisch. In einer Langzeitpflegeeinrichtung ist ein großer Teil des Alltags vorgegeben: Aufstehzeiten, Medikamenteneinnahme, Pflegeroutinen, Essenszeiten. Die Tellerwahl war eine der wenigen Situationen, in der die Bewohnerinnen etwas auswählen und dann wiedererkennen konnten.

Dieses Empfinden von persönlichem Besitz („mein Teller“) hat zwei Effekte: Erstens steigt die Bereitschaft, die Situation aktiv anzunehmen: Essen wird weniger als externer Pflegeakt erlebt („ich werde gefüttert“), sondern als eigene Tätigkeit. Zweitens entsteht ein kleiner, aber emotional spürbarer Zugewinn an Selbstwert („ich bekomme etwas Schönes, das zu mir gehört“). Eine Bewohnerin beschrieb das Gefühl beim Servieren als „wie auf einem Ball“.

Aus verhaltenstherapeutischer Perspektive ist das relevant, weil Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit als Verstärker wirken können. Wenn jemand spürt „Das bin ich, das gehört zu mir“, sinkt Widerstand und Kooperationsbereitschaft steigt. Aus gerontopsychologischer Sicht – wie es in der Literatur beschrieben wird, u. a. bei Gatterer, ist genau diese Art der milieuthérapeutischen Gestaltung zentral: Die Umgebung einer älteren Person (Farben, Gegenstände, Routinen) ist nicht neutral, sondern emotional wirksam. Sie kann Orientierung geben, Sicherheit vermitteln, Zugehörigkeit stiften und damit die Bereitschaft erhöhen, im Alltag aktiv teilzunehmen, statt sich zurückzuziehen oder zu verweigern. Die Arbeit zeigt, dass dies auch für die Essenssituation gilt.

### **3. Ritualisierung und soziale/emotionale Aufwertung des Essens**

Der Teller funktionierte nicht nur als optischer Reiz, sondern auch als sozialer und emotionaler Anker. Das zeigte sich in zwei Richtungen:

- Für manche Bewohnerinnen wurde das Essen sichtbarer in der Gruppe. Der Teller löste Aufmerksamkeit und Gespräche aus, Pflegekräfte lobten das schöne Gedeck, andere Bewohner\*innen fragten nach. Essen erhielt dadurch mehr soziale Aufmerksamkeit, was als soziale Verstärkung interpretiert werden kann.
- Für andere Bewohnerinnen (z. B. jene, die lieber im Zimmer aßen) wurde das Essen mit „ihrem“ Teller ein persönliches Ritual und sogar eine Form von emotionaler

Selbstfürsorge in einer belastenden Lebenssituation. Das Mittagessen war dann nicht mehr bloß Nahrungszufuhr, sondern ein wiederkehrender Moment von Ruhe, Selbstzuwendung und Stabilität.

In beiden Fällen entsteht etwas, das für Verhaltenstherapie bedeutsam ist: positive Verstärkung. Das Essen ist kein Ort des Drucks („Du musst jetzt essen“), sondern ein Moment, der sich gut anfühlt und auf den sich viele zumindest ein Stück weit freut. Diese Emotionalisierung der Situation zeigt sich auch in den Mahlzeitenbewertungen: Gegen Ende bewerteten besonders zwei Bewohnerinnen ihr Essen deutlich besser als am Anfang, beschrieben es als „appetitlich“ und „schön“ und verknüpften es mit positiven Gefühlen.

In Summe deuten diese drei Wirkpfade darauf hin, dass die Intervention Bereiche adressiert, die durch klassische ernährungsmedizinische Maßnahmen weniger direkt erreicht werden (z. B. Wahrnehmung, Motivation, Identität, emotionale Einbettung). Trinknahrung, energiereiche Kost, Assistenz beim Essen – all das fokussiert primär die Energie- und Nährstoffzufuhr. Das ist psychologisch relevant.

In Summe lassen sich die Befunde aus Kapitel 4 auf drei miteinander verknüpfte Wirkpfade verdichten: (1) Sensorischer Zugang über Sichtbarkeit/Kontrast, (2) motivationale und emotionale Aufwertung über Autonomie und personale Bedeutung sowie (3) soziale bzw. ritualisierte Verstärkung der Esssituation. Die folgenden quantitativen Verlaufsdaten werden ergänzend herangezogen, um diese subjektiven Effekte im zeitlichen Verlauf deskriptiv einzuordnen; sie dienen nicht als Wirksamkeitsnachweis.

### **5.1.1. Subjektive Wirkung und körperliche Verläufe**

Die quantitativen Daten wurden bewusst nicht zur kausalen Beweisführung erhoben, sondern als deskriptive Verlaufskontrolle genutzt. Die Gewichte der Bewohnerinnen wurden im Pflegealltag 1-3 Mal pro Monat erhoben und über fünf Monate nachverfolgt.

**Die quantitativen Daten wurden bewusst nicht zur kausalen Beweisführung erhoben, sondern als deskriptive Verlaufskontrolle genutzt.**

Über den Beobachtungszeitraum von fünf Monaten zeigt sich insgesamt ein moderat positives Muster: Drei der fünf Bewohnerinnen beendeten den Zeitraum mit einem Gewicht auf oder über Ausgangsniveau; bei den übrigen beiden traten zwar zwischenzeitliche Rückgänge auf, die Endwerte lagen jedoch wieder nahe am Ausgangsniveau.

**Für eine Stichprobe mit bereits dokumentiertem Ernährungsdefizit ist diese Stabilisierung klinisch relevant**, da in dieser Alters- und Risikogruppe häufig eher ein fortschreitender Abbau zu erwarten ist. Besonders hervorzuheben ist, dass bei einer Bewohnerin eine deutliche Gewichtszunahme über mehrere Kilogramm dokumentiert wurde.

Gleichzeitig ist methodische Vorsicht notwendig: Aufgrund der kleinen Stichprobe, des fehlenden Kontrollgruppendesigns und potenzieller Einflussfaktoren (u. a. Polymedikation, gesundheitliche und emotionale Ereignisse, pflegerische Zuwendung) lässt sich keine eindeutige Ursache-Wirkungs-Zuschreibung zur Tellerintervention ableiten.

**Auffällig ist jedoch die zeitliche Parallelität** zwischen den eher stabilen bzw. teilweise verbesserten körperlichen Verläufen und den qualitativen Berichten über erhöhte Essmotivation, Freude am Essen, eine emotional positivere Rahmung der Mahlzeit sowie positive soziale Rückmeldung durch das Pflegepersonal. In diesem Sinn können die quantitativen Daten die qualitative **Wirkung indirekt stützen**, ohne sie zu „beweisen“.

Darauf ergibt sich eine vorsichtige, aber plausible Schlussfolgerung: **Die farbigen Teller sind keine medizinische Intervention im engeren Sinn, können aber als psychologisch wirksame Kontextgestaltung verstanden werden**, die Essen sichtbarer, persönlicher und emotional anschlussfähiger macht – und damit im Pflegealltag dazu beitragen kann, dass Nahrungsaufnahme eher erhalten bleibt bzw. leichter gelingt.

Die genannten Störvariablen werden im Abschnitt 5.2.1. (Limitationen) gesondert aufgegriffen.

## **5.2. Bedeutung für die Verhaltenstherapie mit alten Menschen**

Ein wichtiger Aspekt dieser Arbeit ist, dass sie Verhaltenstherapie in einem Bereich anwendet, in dem Verhaltenstherapie oft als begrenzt umsetzbar gilt: hochbetagte, mehrfach erkrankte, teilweise erschöpfte, zum Teil kognitiv eingeschränkte Bewohner\*innen in stationärer Langzeitpflege.

Klassische verhaltenstherapeutische Verfahren wie kognitive Umstrukturierung, Hausaufgabenpläne, Zielvereinbarungen, Selbstbeobachtungsprotokolle setzen intakte Einsicht, Erinnerungsfähigkeit, Übungskonstanz und aktive Mitarbeit voraus. Diese Voraussetzungen sind in diesem Setting nur eingeschränkt gegeben.

Die Ergebnisse sprechen für eine Form von milieubasierter Verhaltenstherapie:

- Der Reiz (Tellerfarbe) wird gezielt verändert.
- Diese Reizveränderung löst ein Zielverhalten (Essen) mit höherer Wahrscheinlichkeit aus.
- Positive Emotion, soziale Anerkennung oder Ritualisierung verstärken das Verhalten dann weiter.
- Gleichzeitig vermittelt die Intervention ein Gefühl von Ich-Beteiligung („mein Teller“) und damit Selbstwirksamkeit.

Damit werden verhaltenstherapeutische Prinzipien in einer Form umgesetzt, die für hochbetagte Menschen zugänglich ist: weniger sprachlich-kognitiv, mehr visuell, emotional, ritualisiert, eingebettet in Alltagsroutinen.

Diese Perspektive ist anschlussfähig an gerontopsychologische Modelle der Milieugestaltung, wie sie in der Literatur (u. a. Gatterer) beschrieben werden: Die Gestaltung der unmittelbaren Umgebung – Farben, persönliche Gegenstände, wiedererkennbare Rituale, kann Orientierung geben, emotionale Stabilität fördern und Menschen aktivieren, an alltäglichen Handlungen teilzunehmen. Das gilt üblicherweise für Bereiche wie Tagesstruktur, Aktivierung, Wohngruppengestaltung oder Umgang mit Unruhe und Rückzug. Die vorliegende Arbeit erweitert dieses Denken auf die Ernährungssituation.

Damit liefert die Studie einen Hinweis, dass verhaltenstherapeutische Prinzipien in der Langzeitpflege nicht nur in „psychischen Problemfeldern“ (z. B. Angst, Unruhe, Weglaufneigung) relevant sind, sondern auch in so basalen, körpernahen Bereichen wie Essen.

### **5.2.1. Limitationen der Studie**

Als explorative Real-Setting-Untersuchung erlaubt die Studie eine alltagsnahe Annäherung an potenzielle Wirkmechanismen, jedoch keine generalisierbaren oder kausalen Aussagen. Vor diesem Hintergrund sind folgende Limitationen bei der Interpretation zu berücksichtigen:

#### **Kleine Stichprobe (n = 5).**

Das Design ist bewusst fallorientiert. Damit lassen sich Muster erkennen, aber keine statistisch generalisierbaren Aussagen ableiten.

#### **Kein Kontrollgruppendesign.**

Es gab keine parallele Vergleichsgruppe ohne farbigen Teller. Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass andere Faktoren (z. B. Zuwendung durch Pflege, saisonale Appetitveränderungen, allgemeiner Gesundheitsverlauf) einen Teil der beobachteten Effekte erklären.

#### **Polymedikation und Gesundheitsereignisse.**

Alle Bewohnerinnen erhielten mehrere Medikamente, darunter Substanzen, die Appetit, Wachheit, Stimmung oder Schmerz beeinflussen können. Bei einzelnen Bewohnerinnen traten körperliche oder emotionale Ereignisse auf. (z. B. Belastungen durch Verlust oder Zimmerwechsel), die Essverhalten in beide Richtungen verändern können. Diese Faktoren sind in der Interpretation berücksichtigt, können aber nicht vollständig herausgerechnet werden. Die Medikationslage und relevante Ereignisse sind im Anhang dokumentiert.

### **Datentiefe der Interviews**

Die qualitativen Daten bestehen aus wiederholten, kurzen Gesprächen sowie pflegerischen Beobachtungen, nicht aus langen, aufgezeichneten, leitfadengestützten Interviews. Das entspricht realistischen Bedingungen in der Langzeitpflege (Belastbarkeit der Bewohner\*innen, Tagesform), bedeutet aber, dass einzelne Aussagen stark kontextgebunden sind. Die Auswertung nach Mayring wurde angepasst an dieses Format, bleibt aber in diesem Sinn alltagsnah und nicht laborartig.

### **Aufmerksamkeits-/Hawthorne-Effekt**

Es ist möglich, dass allein die Tatsache, „einen eigenen Teller“ zu bekommen, zusätzliche Aufmerksamkeit durch Pflegepersonal ausgelöst hat und dass diese Aufmerksamkeit wiederum Essen positiver gemacht hat. In der Praxis kann Aufmerksamkeit Teil der Intervention sein; methodisch stellt sie jedoch eine mögliche Verzerrungsquelle dar. Aus diesen Einschränkungen folgt, dass die Befunde vor allem als **praxisnahe Hinweise** zu verstehen sind. Im nächsten Abschnitt werden daher jene Implikationen herausgearbeitet, die trotz begrenzter Evidenz im Pflegealltag sinnvoll umsetzbar sind.

## **5.2.2. Implikationen für die Praxis**

Gerade weil die Intervention niedrigschwellig, risikoarm und im Real-Setting umgesetzt wurde, sind die Befunde trotz begrenzter Evidenz praktisch anschlussfähig. Vor diesem Hintergrund lassen sich folgende Implikationen für den Pflegealltag und milieugestützte verhaltenstherapeutische Ansätze ableiten:

### **1. Milieumaßnahmen sind im Pflegealltag niedrigschwellig umsetzbar und können die Esssituation gezielt unterstützen.**

Der farbige Teller ist eine einfache, kostengünstige Intervention ohne körperliche Belastung. Er verändert die Esssituation unmittelbar und individuell. Das ist im Pflegealltag realistisch umsetzbar.

## **2. Autonomie kann auch in kleinen Entscheidungen essrelevant sein.**

Die Tatsache, dass Bewohnerinnen den Teller selbst auswählen und wiedererkennen können, scheint essrelevant zu sein. Autonomie ist hier nicht primär ein ethisches Ideal, sondern wirkt verhaltensnah auf Motivation, Kooperation und Essmenge.

## **3. Essen braucht Bedeutung, nicht nur Kalorien.**

Gerade bei Bewohner\*innen mit Ernährungsdefizit reicht es nicht immer, Nahrung anzureichern und die Menge zu kontrollieren. Essen muss wieder als positive Handlung erlebt werden. (z. B. über Ästhetik, Ritual, Zugehörigkeit oder emotionale Wärme).

## **4. In der Langzeitpflege kann Verhaltenstherapie häufig stärker über Umweltgestaltung und Reizkontrolle als über kognitive Einsichtsarbeit umgesetzt werden.**

Diese Arbeit unterstützt die Idee, dass verhaltenstherapeutische Prinzipien auch bei hochaltrigen Menschen sinnvoll eingesetzt werden können, wenn sie milieugestützt und sinnlich greifbar sind. Das kann ein relevanter Beitrag für die psychotherapiewissenschaftliche Arbeit in Langzeitpflege sein.

## **5.3. Ausblick**

Die Ergebnisse legen nahe, dass personalisierte Tellerfarben das Potenzial haben, Essverhalten in der Langzeitpflege positiv zu unterstützen – insbesondere über Kontrast/Sichtbarkeit, motivationale Aufwertung, emotionale Einbettung und erlebte Selbstbestimmung. Künftige Forschung sollte daher weniger nur nach dem *Ob*, sondern stärker nach dem *Für wen unter welchen Bedingungen* fragen.

Für zukünftige Forschung wären drei Schritte naheliegend:

- Eine größere Stichprobe,
- Eine Vergleichsgruppe ohne Intervention bzw. mit standardisierter Tellerfarbe,
- Und eine systematische Verknüpfung von Essmengen-Dokumentation (z. B. %-Anteile verzehrter Portionen) mit Stimmungslage, Medikation und sozialem Kontext.

Für zukünftige Forschung ist insbesondere die Frage relevant, ob bestimmte Farben (z. B. stark kontrastierende dunkle Teller vs. warme, weiche Farben wie Rosa) in bestimmten Profilen (z. B. Sehschwäche vs. emotional belastete Bewohnerin) unterschiedlich gut wirken. Dabei sollte weniger die Frage „ob“, sondern verstärkt die Frage „für wen unter welchen Bedingungen“ (z. B. Sehschwäche vs. emotionale Belastung) untersucht werden.

## **6. Fazit**

Diese Arbeit untersuchte, ob der Einsatz farbiger Teller als milieugestützte, verhaltenstherapeutisch begründete Intervention das Essverhalten und die Nahrungsaufnahme älterer Menschen mit Ernährungsdefizit unterstützen kann. Über einen Zeitraum von fünf Monaten wurden fünf hochbetagte Bewohnerinnen eines Pflege- und Betreuungszentrums begleitet. Jede Bewohnerin wählte einen eigenen Teller in einer bestimmten Farbe, der anschließend regelmäßig bei den Mahlzeiten eingesetzt wurde. Die Ergebnisse wurden qualitativ (Beobachtungen, Gesprächsnotizen) und quantitativ (Gewichtsverläufe, Mahlzeitenbewertungen) erhoben und ausgewertet.

Aus den erhobenen Daten lassen sich drei zentrale Schlussfolgerungen ziehen.

Aus den erhobenen Daten lassen sich drei zentrale Schlussfolgerungen ziehen:

Erstens: Das Essen wurde für mehrere Bewohnerinnen sichtbarer und zugänglicher. Insbesondere bei visuellen Einschränkungen wurde beschrieben, dass Speisen am farbigen Teller klarer erkennbar und appetitlicher wirkten, wodurch der Essbeginn erleichtert wurde.

Zweitens: Die Mahlzeit wurde persönlicher und emotional positiver besetzt. Wiederkehrende Aussagen („mein Teller“, „das fühlt sich schön an“, „Luxus“) deuten darauf hin, dass die Personalisierung der Esssituation Autonomie, Selbstwert und Motivation im Alltag stärken kann.

Drittens: Essen erhielt für einzelne Bewohnerinnen einen stärker sozialen und/oder rituellen Charakter. In einigen Fällen zeigte sich mehr positive Aufmerksamkeit im

Umfeld; in anderen Fällen entwickelte sich der Teller zu einem persönlichen Ritual und damit zu einem geschützten, angenehmen Moment im Tagesablauf.

Die quantitativen Verlaufsdaten stützen dieses Bild indirekt: Im Beobachtungszeitraum zeigte sich keine gleichmäßige weitere Verschlechterung, sondern überwiegend Stabilisierung und in Einzelfällen eine Erholung nach zwischenzeitlichen Verlusten bzw. eine deutliche Gewichtszunahme. Auch die subjektiven Mahlzeitenbewertungen verbesserten sich bei mehreren Bewohnerinnen. Aufgrund des explorativen Designs und der kleinen Stichprobe sind die Verläufe jedoch nicht als kausaler Wirksamkeitsnachweis zu verstehen.

Anschließend kann die Forschungsfrage wie folgt beantwortet werden: Der Einsatz farbiger Teller als milieugestützte, verhaltenstherapeutische Intervention kann die Nahrungsaufnahme und das Essverhalten älterer Menschen mit Ernährungsdefizit unterstützen – nicht zwingend dadurch, dass „automatisch“ Gewichtszunahme eintritt, sondern indem Essen wieder sichtbarer, bedeutsamer, würdevoller und motivierender wird. Diese Veränderung der Esssituation kann im Alltag ausreichen, um Stabilisierung zu unterstützen. Damit ist die Intervention im Pflegealltag praktikabel und zugleich psychologisch plausibel begründbar.

## Literaturverzeichnis

Dunne, T. E., Nearing, S. A., Cipolloni, P. B., & Cronin-Golomb, A. (2004). *Visual contrast enhances food and liquid intake in advanced Alzheimer's disease*. *Clinical Nutrition*, 23(4), 533–538.

<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2003.09.015>

Donnelly, R., Wei, C., Morrison-Koehl, J., & Keller, H. (2020). *The effect of blue dishware versus white dishware on food intake and eating challenges among residents living with dementia: A crossover trial*. *BMC Research Notes*, 13, 353.

<https://doi.org/10.1186/s13104-020-05195-y>

Gatterer, G. (Hrsg.). (2003). *Multiprofessionelle Altenbetreuung: Ein praxisbezogenes Handbuch*. Springer.

<https://doi.org/10.1007/978-3-7091-3790-1>

Gatterer, G., & Croy, A. (2020). *Leben mit Demenz: Praxisbezogener Ratgeber für Pflege und Betreuung* (2. Aufl.). Springer.

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-58267-1>

Linden, M., & Hautzinger, M. (Hrsg.). (2013). *Verhaltenstherapie: Techniken, Einzelverfahren und Handlungsanleitungen* (3. Aufl.). Springer.

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-10777-5>

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl.). Beltz.

Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C. C. C., Sobotka, L., van Asselt, D., Wirth, R., & Bischoff, S. C. (2019). *ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics*. *Clinical Nutrition*, 38(1), 10–47.

<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>

Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C. C. C., Sobotka, L., van Asselt, D., Wirth, R., & Bischoff, S. C. (2022). *ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics*. *Clinical Nutrition*, *41*, 958–989. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.01.024>

## Anhang

Tabelle 1: *Gewichtsverläufe Probandinnen A-E (Mai-September)*

<b>Probandin</b>	<b>Tellerfarbe</b>	<b>Start (kg)</b>	<b>Tiefstwert (kg)</b>	<b>Letztwert (kg)</b>	<b>Trend (5 Monate)</b>
A	Dunkelblau	39,4	36,4	38,9	Stabilisierung nach Abfall
B	Gelb	43,0	gleichbleibend	43,0	Weitgehend stabil
C	Türkis	51,4	52,7	57,2	Deutliche Zunahme
D	Grün	40,2	38,5	40,3	Zwischenzeitlicher Abfall, Erholung
E	Rosa	62,0	59,1	62,6	Abfall, dann über Ausgangsniveau

Tabelle 2: *Mahlzeitenbewertungen (Schulnoten 1 – 5) im Verlauf*

<b>Probandin</b>	<b>Tellerfarbe</b>	<b>Trend (qualitativ)</b>	<b>Mittelwert Note</b>	<b>Anzahl Bewertungen</b>
A	Dunkelblau	Leicht besser	3	28
B	Gelb	Kritischer/konstant	3	28
C	Türkis	Schwankend	2	28
D	Grün	Deutlich besser	2,5	28
E	Rosa	Deutlich besser	2	28

Tabelle 3: *Medikationsübersicht (pseudonymisiert)*

<b>Proband in</b>	<b>Präparat</b>	<b>Klasse (essrelevant)</b>	<b>Ess-Relevanz</b>
A	Halcion/Metagelan/ Sertralin	Sedierend/Übelkeit/ Affekt	Hoch/Hoch/Mittel
B	Passedan/Metoprolol/ Trimbow	Sedierend/Energie/ Atmung	Mittel/Mittel/Mittel
C	Hydal/Metagelan/Escitalo pram	Sedierend/Übelkeit/ Affekt	Hoch/Hoch/Mittel
D	Oxycodon/Sertralin,/ Thyrex	Sedierend/Affekt/ Stoffwechsel	Hoch/Mittel/Mittel
E	Quetiapin/Sertralin/Thyrex	Sedierend/Affekt/Stoff- wechsel	Hoch/Mittel/Mittel

Anhang A: *Interviewleitfaden/Themenblöcke*

- Wahrnehmung der Mahlzeit (Sichtbarkeit/Anrichten, Kontrast zum Teller)
- Appetit und Lust zu essen (Tagesform, Gerüche/Geschmack)
- Erleben des farbigen Tellers (Gefühle, Vorlieben, „mein Teller“)
- Rituale und Gewohnheiten (Ort, Uhrzeit, Begleitung)
- Anstrengung/Ermüdung, Sättigung/Abneigung
- Soziale Dynamik (Gespräche, Aufmerksamkeit, Rückzug)
- Wünsche/Verbesserungen (Speisen, Umgebung, Unterstützung)

Anhang B: *Ethikvotum und Einverständniserklärungen*

Positives Ethikvotum liegt vor (RDG5QZFFQCF4PYE91582 /14.05.2025). Alle Teilnehmerinnen gaben ihre schriftliche Einwilligung; die Teilnahme erfolgte auf freiwilliger Basis, Widerruf jederzeit gewährleistet ohne Nachteile. Darstellungen sind pseudonymisiert (Probandin A-E).

Anhang C: *Transkript-Auszüge/Pflegebeobachtungen (exemplarisch, anonymisiert)*

*Probandin A (Teller dunkelblau):*

„Hat sich für die Farbe dunkelblau entschieden, weil das ihre Lieblingsfarbe ist. Trotz Seheinschränkungen kann sie die Farbe aufgrund des starken Kontrastes erkennen und freut sich, das Mittagessen auf diesem Teller serviert zu bekommen. Grundsätzlich geht es ihr vermehrt um die Mahlzeiten selbst.“ (Auszug 1)

*Probandin B (Teller gelb):*

„Hat den gelben Teller ausgesucht. Durch den Kontrast der Farbe wurde das Essen für sie deutlich hervorgehoben, jedoch hat sie sich vermehrt auf die Mahlzeiten selbst bezogen. Wenn ihr das servierte schmeckt, dann isst sie dieses auch. Schmeckt es ihr nicht, dann lässt sie es zurückschicken.“ (Auszug 2)

*Probandin C (Teller Türkis):*

„Hat sich die Farbe Türkis ausgesucht. Durchgehend ein positives Gefühl erlebt, bei dem servieren des Tellers. Als Gefühl beschreibt sie Freude. Laut eigenen Aussagen, hat der Teller bei einem schlechten Tageswohlbefinden keine wirklich signifikante Wirkung gehabt.“ (Auszug 3)

*Probandin D (Teller grün):*

„Sie war von damals weiße Teller mit einem goldenen Rand gewöhnt und hat den Wunsch geäußert wieder die weißen Teller zu bekommen. Grundsätzlich war es für sie schwieriger sich an die grünen Teller zu gewöhnen, da noch die weißen Teller mit dem goldenen Rand aus der Vergangenheit bei ihr tief verankert sind.“ (Auszug 4)

*Probandin E (Teller rosa):*

„Hat sich für die Farbe rosa entschieden. Sie hat den Geschmack des Essens als verbessert appetitlicher beschrieben. Es hat ihr grundsätzlich besser geschmeckt und die Farbe des Tellers hat auch das Essen hervorgehoben. Das allgemeine Gefühl hat sie als wohligh beschrieben und auch angenehm.“ (Auszug 5)

„Sie beschreibt zum Teil das Essverhalten der anderen Mitbewohner\*innen als appetitmindernd – daher hat sie das Essen auch eher auf ihrem Zimmer eingenommen.“

(Auszug 6)

#### *Pflegepersonal*

„Bei Probandin B und Probandin C ist der Pflege aufgefallen, dass es beim Mittagessen zwischen beiden Bewohnerinnen und den anderen Mitbewohner\*innen kurz vor und nach dem Mittagessen ein Gesprächsthema geworden ist. Es hat sich eine Art Verbesserung des Selbstbewusstseins bemerkbar gemacht.“ (Auszug 7)

Arbeitsschritt	Beschreibung der Verwendung	Genutztes KI-/IT-System	Optionale zusätzliche Informationen (z. B. Homepage)
Generierung von Ideen und Konzeption der Arbeit	Brainstorming zum Thema	-	Themen-Input: <a href="https://www.agenetwork.at">https://www.agenetwork.at</a> <a href="https://www.gatterer.at/psychologe.html">https://www.gatterer.at/psychologe.html</a> (Webrecherche)
Literatursuche	Suchbegriffe, Startpunkte	ChatGPT	-
Literaturverwaltung und Zitationsmanagement	Quellen sammeln/ordnen Erstellung von In-Text-Zitaten und Literaturverzeichnis	ChatGPT/ Word (Literaturverwaltung)	-
Auswahl von Methoden und Modellen	Methodische Orientierung (Mayring, Design-Begründung)	-	-
Datenerhebung	Erstellung und Formulierung der Fragen	-	-
Datenanalyse Interviews	Kategorien bilden, Zusammenfassung, Auswertung nach Mayring	manuell in Word	-
Erstellung von Visualisierungen	Grafiken/Abbildungen erstellt	Word	-
Redigieren des Texts	Rechtschreibung/Stil, sprachliche Glättung	Word Rechtschreibprüfung/ ChatGPT	-
Übersetzung	Übersetzung des Abstracts auf Englisch	DeepL	<a href="https://www.deepl.com/de/translator">https://www.deepl.com/de/translator</a>

## EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe und ausschließlich jene Literatur, Quellen, Materialien, Hilfsmittel und technischen Werkzeuge (wie bspw. Künstliche Intelligenz [KI]) genutzt habe, die im Dokument angegeben sind. Sämtliche verwendete Literatur, Quellen, Materialien, Hilfsmittel und technischen Werkzeuge wurden von mir gemäß den Vorgaben der SFU dokumentiert und gemäß den Richtlinien wissenschaftlichen Arbeitens zitiert. Ich versichere darüber hinaus, dass weder ich noch eine andere Person die vorliegende Abschlussarbeit an einer anderen Hochschule oder Universität, auch nicht in einer anderen Sprache oder in einem anderen Studium oder in einer anderen Lehrveranstaltung, als Arbeit eingereicht haben.

Wien, am.....

.....

Unterschrift