Nationale Erhebung des Handlungsbedarfes für eine Änderung der Berufsbezeichnung von DiätassistentInnen bei PatientInnen in stationären Gesundheitseinrichtungen

Bachelorarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science im Fach Diätetik

Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Agrarwirtschaft und Lebensmittelwissenschaften

Studiengang Diätetik

Eingereicht von: **Franziska Ruhs**

1. Gutachter: Prof. Dr. Edda Breitenbach
2. Gutachter: Diplom. Med. Päd. Sabine Ohlrich-Hahn

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis.2020-0111-6

Neubrandenburg, den 13.06.2020

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Zielsetzung 1

2. Theoretischer Hintergrund 4

2.1 Definitionen 4

2.1.1 Diätetik 4

2.1.2 Diät 5

2.1.3 AssistentIn 6

2.1.4 DiätassistentIn 7

2.2 Der Beruf DiätassistentIn 8

2.2.1 Kompetenzen 8

2.2.2 Professionalisierung 10

2.2.3 Tätigkeitsfelder 10

2.2.4. Entwicklung der Berufsbezeichnung 11

3. Methodik 14

3.1 Studiendesign 14

3.2 Rekrutierung 15

3.3 Probanden 17

3.4 Erhebungsmethode 17

3.4.1 Struktur des Fragebogens 17

3.4.2 Material 18

3.5 Studienablauf 18

3.6 Statistik 21

4. Ergebnisse 22

4.1 Probandencharakteristik 22

4.1.1 Allgemein 22

4.1.2 Standorte 23

4.1.3 Wohnort – Einwohnerzahl 23

4.1.4 Stationen 24

4.1.5 Liegedauer 24

4.1.6 Schul- und Bildungsabschluss 25

4.1.7 Berufliche Tätigkeit 26

4.2 Auswertung der Primärhypothese 26

4.3 Auswertung sekundäre Hypothesen 29

4.3.1 Passgenauigkeit der Berufsbezeichnung 29
4.3.2 Bekanntheitsgrad DiätassistentInnen in Deutschland 31
4.3.3 Assoziationen mit dem Beruf 32
4.3.4 Bedeutung des Berufes im Gesundheitswesen 33
4.3.5 Kontakt zu DiätassistentInnen 35
4.3.6 Kontakt bei Ernährungsproblemen 36
4.3.7 Einschätzung der eigenen Ernährung der Probanden 38
4.3.8 Einschätzung der Ernährung der Einwohner Deutschlands 39
4.4 Weitere Ergebnisse 40
4.4.1 Assoziation mit dem Begriff „Diät“ 40
4.4.2 Assoziation mit dem Begriff „AssistentIn“ 41
4.4.3 Aufgabengebiete von DiätassistentInnen 42

5. Diskussion 43
5.1 Aktuelle und neue Berufsbezeichnung 43
5.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede 45
5.3 Bedeutung des Berufes 46
5.4 Limitationen und Stärken 47

6. Konklusion 49

7. Literaturverzeichnis 50

8. Danksagung 55

9. Anhänge 56

10. Eidesstaatliche Versicherung 62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: EQR-Niveau der Diätetik in den Vergleichsländern der GesinE-Studie 9
Tabelle 2: Vorschläge neuer Berufstitel für DiätassistentInnen 13
Tabelle 3: Überblick teilnehmende Schulen und Institutionen 14
Tabelle 4: In- und Exklusionskriterien 17
Tabelle 5: Übersicht Studienablauf 19
Tabelle 6: Probandencharakteristik 22
Tabelle 7: Verteilung der Probanden auf Bundesländer.....23
Tabelle 8: Wahl neuer Berufstitel x Passgenauigkeit aktueller Berufstitel 31
Tabelle 9: Assoziationen mit dem Begriff „DiätassistentIn“ 32
Tabelle 10: Kontakt zu DiätassistentInnen.....35
Tabelle 11: Einschätzung eigener Ernährung nach Geschlecht.....39
Tabelle 12: Weitere Assoziationen zum Begriff "Diät".....41

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Taxonomie zentraler Begriffe in der Diätetik 5
Abbildung 2: Verhältnis Assistenznehmer und Assistenzgeber..... 6
Abbildung 3: Handlungsfelder von DiätassistentInnen 11
Abbildung 4: Standorte der teilnehmenden.....15
Abbildung 5: Ablauf der Rekrutierung der Schulen 16
Abbildung 6: Ablauf Kontakt Probanden bis Befragung 20
Abbildung 7: Wohnort der ProbandInnen.....23
Abbildung 8: Stationen der ProbandInnen 24
Abbildung 9: Liegedauer der ProbandInnen in Tagen.....24
Abbildung 10: Schulabschluss ProbandInnen.....25
Abbildung 11: Bildungsabschluss der ProbandInnen 25
Abbildung 12: Berufliche Tätigkeit der ProbandInnen 26
Abbildung 13: Änderung der Berufsbezeichnung von DiätassistentInnen nach Geschlecht..27
Abbildung 14: Änderung der Berufsbezeichnung nach Schulabschluss.....27
Abbildung 15: Änderung der Berufsbezeichnung nach Wohnort.....28
Abbildung 16: Wahl neuer Berufsbezeichnung für DiätassistentInnen nach Geschlecht.....28
Abbildung 17: Wie finden Sie die aktuelle Berufsbezeichnung Diätassistent/in?.....29
Abbildung 18: Wie finden Sie die aktuelle Berufsbezeichnung Diätassistent/in?.....30
Abbildung 19: Passgenauigkeit des Berufstitels nach Bildungsabschluss 30
Abbildung 20: Ist Ihnen der Beruf Diätassistent/in bekannt? 31
Abbildung 21: Ist Ihnen der Beruf Diätassistent/in bekannt? 32
Abbildung 22: Was assoziieren Sie mit dem Berufstitel? 33
Abbildung 23: Bedeutung des Berufes im Gesundheitswesen.....33
Abbildung 24: Bedeutung des Berufes im Gesundheitswesen nach Geschlecht.....34
Abbildung 25: Bedeutung des Berufes im Gesundheitswesen nach Stationen 34
Abbildung 26: Kontakt mit einem/r Diätassistent/in nach Geschlecht.....35
Abbildung 27: Kontakt mit DiätassistentInnen nach BMI-Klassifikation 36
Abbildung 28: Angabe in welchem Bereich der Kontakt zu DiätassistentInnen erfolgte 36
Abbildung 29: Kontakt bei Ernährungsproblemen.....37
Abbildung 30: Kontakt bei Ernährungsproblemen nach Geschlecht.....37
Abbildung 31: Wie würden Sie Ihre eigene Ernährung einschätzen?.....38
Abbildung 32: Stimmen Sie zu, dass sich die überwiegende Mehrheit der Einwohner in Deutschland schlecht ernährt? 39

Abbildung 33: Stimmen Sie zu, dass sich die überwiegende Mehrheit der Einwohner in Deutschland schlecht ernährt? 40
Abbildung 34: Assoziationen mit dem Begriff "Diät" 40
Abbildung 35: Assoziationen mit dem Begriff "AssistentIn" 41
Abbildung 36: Welche Aufgabengebiete trauen Sie DiätassistentInnen zu? 42

Abkürzungsverzeichnis

BALD	Bund für Ausbildung und Lehre in der Diätetik
BMI	Body-Mass-Index
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DGEM	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
DiätAss-APrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Diätassistentinnen und Diätassistenten
DiätAssG	Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (Diätassistentengesetz)
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
EFAD	European Federation of the Associations of Dietitians
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
GLIM	Global Leadership Initiative in Malnutrition
ICDA	International Confederation of Dietetic Associations
VDD	Verband der Diätassistenten

Abstrakt (deutsch)

Hintergrund

Die staatlich geschützte Berufsbezeichnung Diätassistent/in ist von 1937 und damit längst nicht mehr zeitgemäß. Das mit der aktuellen Bezeichnung assoziierte Berufsbild spiegelt das tatsächliche Tätigkeitsfeld dieser Berufsgruppe zu wenig wider. Ziel der Studie war es, stationäre PatientInnen in Gesundheitseinrichtungen Deutschlands bezüglich der Notwendigkeit einer Änderung der Berufsbezeichnung von DiätassistentInnen zu befragen.

Methoden

Es wurde eine bundesweite, pseudonymisierte Patientenbefragung in sieben Gesundheitseinrichtungen mittels selbsterstelltem Fragebogen im Querschnittdesign durchgeführt. Die Befragung wurde durch angehende DiätassistentInnen der ansässigen Berufsschulen unterstützt. Zentrale Themen waren der Bekanntheitsgrad und Aufgabengebiete von DiätassistentInnen, Assoziationen mit dem Beruf, Bedeutsamkeit des Berufes im Gesundheitswesen sowie Vorschläge zur Änderung der Berufsbezeichnung.

Resultate

Insgesamt konnten 169 Probanden (männlich n=81, weiblich n=88) mit einem durchschnittlichen Alter von 59 ± 18 Jahren inkludiert werden. Es stimmten 78% (n=132) der ProbandInnen für eine Änderung der Berufsbezeichnung und sprachen sich in der absoluten Mehrheit (57%; n=75) für den möglichen neuen Berufstitel „Ernährungstherapeut/in“ aus. Ein Drittel der ProbandInnen (n=55) assoziierte mit dem aktuellen Berufstitel eine Gewichtsreduktion. Der Beruf wurde von 91% der ProbandInnen als sehr wichtig beziehungsweise äußerst wichtig im Gesundheitswesen eingeschätzt.

Konklusion

Die Studie zeigt, dass sich stationäre PatientInnen mehrheitlich für eine neue Berufsbezeichnung von DiätassistentInnen aussprechen. Eine Änderung der Berufs-bezeichnung ist wichtig, sodass PatientInnen den therapeutischen Schwerpunkt und die Eigenständigkeit der Berufsgruppe leichter erkennen können.

Abstract (english)

Background

The state-protected professional title “Diätassistent/in” is from 1937 and thus no longer up to date. The occupational profile associated with the current title does not reflect enough the actual field of activity of the profession. The aim of the study was to interview inpatients in health care institutions in Germany about the necessity of changing the professional title.

Methods

A nationwide, pseudonymised patient survey was conducted in seven health facilities using a self-created cross-sectional design questionnaire. The survey was supported by prospective dietitians from the local vocational schools. Key topics were the degree of awareness and areas of responsibility of dietitians, associations with the profession, significance of the profession in the health care system as well as suggestions for changing the professional title.

Results

A total of 169 subjects (male n=81, female n=88) with an average age of 59 ± 18 years were included. About 78% (n=132) of the test persons voted in favour of changing the professional title and in the absolute majority (57%; n=75) voted in favour of the possible new professional title “Ernährungstherapeut/in”. One third of the test persons (n=55) associated a weight reduction with the current professional title. The profession was rated as very important or extremely important in the health care system by 91% of the test persons.

Conclusion

The study shows that the majority of inpatients are in favour of a new professional title for german dietitians. A change in the professional title is important so that patients can recognize the therapeutic focus and autonomy of the occupational group more easily.

1. Einleitung und Zielsetzung

Steigende PatientInnenzahlen und eine bessere gesundheitliche Versorgung erfordern kompetentes, verantwortungsbewusstes Personal. Nicht nur Berufe im Gesundheitswesen, wie z.B. Ärzte, sondern vor allem auch die Gesundheitsfachberufe, welche klassisch an Berufsfachschulen ausgebildet werden, z.B. Hebammen/ Entbindungspfleger, nehmen einen immer mehr an Bedeutung gewinnenden Stellenwert in unserer Gesellschaft ein.

Durch entsprechende geschützte Berufstitel bei gesetzlich reglementierten Berufen sollen PatientInnen erkennen können, welches Tätigkeitsfeld das behandelnde Personal abdecken kann. Dennoch gibt es Berufe, bei denen sich PatientInnen nicht klar darüber sind, welches Tätigkeitsfeld sich hinter dem Berufstitel verbirgt. Einer dieser Berufe ist der des/der Diätassistenten/in, welche den einzigen Gesundheitsfachberuf für professionelle Ernährungstherapie, ernährungsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung darstellt [1].

Während sich andere Berufstitel im Laufe der Jahre verändert haben, beispielweise Krankenschwester in Pflegefachfrau oder Krankengymnast in Physiotherapeut, unterblieb diese Veränderung bei DiätassistentInnen. Das Handlungsspektrum hat sich jedoch stark verändert. Waren DiätassistentInnen früher hauptsächlich für die individuelle Speisenzubereitung der PatientInnen nach Anweisung des Arztes verantwortlich, stehen heute selbstständige, therapeutische Tätigkeiten im Mittelpunkt des beruflichen Handelns. So entwickelte sich eine Diskrepanz zwischen Berufstitel und Tätigkeit.

Die staatlich geschützte Berufsbezeichnung stammt aus den 30er Jahren des vorigen Jahrhunderts und ist damit längst nicht mehr zeitgemäß. Sie bedarf einer Änderung, da sie unter anderem das im Diätassistentengesetz definierte Ausbildungsziel nicht widerspiegelt. Hier heißt es, dass DiätassistentInnen zur „eigenverantwortlichen Durchführung diättherapeutischer und ernährungsmedizinischer Maßnahmen“ befähigt sind [2]. Diese Eigenverantwortlichkeit bzw. Selbstständigkeit im beruflichen Handeln wird durch den aktuellen Berufstitel jedoch nicht verkörpert.

Durch eigene Erfahrung im Krankenhauspraktikum während der Ausbildung zur Diätassistentin wurde deutlich, dass nicht nur PatientInnen, sondern auch Pflegefachkräfte, andere therapeutische Berufe und sogar teilweise ÄrztInnen wenig mit dem Berufstitel verbinden können. Die Berufsgruppe wird unter einer assistierenden Tätigkeit wahrgenommen und mit einem niedrigem Ausbildungslevel assoziiert. Durch den Wortbestandteil „-assistentIn“ scheint es, dass DiätassistentInnen „im Sinne von Helfern handeln und z.B. Pflege- oder andere Gesundheitsfachpersonen entlasten und an deren Anweisung und Aufsicht gebunden sind“ [3].

Zudem gibt es zahlreiche ungeschützte Berufs- und Funktionsbezeichnungen (z.B. Ernährungsberater, Diätberater), die ohne geprüfte fachliche Kompetenz Ernährungsberatung anbieten. Eine Abgrenzung zum Berufsbild von DiätassistentInnen ist für den Laien dadurch schwierig und Unterschiede in der fachlichen Kompetenz sind nicht erkennbar.

In einer nationalen Umfrage aus dem Jahr 2015 wurden PassantInnen aus Deutschland zum aktuellen Berufstitel befragt [4]. Fast die Hälfte (49,3%) der ProbandInnen kannte den Begriff „Diätassistent/in“ nicht und assoziierten mit dem Begriff überwiegend eine Gewichtsreduktion [4]. Des Weiteren wurde der Bezeichnung „Diätassistent/in“ die geringste Kompetenz zugeschrieben, im Vergleich zu den Berufstiteln „Diätologe/in“, „Diät- und Ernährungstherapeut/in“ und „Ernährungsmedizinsche/r Therapeut/in“, wobei letzterer für sehr kompetent gehalten wurde [4]. Die Berufstitel „Diätologe/ Diätologin“ sowie „Ernährungstherapeut/ Ernährungstherapeutin“ werden vom Verband der Diätassistenten (VDD) und dem Bund für Ausbildung und Lehre in der Diätetik (BALD) innerhalb des im September 2019 veröffentlichten 10-Punkte-Programmes zur Neuordnung und Stärkung der Ausbildung des Gesundheitsfachberufes DiätassistentIn vorgeschlagen [5].

Dass die Fachkompetenz von DiätassistentInnen gebraucht wird, steht durch den Anstieg an ernährungsabhängigen Erkrankungen außer Frage. Im Jahr 2016 waren mehr als 1,9 Milliarden der Erwachsenen (=39%) ab 18 Jahren übergewichtig und 650 Millionen (=13%) davon adipös [6].

Ein weiteres Beispiel für den dringend notwendigen Einsatz qualifizierter Ernährungsfachkräfte liefern die Ergebnisse des nutritionDay 2018, einer weltweiten Untersuchung der Ernährungssituation von PatientInnen in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Die Ergebnisse wurden in einer Vorveröffentlichung des 14. DGE-Ernährungsberichtes dargestellt. Es stellte sich heraus, dass unter den 48 teilgenommenen Stationen nur 58% ein Ernährungsteam haben und nur 10% über Diätassistenz verfügen [7]. Darüber hinaus stellte man fest, dass auf Grundlage der GLIM-Kriterien, von den teilgenommenen PatientInnen (n=767), insgesamt ca. 20% schwer mangelernährt und ca. 15% mäßig mangelernährt sind [7].

Um das Handlungsfeld und die Fachkompetenz von DiätassistentInnen für Angehörige des Gesundheitssektors und PatientInnen transparenter zu machen, ist eine entsprechende Änderung des Berufstitels dringend erforderlich.

Die Hauptfragestellung der vorliegenden Arbeit lautet daher: *Benötigen DiätassistentInnen aus Sicht von stationären PatientInnen eine neue Berufsbezeichnung, um als kompetentes Fachpersonal im Bereich Ernährung identifiziert zu werden?*

Der Arbeit liegt die Hypothese zugrunde, dass stationäre PatientInnen eine andere Berufsbezeichnung für DiätassistentInnen passender finden. Es soll gezeigt werden, dass dies für mehr als die Hälfte der PatientInnen zutrifft.

Weiterhin wird angenommen, dass der Beruf zwar weitgehend unbekannt sei und falsche Assoziationen mit dem Beruf verknüpft werden, jedoch auch, dass der Beruf als sehr wichtig im Gesundheitswesen erachtet werde.

Weiterführende Ziele waren unter anderem herauszufinden:

- wie hoch der Bekanntheitsgrad von DiätassistentInnen ist,
- was die ProbandInnen mit dem Beruf assoziieren und
- für wie wichtig die ProbandInnen den Beruf von DiätassistentInnen im Gesundheitssystem halten.

Die Arbeit soll zudem weitere Impulse setzen, um in Zukunft eine Änderung der Berufsbezeichnung von DiätassistentInnen in einen ihren Leistungen und Qualifikationen entsprechenden Berufstitel zu bewirken.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Definitionen

Zu vielen Definitionen, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit relevant sind, ist bisher noch kein Konsentierungsprozess erfolgt bzw. noch nicht abgeschlossen, sodass zu den meisten Begriffen je nach Quelle voneinander abweichende Definitionen existieren und nebeneinanderstehen. Im Nachfolgenden werden die Begriffe der Diätetik, Diät, AssistentIn sowie DiätassistentIn erläutert, um einen Überblick zu gewinnen was hinter dem Berufsbild steht und welche Bedeutung die Bestandteile des aktuellen Berufstitels verkörpern.

2.1.1 Diätetik

Handlungswissenschaften zeichnen sich dadurch aus, dass sie „neben einem Wissenschaftsbezug auch auf das jeweilige berufliche Handeln ausgerichtet sind und einen personalen Handlungsbezug fokussieren“ [8].

In Anlehnung des Verständnisses der Pflegewissenschaften als multidisziplinäre Handlungswissenschaft [9] wird auch die Diätetik als solche definiert, da sie „in der Bewältigung ihrer eigenen Problemstellungen, Aufgaben und der Reflexion theoretischer Grundlagen auf einen Austausch mit anderen Disziplinen angewiesen ist [10]. Von großer Bedeutung sind hierbei die Bezugsdisziplinen bzw. Bezugswissenschaften der Ernährungswissenschaft, (Ernährungs-) Medizin, (Ernährungs-) Psychologie sowie auch der Soziologie und Pädagogik [11]. Durch die Vielschichtigkeit von Aufgaben bzw. der Mehrdimensionalität von Handlungsorientierungen, wie der Fallbezug im klinischen Kontext gegenüber Aufgaben im administrativen Bereich im Versorgungsmanagement, wird die Diätetik als multidisziplinäre Handlungswissenschaft bestätigt [9, 10].

Die European Federation of the Associations of Dietitans (EFAD) gab 2005 erste Ansätze für eine Definition der Diätetik nach modernen Gesichtspunkten, wo sie als „interdisziplinär angewandtes Fach“ beschrieben wird und sich „um die Anwendung ernährungswissenschaftlicher Kenntnisse für die Behandlung von Krankheiten und Förderung der Gesundheit bemüht“ [12]. Auch in den Bezeichnungen von Studiengängen (z.B. Diaetologie in Österreich), Arbeitsfeldern (z.B. Public Health Dietetics) oder Berufsbezeichnungen (DiätassistentIn in Deutschland) findet sich der Begriff der Diätetik wieder. Nach der Terminologie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) aus dem Jahr 2013 wird die Diätetik zu einer von sieben Strukturbereichen (Verantwortungsbereiche) der klinischen Ernährung als Teil der Ernährungsmedizin zugeordnet [13].

Neben der Verbindung von Wissenschaft und beruflichem Handeln im Ernährungssektor, verfolgt die Diätetik das Ziel die Nährstoffversorgung in der Ernährungstherapie sowie der ernährungsbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention sicherzustellen [11]. Um dieses Ziel umsetzen zu können, ist das Ernährungsmanagement von zentraler Bedeutung. Im Ernährungsmanagement arbeiten verschiedene Berufsgruppen zusammen, die gemeinsam „dafür sorgen, dass jeder Patient gemäß seinen Bedürfnissen und seiner gesundheitlichen Situation entsprechend essen und trinken kann bzw. ernährt wird“ [14]. Dazu sind ernährungsbezogene, kommunikative Maßnahmen notwendig, um intervenieren zu können wenn die Versorgung nicht gewährleistet werden kann oder auch nicht gegeben ist [11].

Die folgende Grafik fasst die eben genannten Ausführungen zusammen:

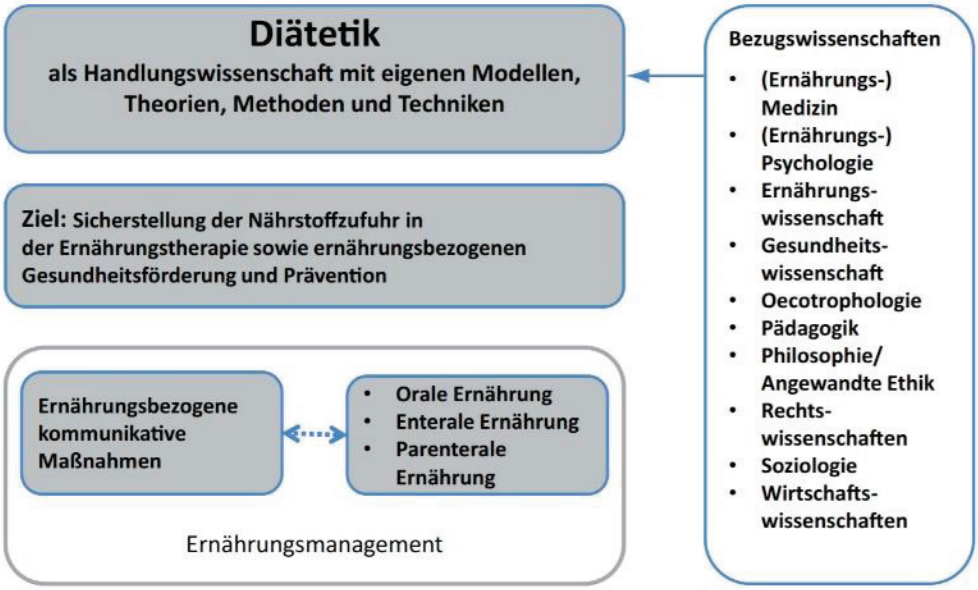

Abbildung 1: Taxonomie zentraler Begriffe in der Diätetik [11]

2.1.2 Diät

„Diät ist die gerichtete orale Zufuhr von Lebensmitteln mit dem Ziel der Beeinflussung des Leistungs- oder Gesundheitszustandes.“ [11]. In der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) wird die Diät definiert als eine „verordnete Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, in der sowohl die Art und Menge der Lebensmittel wie auch Art und Zeitpunkt der Aufnahme aus therapeutischen Gründen geregelt sind.“ [13]

Diäten können sowohl in der Prävention (Primar-, Sekundär-, Tertiärprävention) als auch in Therapie und Rehabilitation Anwendung finden [13] , mit dem Ziel die Einnahme natürlicher Lebensmittel in Bezug auf

- Nährstoffrelation und/oder
- Lebensmittelauswahl und/oder
- Konsistenz und/oder
- Zubereitung und/oder
- Mahlzeitenfrequenz

zu verändern [11], „um bestimmte Substanzen in Nahrungsmitteln zu eliminieren, zu vermindern oder zu erhöhen“ [13].

2.1.3 AssistentIn

Assistenz hat einen lateinischen Ursprung in dem Wort „assistere“, welches im übertragenen Sinne so viel bedeutet wie: „beistehen“, „helfen“, „unterstützen“[15].

AssistentInnen bzw. Assistenzberufe treten in verschiedenen Bereichen auf [16]:

- kaufmännischer Bereich, z. B. kaufmännische/r AssistentIn
- medizinischer Bereich, z. B. DiätassistentIn, medizinisch-techn. LaborassistentIn
- technischer Bereich, z. B. AssistentIn für Medientechnik

Synonyme, die für die Begriffsklärung von AssistentInnen nützlich sein können, sind

Gehilfe, Zuarbeiter, Unterstützer, Hilfskraft, Mitarbeiter [17].

Häufig findet der Begriff AssistentIn bzw. Assistenz dann Anwendung, „wenn sie von demjenigen bestimmt, gesteuert, geleitet oder ausgesucht wird, der sie nützt.“ [15].

Daraus lassen sich die Begriffe eines Assistenznehmers (z.B. der Chef) und eines Assistenzgebers (Arbeitnehmer) ableiten, die zueinander in einem Assistenzverhältnis stehen, welches die folgende Abbildung veranschaulicht [18]:

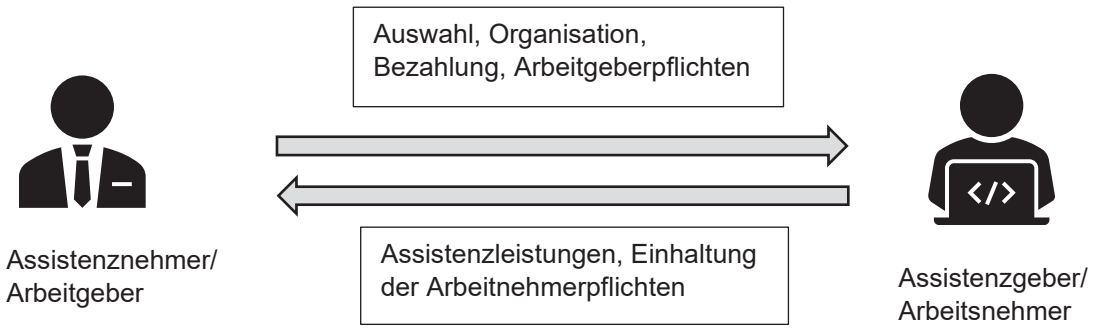

Abbildung 2: Verhältnis Assistenznehmer und Assistenzgeber [18]

Es bedeutet, dass zwischen Assistenznehmer und Assistenzgeber ein gewisser Hierarchieunterschied besteht und damit auch ein Unterschied in der Eigenverantwortlichkeit bzw. Selbstständigkeit der ausgeübten Aufgaben. Während der Assistenzgeber tut was aufgetragen wird, bestimmt der Assistenznehmer welche Aufgaben ausgeführt werden sollen bzw. führt sie auch selbstständig aus.

2.1.4 DiätassistentIn

DiätassistentInnen sind ausgebildete, staatlich anerkannte Personen, die eigenverantwortlich und selbstständig ernährungsmedizinische Maßnahmen in Therapie, Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsförderung bei Einzelpersonen oder in Gruppen durchführen [11]. Ihr professionelles, prozessgeleitetes Handeln beruht dabei auf wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen, welche sie sich durch regelmäßige Weiterbildungen aneignen und in ihre tägliche Arbeit integrieren [11].

DiätassistentInnen nehmen als einziger, gesetzlich geschützter, bundesrechtlich geregelter nichtärztlicher Heilberuf im Bereich der Diätetik und Ernährung eine besondere Stellung ein [19]. Grundlage für die bundesrechtlich geregelte Ausbildung von DiätassistentInnen ist das Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (DiätAssG) sowie die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Diätassistentinnen und Diätassistenten (DiätAss-APrV) [20]. Durch die im Ausbildungsziel des DiätAssG erwähnte eigenverantwortliche Handlungsweise wird eine hohe Autonomiestufe suggeriert, die juristisch so interpretiert werden kann, dass DiätassistentInnen zwar auf Anordnung des Arztes handeln, aber die ernährungsmedizinische Maßnahme in eigener Verantwortung planen und durchführen [21].

Auf internationaler Basis formulierten die International Confederation of Dietetic Associations (ICDA) und der europäische Dachverband der Diätassistenten (EFAD) ebenfalls eine Definition zu DiätassistentInnen.

Die ICDA verfolgt in der “International Definition of a Dietitian” die Anwendung und Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse:

„A dietitian is a person with a qualification in Nutrition & Dietetics recognized by national authority(s). The dietitian applies the science of nutrition to the feeding and education of groups of people and individuals in health and disease.”[22]

Der EFAD hatte diese Definition von der ICDA bis zur 27. Generalversammlung 2016 übernommen [23]. Danach wurde die Definition von DiätassistentInnen angepasst und vollständig überarbeitet und erweitert:

„Dietitians in Europe are recognized healthcare professionals, educated to at least Bachelor level. Using evidence-based approaches, dietitians work autonomously to empower or support individuals, families, groups and populations to provide or select food which is nutritionally adequate, safe, tasty and sustainable. Dietitians assess specific nutritional requirements throughout the life span and translate this into advice and/or treatment. This will maintain, reduce risk to, or restore health, as well as alleviate discomfort in palliative care. Beyond healthcare, dietitians improve the nutritional environment for all through governments, industry, academia and research."[23]

In dieser Definition wird auf die notwendige Akademisierung von DiätassistentInnen hingewiesen, da DiätassistentInnen in Europa mindestens einen Bachelorabschluss aufweisen sollen [24, 25]. In Deutschland findet die Ausbildung bisher an Berufsfachschulen und nicht auf Hochschulebene statt.

Allein aus den hier dargelegten Definitionen geht ein gewisser Widerspruch zwischen den komplexen Begriffen „Diät", „Diätetik" und auch der Beschreibung der „Diätassistenz" und der allgemeinen Bedeutung des Begriffs „Assistenz" hervor. Dieser besteht zwischen der Angabe der Eigenverantwortlichkeit und Selbstständigkeit des Handelns von DiätassistentInnen und ihrem damit unpassendem Berufstitel. Die nun folgende genauere Beleuchtung des Berufs der DiätassistentInnen bestärkt diesen Eindruck noch.

2.2 Der Beruf DiätassistentIn

2.2.1 Kompetenzen

Nach Erpenbeck [26] kann man Kompetenzen im Sinne einer Handlungsfähigkeit verstehen, wobei sich vier unterscheidbare Verständnisse abbilden lassen:

1) **Kompetenz als Teil der Fähigkeit zum umfassenden Bildungshandeln**
2) **Kompetenz als generalisierte Handlungsfähigkeit** (wie im Europäischen und im Deutschen Qualifikationsrahmen)
3) **Kompetenz als die Fähigkeit zum selbstorganisierten, kreativen Handeln** in (zukunfts-) offenen Situationen
4) **Kompetenz als die Fähigkeit zum vorwiegend kognitiven Handeln**

Die Bedeutung der unter Punkt zwei benannten Kompetenz als generalisierte Handlungsfähigkeit wird mithilfe des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) etwas näher beleuchtet. Mithilfe des DQR lassen sich die Qualifikationen des deutschen Bildungssystems systematisch einordnen, um so eine Erleichterung in der Orientierung innerhalb des Bildungssystems zu erreichen.

Um die erworbenen Kompetenzen sichtbar zu machen, werden acht Niveaus definiert, die auch denen des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) entsprechen [27]. Jener fungiert als europäischer Metarahmen und kann als Übersetzungsinstrument angesehen werden, welcher das Ziel hat, die einzelnen nationalen Qualifikationen innerhalb von Europa besser verständlich und vergleichbar zu machen [27].

Aktuell ist die Ausbildung von DiätassistentInnen auf dem DQR-Niveau 4 angesiedelt. Es beschreibt „Kompetenzen zur selbständigen Planung und Bearbeitung fachlicher Aufgabenstellungen in einem umfassenden, sich verändernden Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld“ [27]. Berücksichtigt man die Inhalte des Berufsgesetzes für DiätassistentInnen, besteht allerdings ein Widerspruch, da hier Tätigkeiten auf Höhe des DQR-Niveaus 6 definiert werden. Das DQR-Niveau 6 beinhaltet „Kompetenzen zur Planung, Bearbeitung und Auswertung von umfassenden fachlichen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in Teilbereichen eines wissenschaftlichen Faches oder in einem beruflichen Tätigkeitsfeld. Die Anforderungsstruktur ist durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet.“ [27]

Innerhalb der GesinE-Studie, welche ausgewählte Gesundheitsberufe einem europäischem Vergleich unterzog, kam heraus, dass DiätassistentInnen in Deutschland sich deutlich vom EQR-Niveau zu den anderen inkludierten Ländern unterscheiden (Tab. 1) [24].

Tabelle 1: EQR-Niveau der Diätetik in den Vergleichsländern der GesinE-Studie

Niveaustufe (EQR)	Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Österreich
4	Diätetik				
5		Diätetik			
6			Diätetik	Diätetik	Diätetik

Die Anhebung der Ausbildung von DiätassistentInnen auf hochschulisches Niveau würde dazu führen, eine diätetische Versorgung von hoher Qualität aufrechtzuerhalten, da auch die Ansprüche an die Ausbildung durch die Veränderungen der gesundheitlichen Versorgung national, europäisch und international weiter ansteigen [5]. Durch die Anhebung auf das EQR-Niveau 6 sollte dann auch in Deutschland klar sein, dass DiätassistentInnen keine assistierenden Tätigkeiten ausüben, sondern selbstständig und eigenverantwortlich agieren, und damit der aktuelle Berufstitel dringend geändert werden muss.

2.2.2 Professionalisierung

Bei nahezu allen Gesundheitsfachberufen in Deutschland sind Professionalisierungsbestrebungen festzustellen, bei denen vor allem die Anhebung des Qualifikationsniveaus auf Hochschulebene im Vordergrund stand [28]. Diese Erhöhung an Qualifikation hat nicht nur die Verwissenschaftlichung und Expertisierung der Gesundheitsfachberufe zum Ziel, sondern auch eine allgemeine Aufwertung des Rufes der Berufsgruppen [29]. Durch den unpassenden aktuellen Berufstitel bleibt die Anerkennung von DiätassistentInnen bei anderen Berufsgruppen aus. Dies kann durch eigene Erfahrung und durch Austausch mit anderen Diätetik-Studierenden bestätigt werden. Durch entsprechende Qualifikationen soll sich das ändern – wenn es schon nicht der Berufstitel tut. Weiterhin soll sich die Professionalisierung dem Problem der Anerkennung deutscher Abschlüsse im Ausland stellen, da die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe in der Regel auf Hochschulebene stattfindet [24, 25].

Seit 2013 ist es möglich, dass DiätassistentInnen sich durch einen dualen oder additiven Bachelorstudiengang (Bachelor of Science in Diätetik) akademisieren können [30]. Es ist ebenfalls möglich in verwandten Fachgebieten wie dem Gesundheitsmanagement oder der Berufspädagogik als DiätassistentIn eine Akademisierung anzustreben. Anhand der Inhalte der verschiedenen Studiengänge die DiätassistentInnen belegen können zeigt sich, dass sich das berufliche Handlungsfeld von DiätassistentInnen stark weiterentwickelt hat und längst kein Assistenzberuf mehr ist.

Auch anhand der Weiterbildungsmöglichkeiten wird deutlich, dass sich das Handlungsfeld von DiätassistentInnen deutlich verändert und erweitert hat. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) bietet neben regelmäßigen Seminaren zu aktuellen Ernährungsthemen auch Zertifikatslehrgänge an, um sich z.B. zu einer führenden Person in der Gemeinschaftsverpflegung (Verpflegungsmanager/ in DGE) weiterbilden zu lassen. Es besteht darüber hinaus auch die Möglichkeit, sich im kaufmännischen Bereich weiterzubilden, z. B. als Fachwirt/in für Gesundheits- und Sozialwesen oder Betriebswirt/in Management im Gesundheitswesen [31].

2.2.3 Tätigkeitsfelder

DiätassistentInnen sind heutzutage nicht mehr hauptsächlich in der Küche zu finden, sondern haben ihren Schwerpunkt in die therapeutische Richtung, zur Ernährungstherapie, verlagert [32, 33]. Sie sind in vielen verschiedenen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung tätig. Durch den aktuellen Berufstitel wird jedoch nicht erkennbar, was für ein Tätigkeitsspektrum hinter dem Beruf steht.

Um einen aktuellen Einblick in Handlungsfelder und Tätigkeitsschwerpunkte von DiätassistentInnen in Deutschland zu erhalten, wurde im Februar 2020 eine Berufsfeldanalyse vom VDD durchgeführt. Inkludiert wurden 1256 berufstätige DiätassistentInnen [32].

Es stellte sich heraus, dass die absolute Mehrheit der TeilnehmerInnen im stationären Bereich der Ernährungstherapie/ Ernährungsberatung (37%; n=390) bzw. im ambulanten Bereich der Ernährungstherapie/Ernährungsberatung (43%; n=449) tätig ist. Im betrieblichen Verpflegungsmanagement sind hingegen nur 9% (n=92) tätig (siehe Abb.3). Die Tätigkeitsschwerpunkte im Bereich Ernährungstherapie/ -beratung lagen bei 94% (n=834) der TeilnehmerInnen in den Einzelberatungen zu bestimmten diätetischen Themen. In relativ gleicher Teilnehmerzahl wurden Gruppenschulungen (44%; n=396), Prävention/Therapie von Mangelernährung (43%; n= 384) sowie Prävention und Gesundheitsförderung (40%; n=352) angegeben.

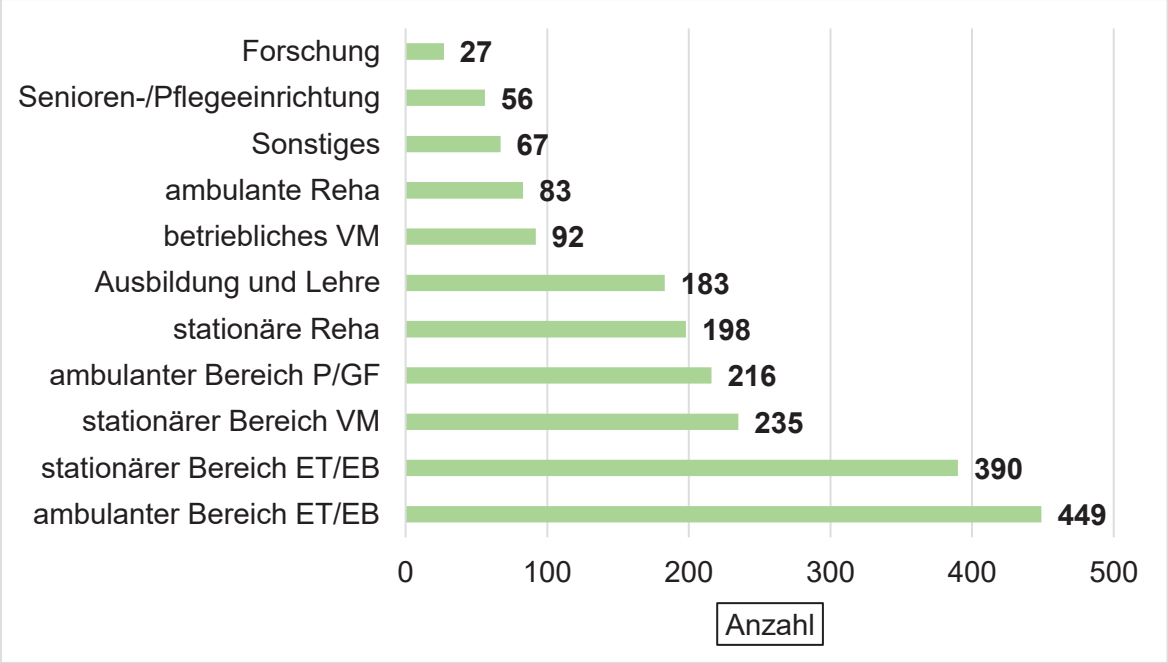

Abbildung 3: Handlungsfelder von DiätassistentInnen (n=890)

2.2.4. Entwicklung der Berufsbezeichnung

Die Ernährungstherapie gewann durch die einsetzende medizinische und ernährungswissenschaftliche Forschung in der Mitte des 19. Jahrhunderts vor allem in Kliniken und Sanatorien an Bedeutung [34, 35]. Für die Umsetzung von ernährungstherapeutischen Maßnahmen fehlte es allerdings an qualifiziertem Personal, sodass zum Ende des 19. Jahrhunderts die Ausbildung von „theoretischen Köchinnen startete“ [36]. Jene hatten die Aufgabe Energie- und Nährstoffgehalte der Diätkostformen zu berechnen, neue Rezepte für Diäten zu entwickeln sowie die dafür anfallenden Kosten zu kalkulieren [34].

Da weder Ärzte über ausreichendes Wissen im Fachgebiet Ernährung verfügten, um dieses weiterzugeben, noch angebotene Diätküchenkurse von privaten Haushaltsschulen mehr als Grundkenntnisse vermitteln konnten, wurde von Verwaltungsdirektoren und ärztlichen Leitern beschlossen, dass es eine Weiterbildung für ausgebildete Krankenschwestern geben sollte [36]. Daraus entwickelte sich das neue Berufsbild der „Diätschwester“, woraus eine eigenständige Ausbildung resultierte, welche aber immer noch von geringen theoretischen und praktischen Inhalten gekennzeichnet war [34].

Durch die Kriegszeit und dem Nationalsozialismus wurde die zunehmende Bedeutung der Diätetik erkannt, sodass 1937 die ersten staatlichen Regelungen für die Ausbildung von Diätassistentinnen festgelegt worden sind [36]. Die Berufsbezeichnung „Diätassistentin“ war den Vertretern der staatlichen Gesundheitsverwaltung besonders wichtig, da nur so zweifelsfrei symbolisiert wurde, dass sie dem Arzt und seinen Anweisungen unterliegen [36].

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Wahl des Berufstitels in der Zeit seiner Entstehung durchaus nachvollziehbar ist. Durch kurze Ausbildungszeiten, die Vermittlung von sehr geringen theoretischen Inhalten, eine geringe Verknüpfung von Theorie und Praxis, sowie die Weisungsgebundenheit zum Arzt, ist es verständlich, dass hier der Berufstitel auf die assistierende Tätigkeit hinweist. Heute ist der Beruf von DiätassistentInnen mit einer 3-jährigen Ausbildung verbunden, die mit 3050 Stunden theoretischem und praktischem Unterricht sowie mit 1400 Stunden praktischer Ausbildung nicht mehr mit den früheren Verhältnissen vergleichbar ist, da die SchülerInnen nun ausreichend Zeit haben, die erforderlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erlernen, entwickeln und zu festigen [37]. Das Ausbildungsziel sieht klar vor, dass DiätassistentInnen unter heutigen Gesichtspunkten eigenverantwortlich und selbstständig agieren können, welches der aktuelle Berufstitel aber nicht widerspiegelt.

2.2.5 Berufstitel

Wie in der Historie des Berufes dargestellt, ist die staatlich geschützte Berufsbezeichnung – Diätassistent/in – längst nicht mehr zeitgemäß [38]. Das Handlungsspektrum und das Selbstverständnis beruflichen Handelns von DiätassistentInnen hat sich enorm gewandelt. Hatte der Beruf zu Beginn noch starke pflegerische Wurzeln und eine ausgeprägte Weisungsgebundenheit gegenüber Ärzten, entspricht der Begriff der Assistenz nicht mehr dem heutigen Berufsbild [39]. Die durch den aktuellen Berufstitel verbundene Assistententätigkeit führt nicht nur zur Verwirrung, sondern auch zu einer falschen Klassifizierung und Deprofessionalisierung des Berufes [38]. Wenn man den Assistenzbegriff aus der einleitenden Definition aufgreift, wird nun auch klar, dass unter heutigen Gesichtspunkten DiätassistentInnen keine „Unterstützer“, „Zuarbeiter“ oder „Gehilfen“ sind.

Im Juni 2017 wurde auf der Gesundheitsministerkonferenz in Bremen beschlossen, dass eine Reform der therapeutischen Gesundheitsfachberufe „zwingend“ erforderlich sei, um eine flächendeckende und patientenorientierte gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten [40]. Die angestrebte Novellierung der Gesundheitsfachberufe soll sich insbesondere mit der Modernisierung der Berufsgesetze, den Ausbildungsstrukturen, kompetenzorientierten Aufgabenprofilen sowie der Transparenz der Ausbildung beschäftigen [40].

Da die Berufsbezeichnung Teil des Berufsgesetzes ist, kann man davon ausgehen, dass auch hierüber diskutiert werden wird.

Im Jahr 2018 wurde eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe gebildet, um die Novellierung der gesetzlichen Grundlagen der Gesundheitsfachberufe zu starten und damit endlich den Forderungen der verschiedenen Berufsverbände nachzugehen, die schon seit Jahren bestehen [41]. Den jeweiligen Berufsverbänden wurde ein umfangreicher Fragenkatalog zugesandt, so dass diese mit in die Entwicklung der Eckpunkte des „Gesamtkonzeptes Gesundheitsfachberufe“, welches die Basis für die gesetzlichen Änderungen darstellt, einbezogen werden [41].

Der Verband der Diätassistenten (VDD) und der Bund für Ausbildung und Lehre in der Diätetik (BALD) veröffentlichten auf Basis der Antworten zum Fragenkatalog der Bund-Länder AG im September 2019 ein 10-Punkte-Programm zur Neuordnung und Stärkung der Ausbildung des Gesundheitsfachberufes DiätassistentIn [5]. Hier werden auch Vorschläge für einen neuen Berufstitel aufgezeigt (siehe Tab. 2).

Tabelle 2: Vorschläge neuer Berufstitel für DiätassistentInnen [5]

Möglicher Berufstitel	**Anmerkungen**
Diätologin / Diätologe	• etablierte Berufsbezeichnung in Österreich • äquivalent zur internationalen Bezeichnung „Dietitian“
Ernährungstherapeutin/ Ernährungstherapeut	• umschreibt für die Bevölkerung leicht erkennbar das wesentliche Handlungsfeld • folgt dem Muster der Bezeichnung der anderen therapeutischen Gesundheitsberufe

Im Jahr 2005 wurde der Berufstitel in Österreich von Diätassistent/in und ernährungsmedizinische/r Berater/in in „Diätologe/in geändert und ist etabliert [42]. Darüber hinaus kommt in 13 von 16 Ländern in Europa der Begriff „Diät“ in den aktuellen Berufsbezeichnungen von DiätassistentInnen vor [42].

3. Methodik

3.1 Studiendesign

Es wurde eine bundesweite, pseudonymisierte Patientenbefragung mittels selbsterstelltem Fragebogen im Querschnittdesign während eines stationären Aufenthaltes in einer Gesundheitseinrichtung in verschiedenen Regionen Deutschlands mit unterschiedlich großer Bettenanzahl durchgeführt.
Es wurde eine standardisierte Befragung als Methodik gewählt, da sich die Befragung auf eine umfangreiche Population bezieht. Des Weiteren war das Ziel, vollständige Datensätze zu erhalten, die durch das gemeinsame Ausfüllen des Fragebogens gewährleistet wurde. Die Standardisierung war vor allem auch für die spätere Auswertung wichtig, sodass durch eine möglichst gleiche Gestaltung der Erhebungssituation vergleichbare Daten generiert werden konnten (z.B. keine Dritte anwesend).

Um einer standardisierten Befragung gerecht zu werden, wurden vor Ort in den verschiedenen Regionen Interviewer benötigt. Dazu wurden Berufsfachschulen für DiätassistentInnen angefragt, ob SchülerInnen des 2./3. Lehrjahres die Befragung in einer mit der Lehre kooperierenden Gesundheitseinrichtung durchführen. Daraus ergab sich eine Zusammenarbeit mit sieben Schulen für DiätassistentInnen. Die Befragung mit Unterstützung der Schulen anzugehen, resultierte aus der Erwartung des problemlosen Ablaufens in den Kliniken, da Abteilungen/ Stationen durch Lehre oder Praktikum bekannt sind. Tabelle 3 gibt einen Überblick, welche Schule mit welcher Gesundheitseinrichtung kooperierte und wo letztendlich auch die Befragung stattfand.

Tabelle 3: Überblick teilnehmende Schulen und Institutionen

Schule	Gesundheitseinrichtung	Bettenzahl
Berufsfachschule für Diätassistenten Bayreuth	Fachklinik Stadtsteinach	87
Schule für Diätassistenten Bielefeld	Ev. Klinikum Bethel Bielefeld	1555
Staatlich anerkannte Fachschule für Diätassistenten Quakenbrück	Christliches Krankenhaus GmbH Quakenbrück	470
Medizinische Berufsfachschule Leipzig	Universitätsklinikum Leipzig (AöR)	1450
Diätschule am Marienhospital Stuttgart	Marienhospital Stuttgart	761
DRK Bildungswerk Sachsen gGmbH BFS für Diätassistenten Dresden	Städtisches Klinikum Dresden-Friedrichstadt	893
Diätschule Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	600

Abbildung 4: Standorte der teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen

Der Befragungszeitraum erstreckte sich von Ende September 2019 bis Mitte Februar 2020. Die Befragung wurde dabei inklusive Vorbereitung innerhalb von zwei Werktagen abgeschlossen.

Die Autorin hat am 14.08.2019 einen Ethikantrag bei der Ethikkommission der Hochschule Neubrandenburg eingereicht. Das Ethikvotum erfolgte am 06.09.2019 durch den Leiter der Ethikkommission.

3.2 Rekrutierung

Vor der eigentlichen Rekrutierung wurde gemeinsam mit dem Präsidium des Verbandes der Diätassistenten (VDD) im Juni 2019 eine Vorauswahl an Schulen getroffen, die den Befragungsprozess mit durchführen sollen. Dabei wurde darauf geachtet, dass die Schulen regional so verteilt sind, dass sie für die Befragung an unterschiedlich große Klinika bzw. Krankenhäuser angebunden sind und ein gutes nationales Befragungsergebnis liefern können. Das ursprüngliche Ziel, das gesamte Bundesgebiet zu repräsentieren, konnte durch das Fehlen vom Nordosten Deutschlands nicht erreicht werden. Folgende Bundesländer waren vertreten: Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen.

Danach wurden die zehn ausgewählten Schulen im Juli per Mail kontaktiert und anschließend wurde im Rahmen eines Telefongespräches mit der Autorin ausführlich über das Vorgehen gesprochen. Aufgrund mehrerer Absagen erfolgte im September 2019 eine nochmalige Rekrutierung von drei Schulen, wovon eine zusagte. Im Januar 2020 erfolgte die letzte und erfolgreiche Rekrutierung von einer Schule, um mit insgesamt sieben Schulen das gewünschte Ergebnis einer guten regionalen Verteilung, einem repräsentativen Abbild der Kliniklandschaft sowie einer angemessenen Befragungszahl zu erreichen.

Die Absagen ergaben sich aus Gründen von Personalmangel durch Krankheit oder auch die Hürde des bürokratischen Aufwandes. Dabei soll erwähnt sein, dass es letztlich an der Zustimmung der Gesundheitseinrichtungen scheiterte, welche die Schulen einholen mussten. Der bürokratische Aufwand ergab sich dadurch, dass alle Studienvorhaben nach einer festgelegten Hierarchie vorzustellen sind. Zuerst muss das Vorhaben von Datenschutzbeauftragten abgesegnet und dann jeweils vom medizinischen, pflegerischen und wissenschaftlichen Vorstand geprüft werden. Erst danach können auch Pflegedienstleitungen einbezogen werden, die dann wiederrum Stationsleitungen informieren müssen. Insgesamt war dieser Vorgang an einigen Institutionen schlichtweg zu zeitaufwendig, da die verschiedenen Instanzen nur in großen Abständen tagten. Dadurch hätte es zu lange gedauert, bis man eine Zu- oder Absage bekommen hätte.

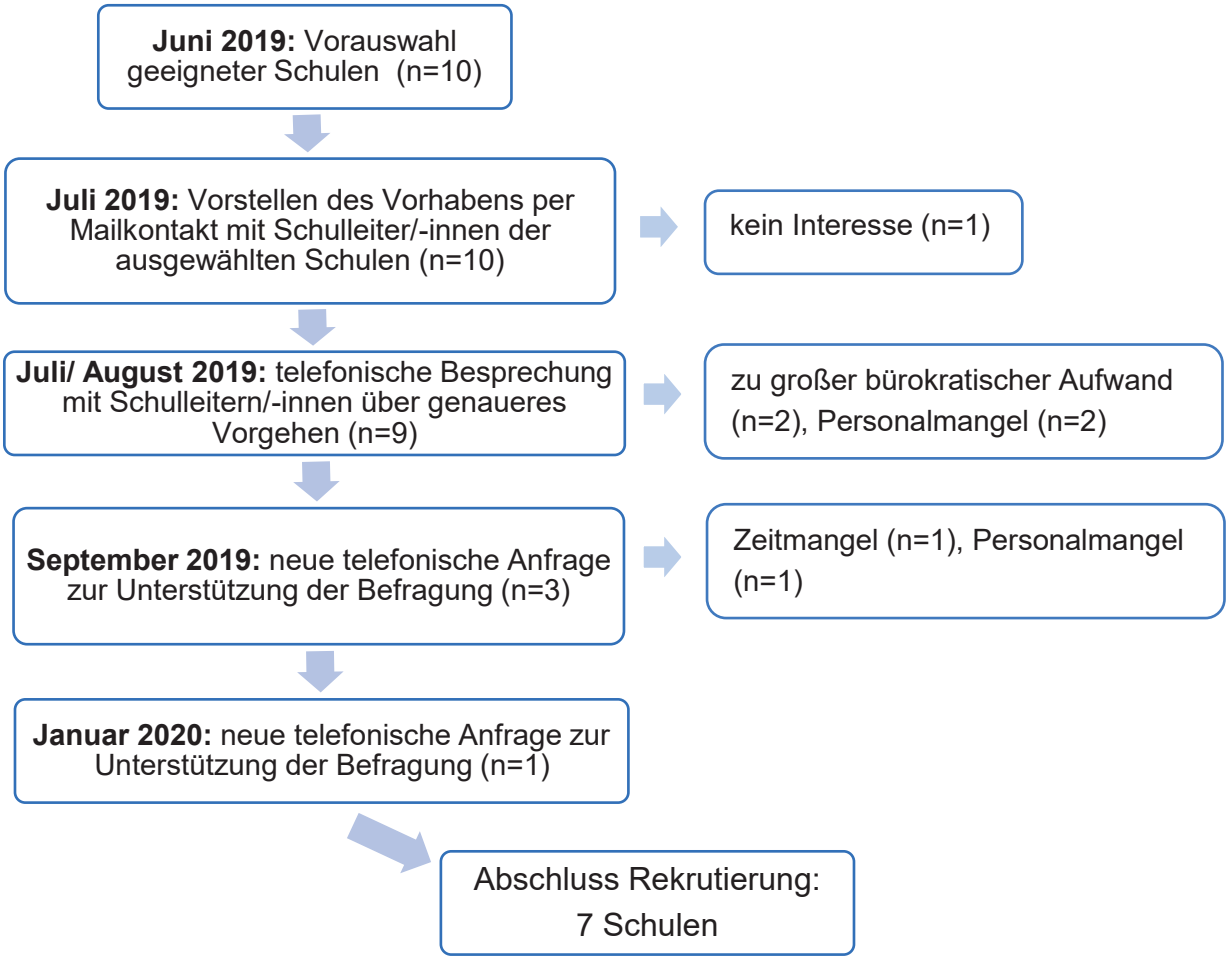

Abbildung 5: Ablauf der Rekrutierung der Schulen

3.3 ProbandInnen

Insgesamt konnten 169 ProbandInnen befragt werden. Geschlecht und BMI spielten dabei keine Rolle. Es wurde keine explizite Auswahl von Erkrankungen bzw. Aufnahmegründen getroffen, dennoch sollten die ProbandInnen geistig und kognitiv fit sein, um an der Befragung teilnehmen zu können. Daher wurden die Stationen der Intensiv- und Palliativmedizin exkludiert. Die teilnehmenden Stationen wurden vorab gemeinsam mit der Pflegedienstleitung abgestimmt.

Tabelle 4: In- und Exklusionskriterien

Inklusionskriterien	**Exklusionskriterien**
Alter ab 18 Jahren, alle Geschlechter (m/w/d)	Alter < 18 Jahre
geistige und kognitive Gesundheit	fortgeschrittene dementielle Erkrankung, intensivpflichtige Erkrankungen
Erteilte Einwilligung zur Teilnahme an der Studie	gesetzlicher Betreuer
Stationen (u.a.): - Gastroenterologie, Chirurgie, Onkologie	Stationen: - Palliativmedizin, Intensivmedizin

3.4 Erhebungsmethode

Für die Erhebung wurde ein umfassender, zweiteiliger Fragebogen entwickelt. Die Befragung wurde dabei persönlich durch die SchülerInnen oder die Autorin selbst durchgeführt, welche auch den Fragebogen ausfüllten und nicht von den PatientInnen selbst.

3.4.1 Struktur des Fragebogens

Um eine schnelle Entscheidungsfindung der ProbandInnen zu ermöglichen, wurden die Fragen verständlich und einfach formuliert und die Beantwortung der Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien erleichtert. Es wurden geschlossene Fragen formuliert, teilweise mit Einfachnennung und einem hohen Anteil an Mehrfachnennung. Bei den Fragen mit Möglichkeit der Mehrfachnennung wurde dies den ProbandInnen mitgeteilt. Für zwei Fragen wurden numerische Rating-Skalen verwendet. Der Bereich geht bei beiden Fragen jeweils von eins bis fünf (z.B. 1 = unwichtig; 5 = äußerst wichtig).

Falls die ProbandInnen in keiner vorgeschlagener Antwortkategorie ihre Meinung wiederfanden, bestand die Möglichkeit im zweiten Teil des Fragebogens unter „Sonstiges“ eine weitere Antwort anzugeben. Damit sollte erreicht werden, ein wahrheitsgemäßes Abbild der Meinung der ProbandInnen zu erhalten und eine valide Datenbasis zu generieren.

Der Fragebogen bestand aus 2 Teilen. Der allgemeine Teil umfasste Fragen, die zur Feststellung möglicher Korrelationen und der näheren Charakterisierung der Probanden durch sozioökonomische Indikatoren diente:
Im ersten Teil des Fragebogens wurden zunächst Daten erhoben über:

- das Alter, Geschlecht, BMI,
- Station und Liegedauer, sowie
- den Bildungsstatus, berufliche Tätigkeit und Einwohnerzahl des Wohnortes.

Der zweite Teil stellte den Hauptschwerpunkt der Befragung dar, da es in diesem Teil konkret um das Berufsfeld von DiätassistentInnen ging. Es wurden Fragen gestellt bezüglich der Themen:

- Bekanntheitsgrad von Diätassistenten,
- Assoziationen mit dem Beruf,
- Aufgabengebiete von Diätassistenten,
- Bedeutsamkeit des Berufes sowie
- Vorschläge zur Änderung der Berufsbezeichnung.

3.4.2 Material

Für die Durchführung der Befragung wurden folgende Unterlagen von der Autorin erstellt:

- Musteranschreiben für Klinik, Schule, Station
    - Vorstellen der Studie und dem Vorgehen vor Ort
- Instruktionsanleitung für die SchülerInnen
    - genaue Handlungsanleitung, damit die SchülerInnen gut vorbereitet sind
- Einwilligungserklärung (2-fach), Informationsschreiben für ProbandInnen
    - Einwilligung + Info zur Studie
- Codierungsliste
    - ProbandInnen werden mit einem Code versehen für eine pseudonymisierte Befragung; Codes wurden schon generiert
- Fragebogen für ProbandInnen (2-teilig)
    - dient der Erhebung der Studiendaten

Der Fragebogen kann im Anhang eingesehen werden.

3.5 Studienablauf

Die Leitungen der Berufsschulen für DiätassistentInnen kontaktierten mit einer Vorabinformation die Leitungen der Klinika, in denen die Befragung stattfinden soll und erfragten die Erfolgsaussicht, die Befragung durchführen zu dürfen.

Nach dem Erhalt des Ethikvotums wurden die Kliniken von der jeweiligen Schulleitung erneut informiert und um finale Zustimmung zur Studie gebeten. Gleichzeitig wurde bei positiver Rückmeldung seitens der Klinikleitung der Beginn der Befragung signalisiert. Daraufhin benannte die Pflegedirektion Stationen, auf denen die Befragung stattfand. Um den weiteren organisatorischen Ablauf zu besprechen und die Durchführung der Befragung durch die SchülerInnen zu gewährleisten, traten die Schul- bzw. Fachbereichsleiter mit den jeweiligen Stationen in Kontakt. Für die Sicherstellung der Erhebung valider Daten und der wissenschaftlichen Auswertung dieser, erhielten die SchülerInnen von der Autorin eine Instruktionsanleitung mit genauem Handlungsalgorithmus.

Tabelle 5: Übersicht Studienablauf

	VORTAG	ERHEBUNGS-TAG	AUSWERTUNGS-PHASE	VERANTWORT-LICHER
Erstellung Übersicht bzw. Zuweisung geeigneter Patienten für die Befragung	×			Pflegepersonal
Austeilen des Infoblattes + Einverständniserklärung an die Probanden/-innen	×			SchülerInnen/ Studien-durchführende
Einholen der Einverständniserklärung + Codierung		×		SchülerInnen/ Studien-durchführende
Ausfüllen der Fragebögen mit den Probanden		×		SchülerInnen/ Studien-durchführende
Dateneingabe, Datenmanagement			×	Studien-durchführende
SPSS®			×	Studien-durchführende

Das Stationspersonal wurde von der Pflegedienstleitung gebeten, **1-3 Tage vor der Befragung,** schriftlich oder vor Ort dann mündlich, PatientInnen zu benennen, die nach den Inklusionskriterien (geistige und kognitive Gesundheit, Alter > 18 Jahre, kein gesetzlicher Betreuer) in der Lage sind, an der Befragung teilzunehmen. Dabei wurde ein möglichst ausbalanciertes Verhältnis der Geschlechter sowie gemischte Altersklassen angestrebt.

Am Vortag der Befragung erhielten die SchülerInnen vom Stationspersonal mündlich oder in Form einer Liste die potenziellen PatientInnen für die Befragung.

Diese suchten die SchülerInnen in ihren Zimmern auf und händigten ihnen nach einer kurzen Erläuterung des Vorhabens ein Infoblatt und die Einverständniserklärung aus. Diese konnten sich die PatientInnen in aller Ruhe bis zum nächsten Tag durchlesen. Damit wurde ein ausreichender Abstand zwischen Patienteninformation und Durchführung der Befragung gewährleistet.

Am Tag der Befragung gingen die SchülerInnen die Einwilligungserklärung detailliert mit dem/der Patienten/-in durch und holte das Einverständnis ein. Die Einverständniserklärung gab es in zweifacher Form: ein Exemplar blieb bei den ProbandInnen, das andere nahmen die SchülerInnen mit. Beim Einverständnis zur Studie erfolgte an dieser Stelle die Codierung.

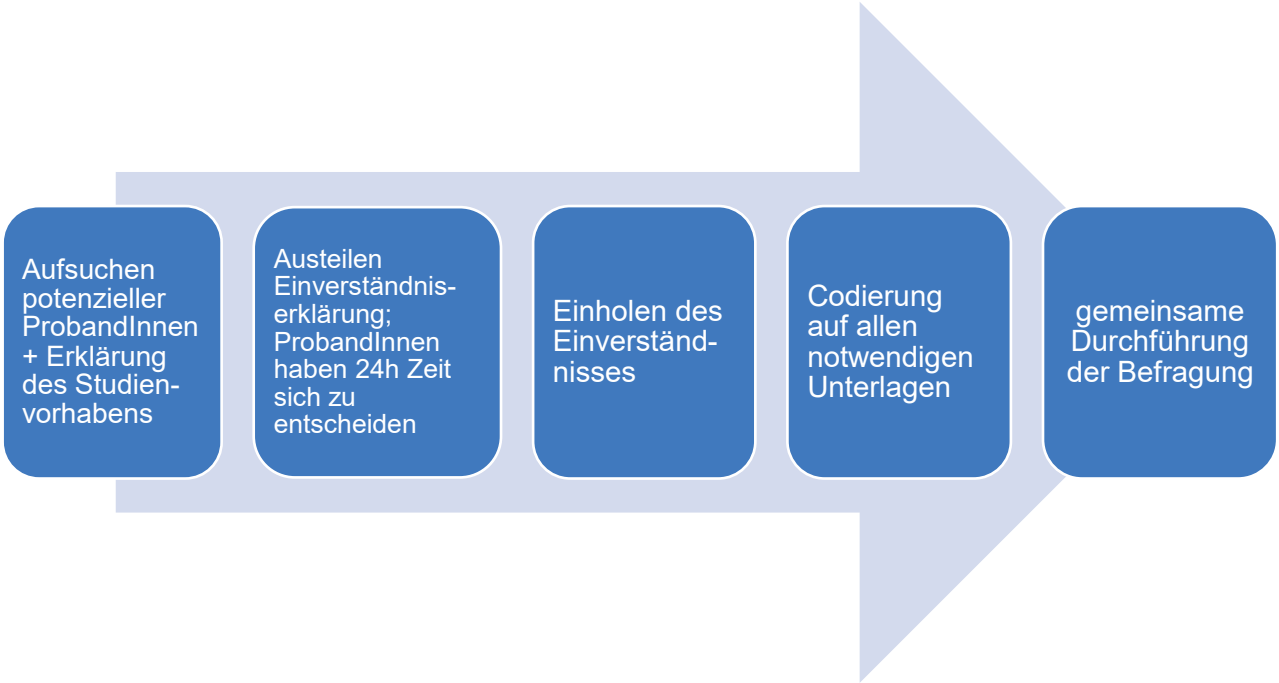

Abbildung 6: Ablauf Kontakt Probanden bis Befragung

Der Name der ProbandInnen und das Geburtsdatum wurde in die vorbereitete Codierungsliste eingetragen und der dazugehörige Code auf die Einwilligung und den Fragebogen übernommen. Die Codierung war wie folgt:

- Einrichtung = Buchstabe Alphabet
- ProbandIn = Zahl 01- (max.) 40
- z.B.: erste Einrichtung, erster Patient = A-01

Danach führten die SchülerInnen die Befragung direkt im Anschluss durch. Dabei wurden die Fragen laut und verständlich vorgelesen und die Antworten der ProbandInnen festgehalten. Die Befragung wurde zu individuell günstigen Zeiten am Morgen, Mittag bzw. Nachmittag durchgeführt.

Dabei sollten Störungen durch Visiten, Untersuchungen und der Mahlzeitenaufnahme vermieden werden. Die Erhebung der Daten auf der Station nahm pro PatientIn 10 bis maximal 15 Minuten in Anspruch.

Im Zuge der Befragung wurden Daten für den allgemeinen Teil des Fragebogens aus den Patientenakten benötigt:

- Alter, Körpergröße,
- Körpergewicht und Body-Maß-Index (BMI)

Die Stationen wurden nach Absprache mit der Pflegedirektion von den SchulleiterInnen gebeten, den SchülerInnen Zugang zu den Akten/ Patientenkurven zu gewähren sowie einen Ansprechpartner zur Verfügung zu stellen, damit vollständige Daten erhoben werden können. Wenn die benötigten Daten in der Akte fehlten, wurden diese von den SchülerInnen erhoben, zusammen mit dem Pflegepersonal in die Akte eingetragen und in den Fragebogen übernommen. Falls PatientInnen tagesaktuell nicht in der Lage sein sollten, an der Studie teilzunehmen, so wurde dies den SchülerInnen mitgeteilt.

Abschließend wurden die ausgefüllten Fragebögen, innerhalb einer Woche nach Befragungsende zurück an die Studiendurchführende, gesendet. Die Einverständnis-erklärungen sowie Codierungslisten verblieben bei den jeweiligen Schulen bzw. Gesundheitseinrichtungen, sodass für die Auswertung keine Rückverfolgung der Person möglich war.

3.6 Statistik

Die statistische Auswertung des gesammelten Datenmaterials wurde mit der Software IBM SPSS Statistics 25 (IBM, Armonk, USA) durchgeführt. Dabei wurden die Daten deskriptiv und inferentiell ausgewertet. Für die Beurteilung wurde ein Signifikanzniveau von 0,05 festgelegt. Im Rahmen der deskriptiven Statistik wurden Häufigkeitsverteilungen sowie Mittelwert, Maximum, Minimum und Standardabweichung ermittelt. Um die Mittelwerte metrischer Variablen zu vergleichen, wurde vorab auf Normalverteilung mittels des Shapiro-Wilk-Tests getestet und im Anschluss mit dem Mann-Whitney-U-Test bzw. dem t-Test bei unabhängigen Stichproben auf statistische Signifikanz untersucht.

Für den speziellen Teil des Fragebogens wurden die Daten je nach Skalenniveau mithilfe von Kreuztabellenanalysen und dem Chi^2-Test bzw. den exakten Test nach Fisher auf Zusammenhänge analysiert oder auf bivariate Korrelationen geprüft. Für die grafische Darstellungen wurde ebenfalls die Software IBM SPSS Statistics 25 sowie Microsoft Excel Office 365 genutzt.

4. Ergebnisse

Zunächst werden die Resultate zur näheren Charakterisierung der ProbandInnen präsentiert. Danach erfolgt die Auswertung der Primär- und Sekundärhypothesen sowie folgend die weiteren Fragen der Studie geordnet nach ihrer Wichtigkeit.

4.1 Probandencharakteristik

4.1.1 Allgemein

Für die Befragung konnten 169 stationär aufgenommene ProbandInnen rekrutiert werden. Der Mittelwert des BMI lag bei Männern und Frauen bereits im Übergewichtsbereich. Weitere geschlechtsspezifische Angaben sind in Tabelle 6 zu sehen.

Tabelle 6: Probandencharakteristik (n=169)

	Gesamt MW ± SD (Min. – Max.)	**Männer (n=81) MW ± SD (Min. – Max.)**	**Frauen (n=88) MW ± SD (Min. – Max.)**	**p-Wert (m vs. w)**
Alter in Jahren	59 ± 18 (18-95)	59 ± 16 (21-92)	58 ± 20 (18-95)	0,789*
Körpergröße in cm	171 ± 11 (142-208)	177 ± 10 (150-208)	165 ± 8 (142-186)	**< 0,001****
Körpergewicht in kg	83 ± 25 (39-190)	90 ± 25 (39-190)	76 ± 24 (47-163)	**< 0,001***
BMI in kg/m²	28,1 ± 7,3 (16,0-56,6)	28,6 ± 6,8 (16,0-54,2)	27,6 ± 7,7 (18,5-56,6)	0,068*

MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung
** Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben*
*** t-Test bei unabhängigen Stichproben*

Am meisten ProbandInnen konnten in den Alterskategorien 66-75 (24%) und 56-65 (21%) rekrutiert werden. Die ProbandInnen wurden auf Basis der Berechnung des Body-Mass-Index in die von der WHO allgemein gültigen Einstufungskriterien eingeordnet. Es zeigte sich, dass die relative Mehrheit der ProbandInnen (n=73; 43%) im Bereich des Normalgewichtes liegt. Eine Darstellung dazu sowie der Alterskategorien befindet sich im Anhang.

4.1.2 Standorte

Wie in Tabelle 7 ersichtlich, wurde eine relativ gleiche Verteilung der Menge an ProbandInnen in den teilnehmenden Bundesländern erreicht. In Sachsen ist die Anzahl der ProbandInnen höher, da hier 2 Standorte im gleichen Bundesland teilgenommen haben.

Tabelle 7: Verteilung der ProbandInnen auf Bundesländer (n=169)

Bundesland (Standorte)	Anzahl	Prozent (%)
Sachsen (Leipzig)	21	12
Sachsen (Dresden)	24	14
Bayern (Stadtsteinach)	26	15
Hessen (Bad Hersfeld)	28	17
Baden-Württemberg (Stuttgart)	21	12
Nordrhein-Westfalen (Bielefeld)	19	11
Niedersachsen (Quackenbrück)	30	18

4.1.3 Wohnort – Einwohnerzahl

Die ProbandInnen kommen zahlenmäßig gleichmäßig verteilt aus Orten der Kategorien <5.000, 5-20.000 und >100.000 Einwohner (siehe Abb. 7).

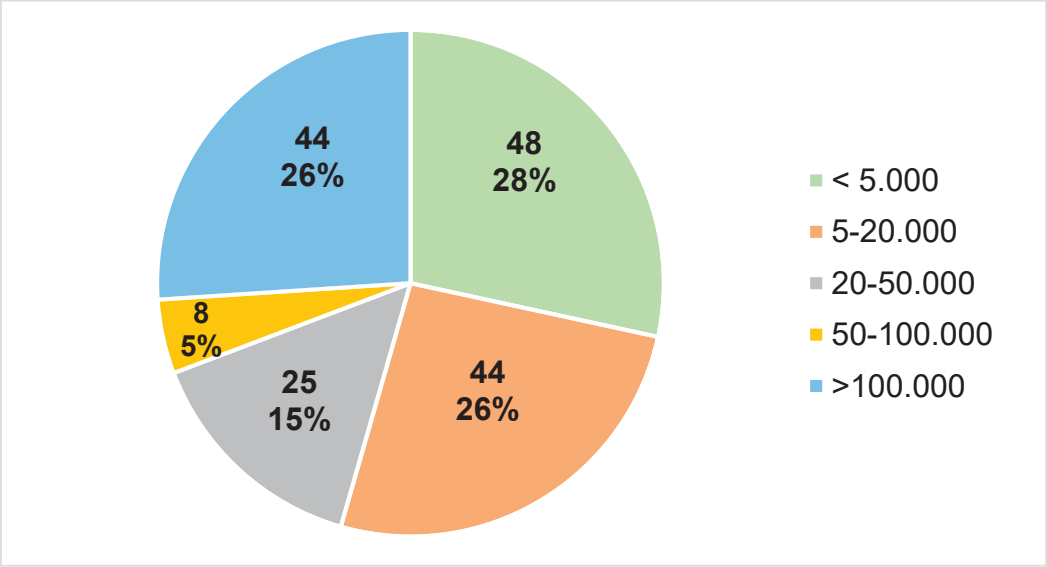

Abbildung 7: Wohnort der ProbandInnen (n=169)

4.1.4 Stationen

Es wurden ProbandInnen auf insgesamt zwölf verschiedenen Stationen befragt, wobei die meisten ProbandInnen auf den Stationen der Gastroenterologie, Neurologie und Chirurgie befragt werden konnten (siehe Abb. 8).

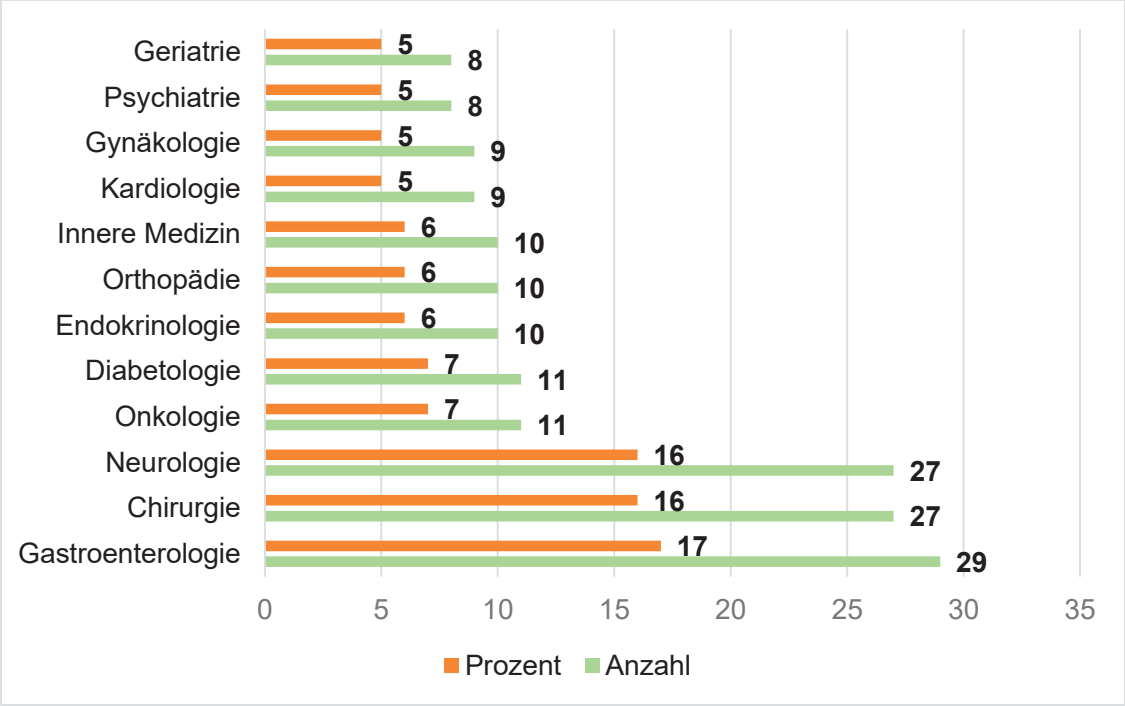

Abbildung 8: Stationen der ProbandInnen (n=12)

4.1.5 Liegedauer

50% der Befragten wiesen eine Liegedauer von maximal einer Woche auf. Die Mehrheit der restlichen ProbandInnen (32%; n=54) hatte eine Liegedauer von länger als einer Woche (siehe Abb. 9).

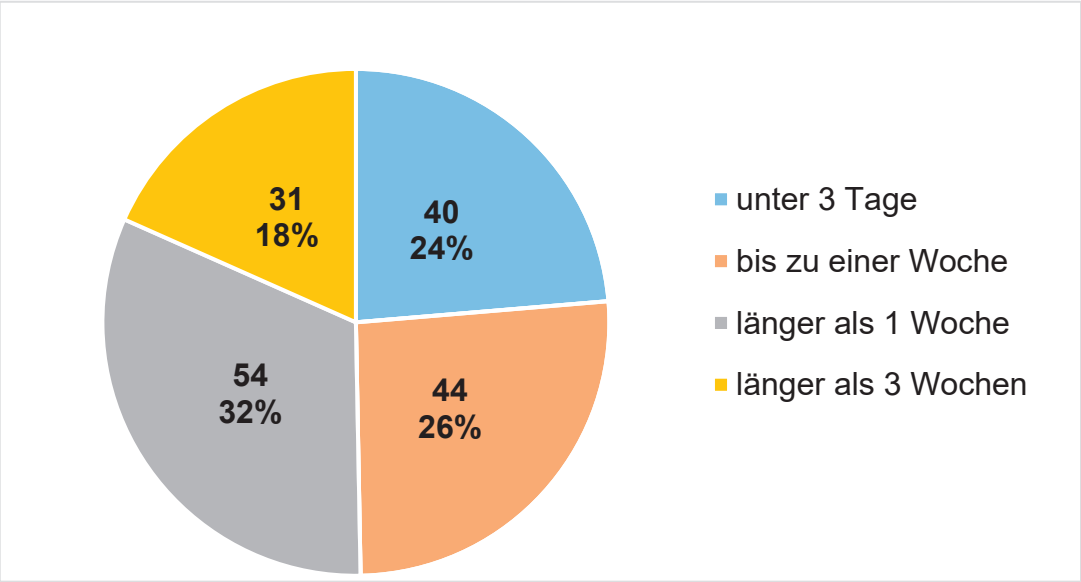

Abbildung 9: Liegedauer der ProbandInnen in Tagen (n=169)

4.1.6 Schul- und Bildungsabschluss

Abbildung 10 zeigt die Verteilung des höchsten Schulabschlusses der ProbandInnen.

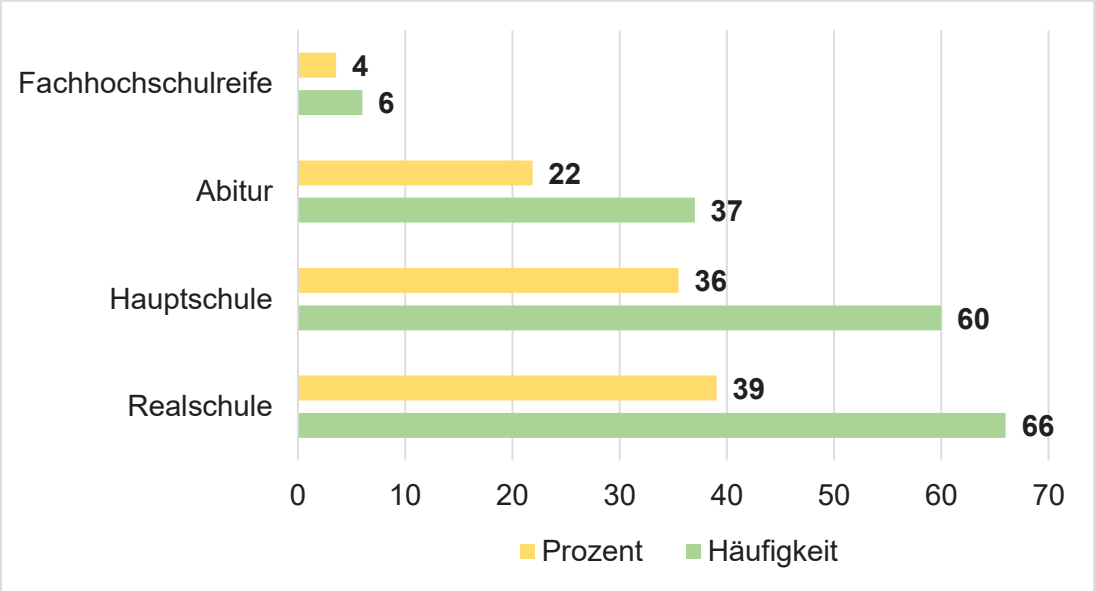

Abbildung 10: Schulabschluss ProbandInnen (n=169)

Aufbauend dazu wird in Abbildung 11 der Bildungsabschluss dargestellt. In einer weiterführenden Analyse stellte sich heraus, dass von den insgesamt 37 AbiturientInnen 22 (59%) ein Studium absolviert haben und 5 (13,5%) keinen weiterführenden Bildungsabschluss besitzen.

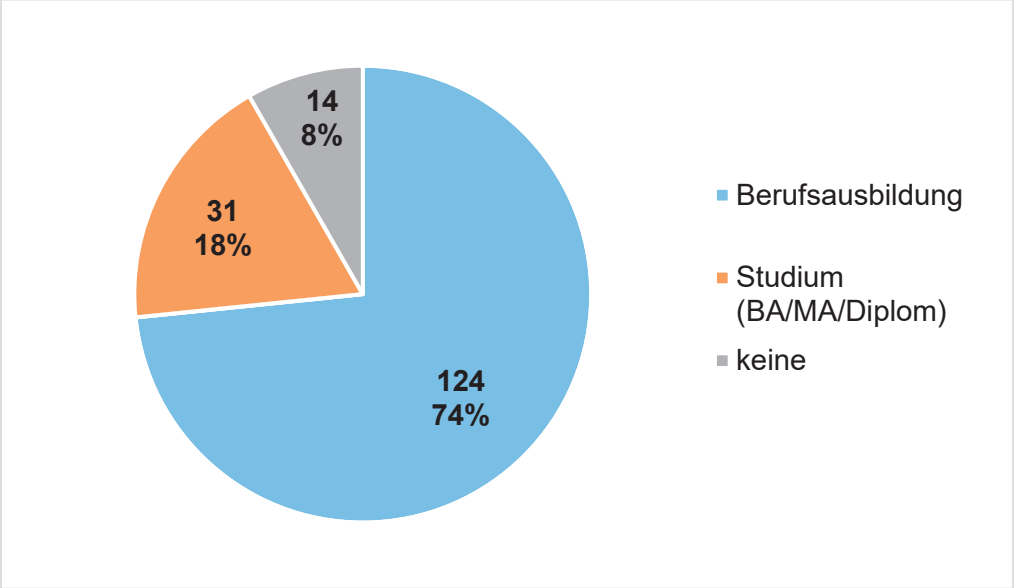

Abbildung 11: Bildungsabschluss der ProbandInnen (n=169)

4.1.7 Berufliche Tätigkeit

Abbildung 12 zeigt das berufliche Tätigkeitsprofil der inkludierten ProbandInnen.

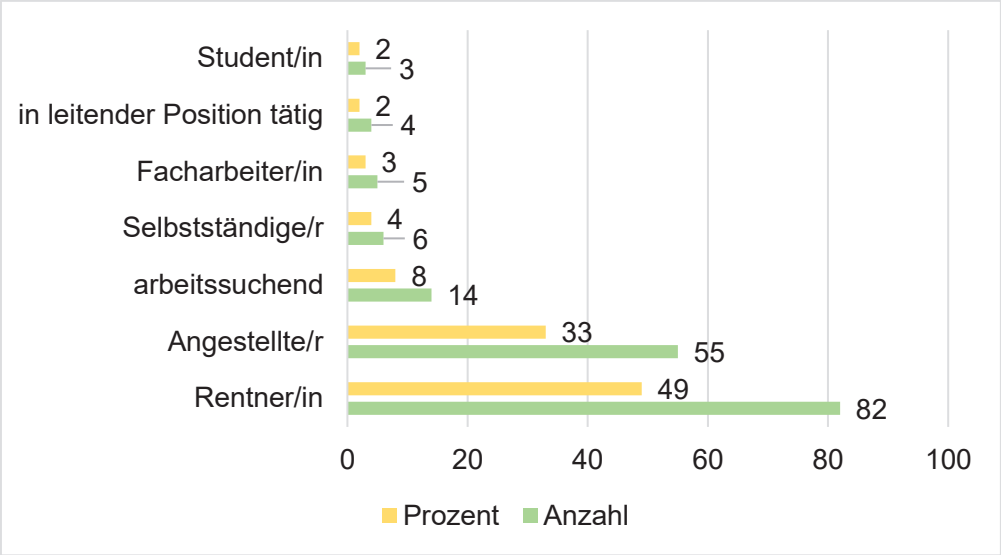

Abbildung 12: Berufliche Tätigkeit der ProbandInnen (n=169)

4.2 Auswertung der Primärhypothese

Die Hauptfragestellung der Studie war:

Benötigen DiätassistentInnen aus Sicht von stationären PatientInnen eine neue Berufsbezeichnung, um als kompetentes Fachpersonal im Bereich Ernährung identifiziert zu werden?

Die Primärhypothese dazu lautete: Mehr als die Hälfte der stationären PatientInnen wählen eine andere Berufsbezeichnung für DiätassistentInnen.

In Abbildung 13 ist zu erkennen, dass nach Addition der „Ja“- Stimmen von Männern und Frauen 78% (n=132) der ProbandInnen eine neue Berufsbezeichnung wählen würden und damit die Primärhypothese deutlich bestätigt werden kann. Es besteht kein statistisch signifikanter Unterschied bei der Häufigkeit der Nennung zwischen Männern und Frauen (p= 0,399).

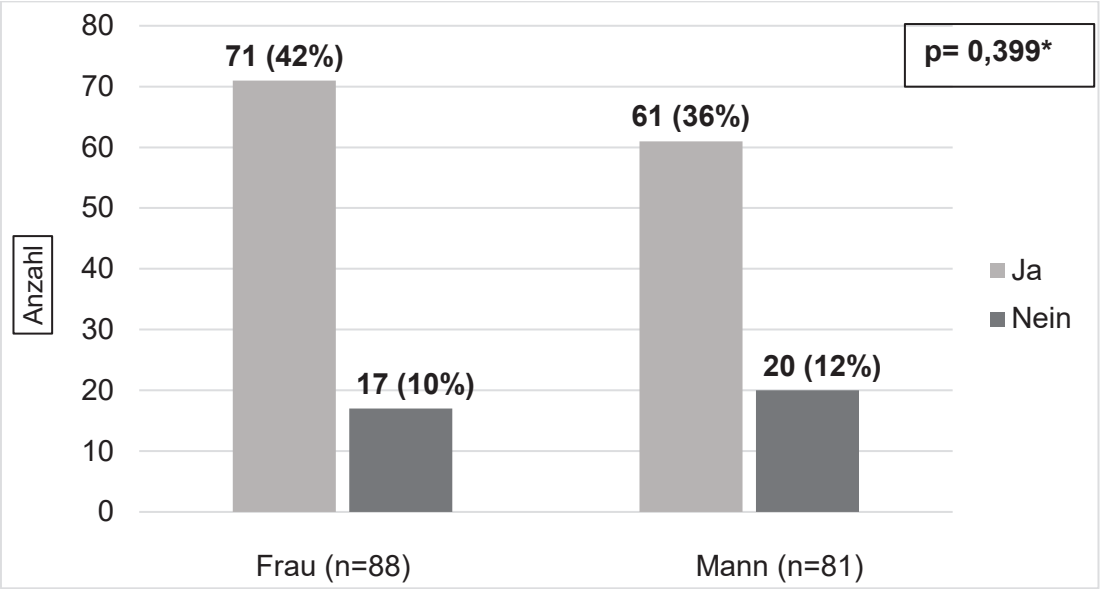

Abbildung 13: Änderung der Berufsbezeichnung von DiätassistentInnen nach Geschlecht (n=169)
**Chi²-Test*

Zwar sprachen sich die ProbandInnen mit abgeschlossenem Studium (26 von 31, 84%) bzw. abgeschlossener Berufsausbildung (98 von 124, 79%) prozentual bzw. in absoluten Zahlen ausgedrückt, häufiger für die Änderung des Berufstitels aus, als ProbandInnen ohne Bildungsabschluss (8 von 14, 57%), jedoch war der Unterschied nicht signifikant (p=0,137).

Hingegen beim Schulabschluss (p= 0,049) und beim Wohnort (p= 0,004) gab es einen signifikanten Unterschied in den Antworten bezüglich einer Änderung der aktuellen Berufsbezeichnung (siehe Abb. 14 &15).

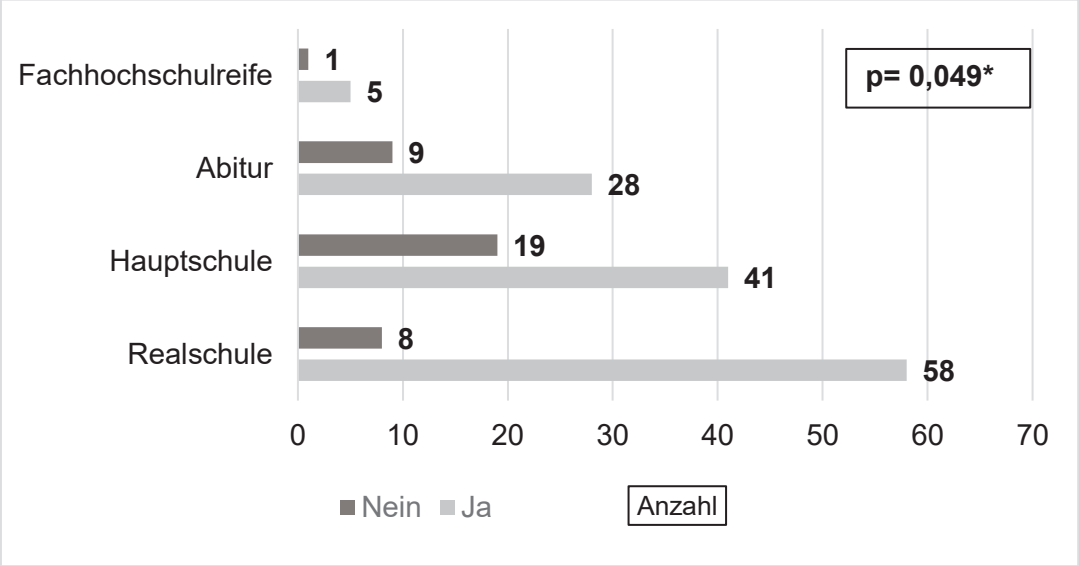

Abbildung 14: Änderung der Berufsbezeichnung nach Schulabschluss (n=169)
**Exakter Test nach Fisher*

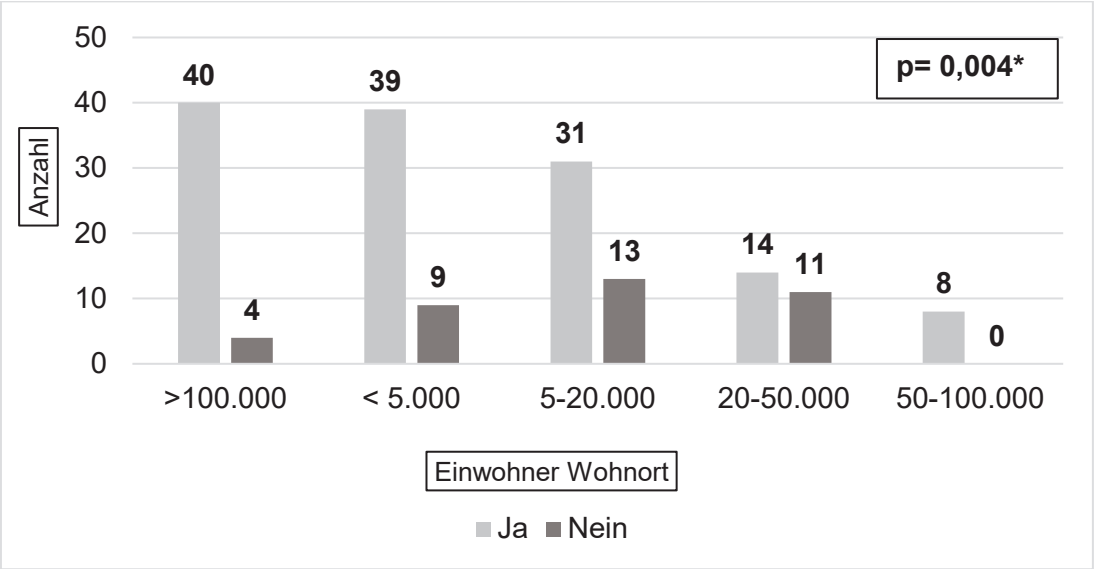

Abbildung 15: Änderung der Berufsbezeichnung nach Wohnort (n=169)
**Exakter Test nach Fisher*

Das Alter der ProbandInnen hatte keinen Einfluss, dennoch wurde in jeder Alterskategorie mehrheitlich für eine Änderung der Berufsbezeichnung gestimmt. Dasselbe gilt auch für die Stationen (siehe Anhang).

Es zeigt sich, dass die ProbandInnen, die für eine Änderung der Berufsbezeichnung gestimmt haben (n=132), sich in der absoluten Mehrheit (57%; n=75) für „Ernährungstherapeut/in“ ausgesprochen haben. Die Wahl zur Änderung der Berufsbezeichnung von DiätassistentIn zu „Ernährungsmedizinische/r Therapeut/in“ trafen insgesamt 41 ProbandInnen (31%). Eine Umbenennung in „Diätologe/in“ wurde hingegen nur von 6 ProbandInnen (5%) befürwortet (siehe Abb. 16). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren statistisch nicht signifikant (p= 0,182).

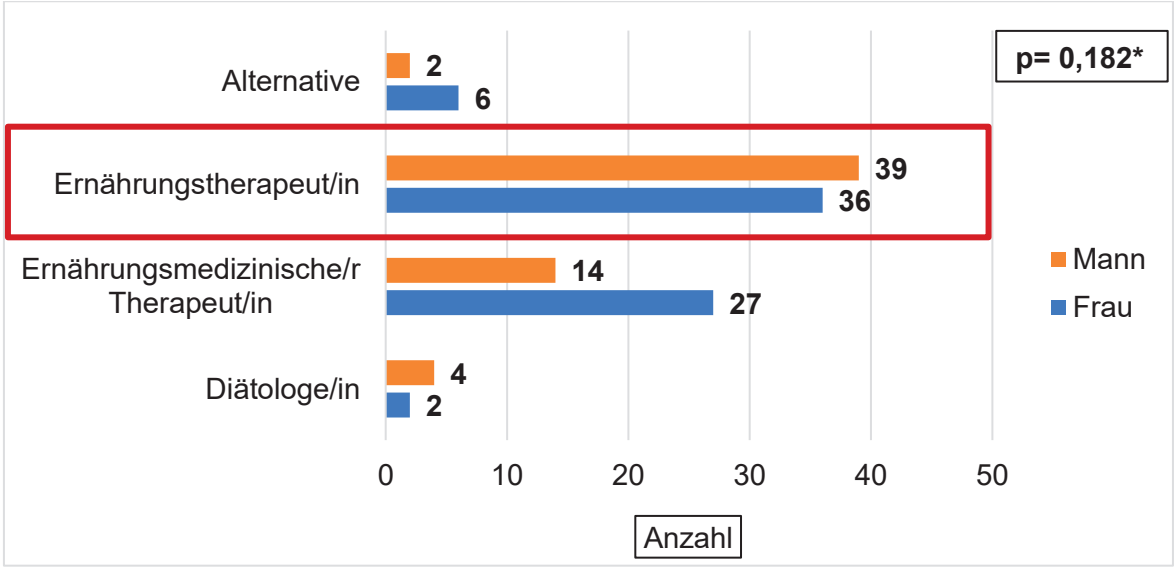

Abbildung 16: Wahl neuer Berufsbezeichnung für DiätassistentInnen nach Geschlecht (n=132)
**Exakter Test nach Fisher*

Unter den Alternativen wurde die Bezeichnung „Ernährungsberater/in“ von einem Mann und vier Frauen gewählt. Ein Mann schlug die Bezeichnung „Ernährungsfachberater/in“ vor und zwei Frauen „Diätberater/in“.
In Bezug auf andere Probandencharakteristika konnten keine statistisch signifikanten Zusammenhänge gefunden werden.

4.3 Auswertung sekundäre Hypothesen

4.3.1 Passgenauigkeit der Berufsbezeichnung

Bezugnehmend zur Primärhypothese, wurde untersucht, ob mehr als die Hälfte der ProbandInnen die aktuelle Berufsbezeichnung als unpassend empfindet. Die ProbandInnen konnten, nachdem sie von den StudienmitarbeiterInnen eine Berufsdefinition erhielten, auf einer Skala von 1-5 entscheiden.
Nach Addition der Angaben von “eher unpassend“ und „sehr unpassend“ kann die Hypothese nicht bestätigt werden, da hier genau 50% (n=84) und nicht mehr als die Hälfte der ProbandInnen die Berufsbezeichnung als unpassend empfanden. Dennoch ist unter Berücksichtigung der neutralen Angaben eindeutig eine Tendenz erkennbar, dass die Berufsbezeichnung als unpassend empfunden wird (Abb. 17).

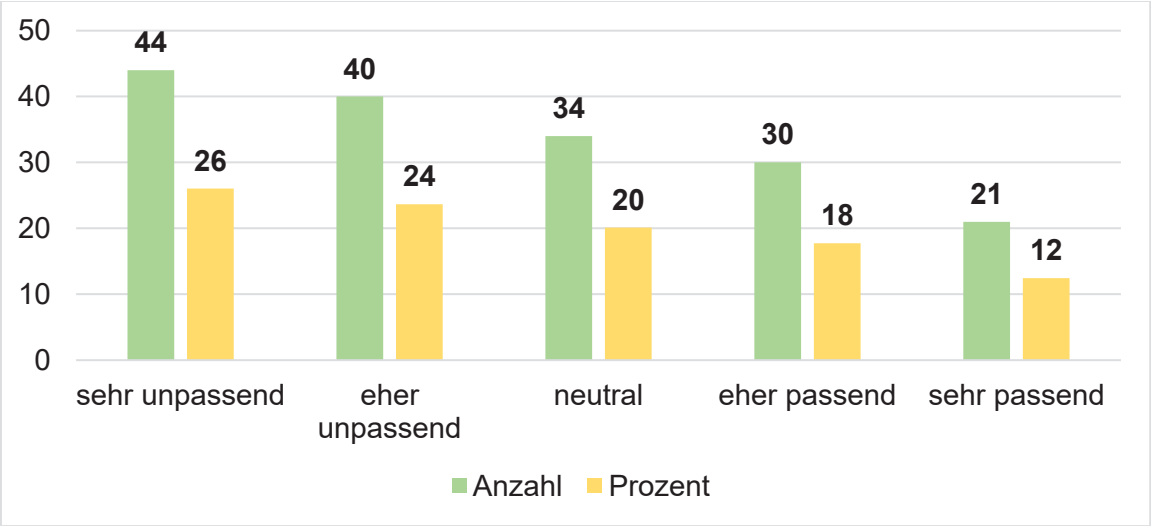

Abbildung 17: Wie finden Sie die aktuelle Berufsbezeichnung Diätassistent/in? (n=169)

Die Unterschiede der Antworten von Männern und Frauen waren statistisch nicht signifikant (p= 0,550). Wie in Abbildung 18 zu sehen, gibt es eine große Ähnlichkeit der Antworten der beiden Geschlechter, mit Ausnahme der Kategorie „sehr unpassend“, welche mehr Frauen gewählt haben.

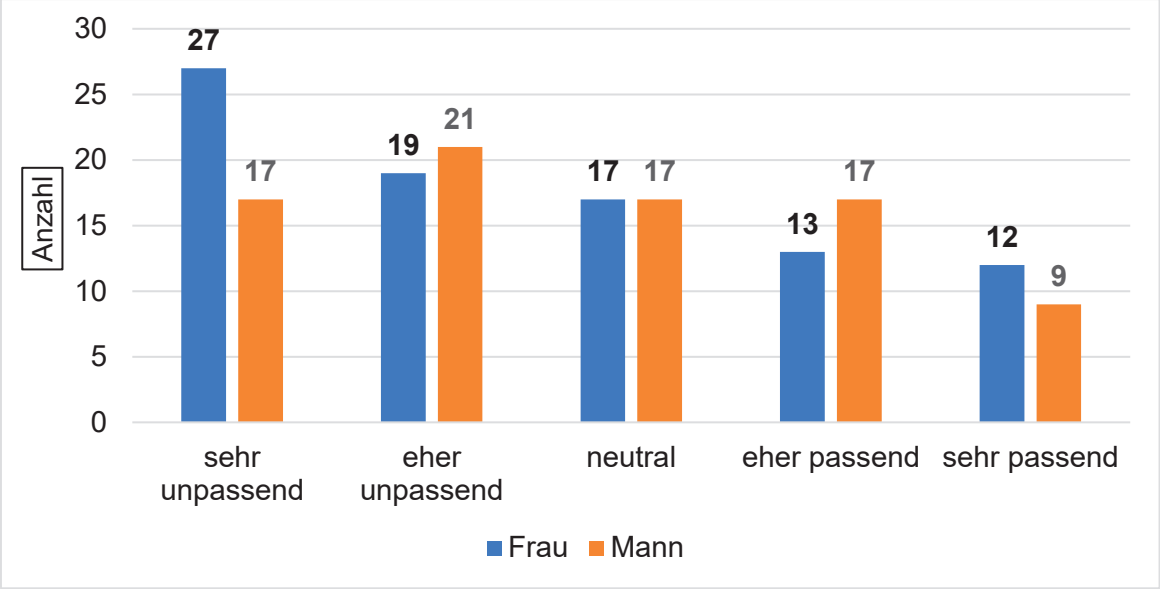

Abbildung 18: Wie finden Sie die aktuelle Berufsbezeichnung Diätassistent/in? (n=169)

In Bezug auf die anderen Probandencharakteristika waren die Unterschiede in den Antworten bezüglich des Bildungsgrades der ProbandInnen statistisch signifikant (p= 0,035). Je höher der Bildungsgrad, desto häufiger wurde sich dafür entschieden, dass der Berufstitel unpassend ist (Abb. 19).

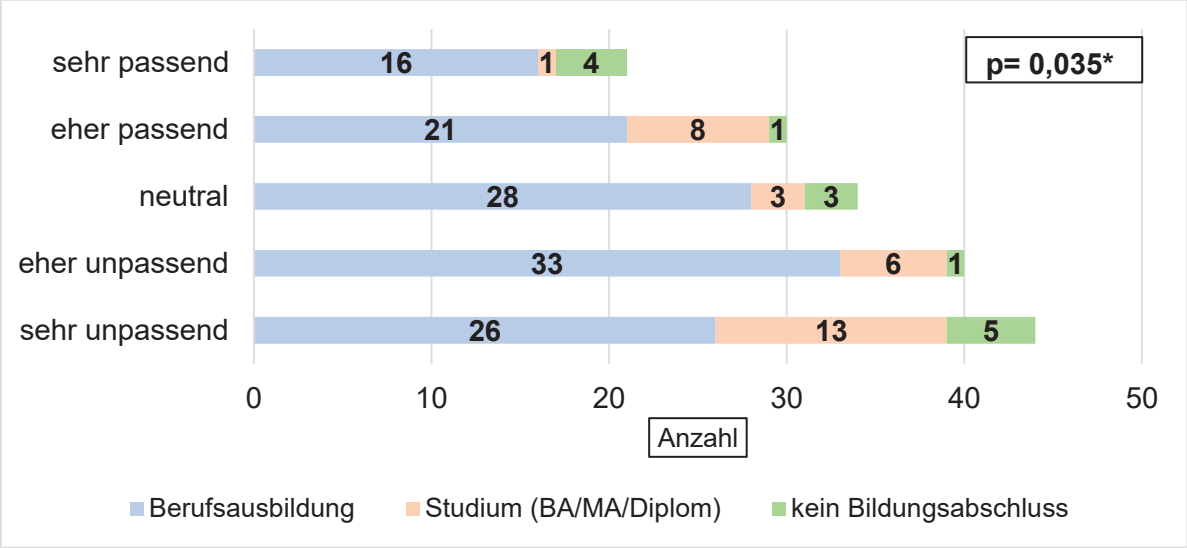

Abbildung 19: Passgenauigkeit des Berufstitels nach Bildungsabschluss (n=169)
**Exakter Test nach Fisher*

Auf Basis dieser Untersuchung wurde überprüft, wie viele der ProbandInnen, die die Berufsbezeichnung DiätassistentIn für passend hielten, trotzdem eine neue Bezeichnung wählen würden. Es zeigt sich, dass 19 ProbandInnen die „eher passend“ und 5 ProbandInnen die „sehr passend“ gewählt haben, sich dennoch für eine neue Berufsbezeichnung ausgesprochen haben (Tab. 8).

Tabelle 8: Wahl neuer Berufstitel x Passgenauigkeit aktueller Berufstitel (n=169)

	Sehr unpassend	Eher unpassend	Neutral	Eher passend	Sehr passend
Neuer Titel „Ja“	44	39	25	19	5
Neuer Titel „Nein“	0	1	9	11	16

Bei den Stationen war auffällig, dass auf jenen, wo Ernährung eine große Rolle spielt, sich PatientInnen vermehrt für „sehr unpassend“ bzw. „eher unpassend“ bezüglich des Berufstitels ausgesprochen haben. So waren es bei der Gastroenterologie 17 PatientInnen (59%), bei der Chirurgie 12 PatientInnen (44%) und bei der Onkologie 6 PatientInnen (55%).

4.3.2 Bekanntheitsgrad DiätassistentInnen in Deutschland

Die erste sekundäre Hypothese lautete: Für mehr als die Hälfte der ProbandInnen ist der Beruf von DiätassistentInnen weitgehend unbekannt in Deutschland.
Mit Abbildung 20 lässt sich die Hypothese den Bekanntheitsgrad betreffend nicht bestätigen.

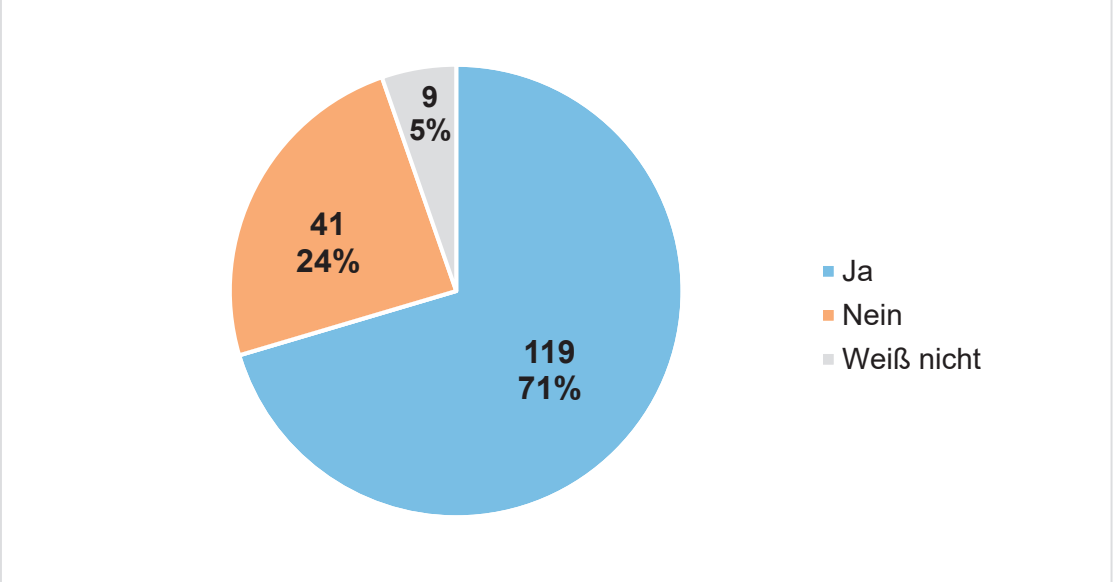

Abbildung 20: Ist Ihnen der Beruf Diätassistent/in bekannt? (n=169)

Die Mehrheit der Frauen (76%) und Männer (64%) gaben an, dass Ihnen der Beruf Diätassistent/in bekannt ist (Abb. 21). Die Unterschiede bei den Nennungen waren statistisch nicht signifikant (p= 0,158).

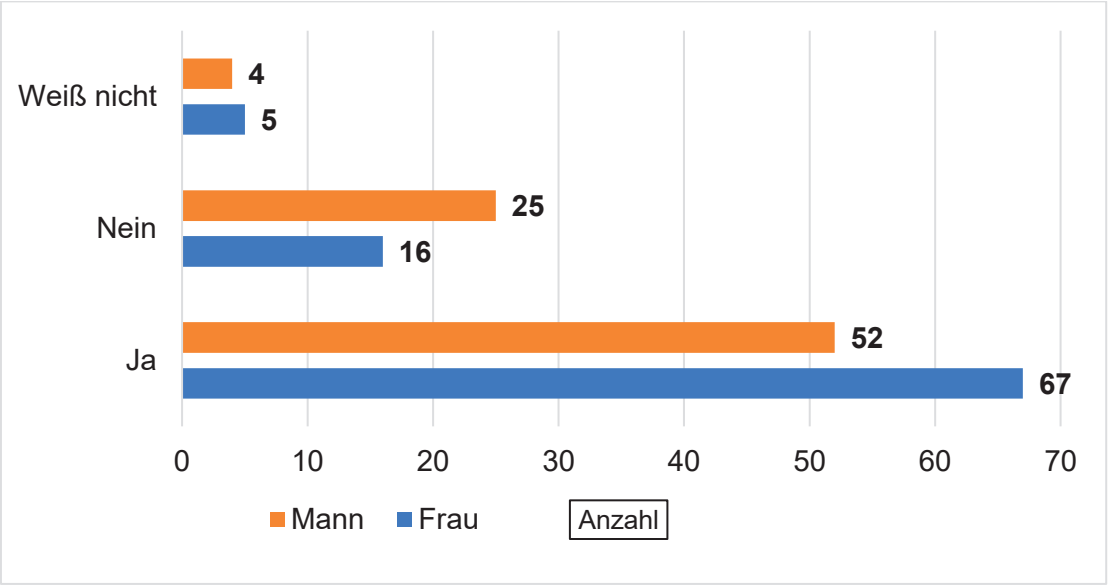

Abbildung 21: Ist Ihnen der Beruf Diätassistent/in bekannt? (n=169)

Bezüglich der BMI-Kategorien fiel auf, dass je höher der BMI, ein größerer Bekanntheitsgrad von DiätassistentInnen vorhanden war. Die Unterschiede zwischen den Kategorien waren allerdings nicht statistisch signifikant (p=0,183).

Bei den anderen Probandencharakteristiken gab es keine weiteren Auffälligkeiten.

4.3.3 Assoziationen mit dem Beruf

Die zweite sekundäre Hypothese nahm an, dass die ProbandInnen falsche Assoziationen in Bezug auf den Beruf von DiätassistentInnen haben. Das Ziel war zu überprüfen, ob mehr als 30% der ProbandInnen mit dem Beruf eine Gewichtsreduktion bzw. „Abnehmen“ assoziieren. Die Hypothese kann laut Tabelle 4 bestätigt werden. Unter dem Aspekt der Mehrfachantwortmöglichkeit sieht man, dass der Berufstitel im Gegensatz zu „Abnehmen“ doppelt so häufig mit „gesunder Ernährung“ sowie „Beratung und Therapie“ assoziiert wird (Tab. 9)

Tabelle 9: Assoziationen mit dem Begriff „DiätassistentIn“ (n=169, Mehrfachauswahl möglich)

	Anzahl	Prozent
Abnehmen	55	33%
gesunde Lebensführung	89	53%
gesunde Ernährung	106	63%
Beratung und Therapie	104	62%
Krankheit	25	15%

Annähernd gleich verteilt stimmten 32% der Frauen und 33% der Männer für die Assoziation „Abnehmen“ (Abb. 22).

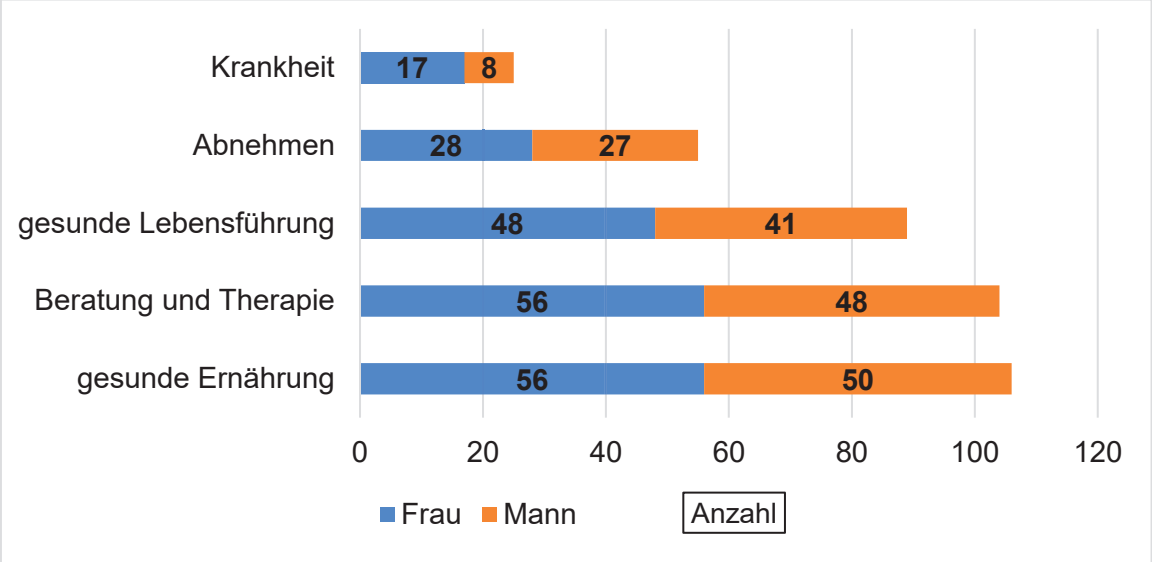

Abbildung 22: Was assoziieren Sie mit dem Berufstitel? (n=169)

Bezüglich der Assoziation „Abnehmen“ gab es eine starke Tendenz, dass diese vermehrt genannt wurde, je höher der BMI war. (p=0,052)

Bei den anderen Probandencharakteristiken gab es keine weiteren Auffälligkeiten.

4.3.4 Bedeutung des Berufes im Gesundheitswesen

Weiterhin sollte untersucht werden, ob die Hälfte der ProbandInnen den Beruf äußerst wichtig erachten im Gesundheitswesen. Wie in Abbildung 23 zu sehen ist, kann diese Hypothese bestätigt werden.

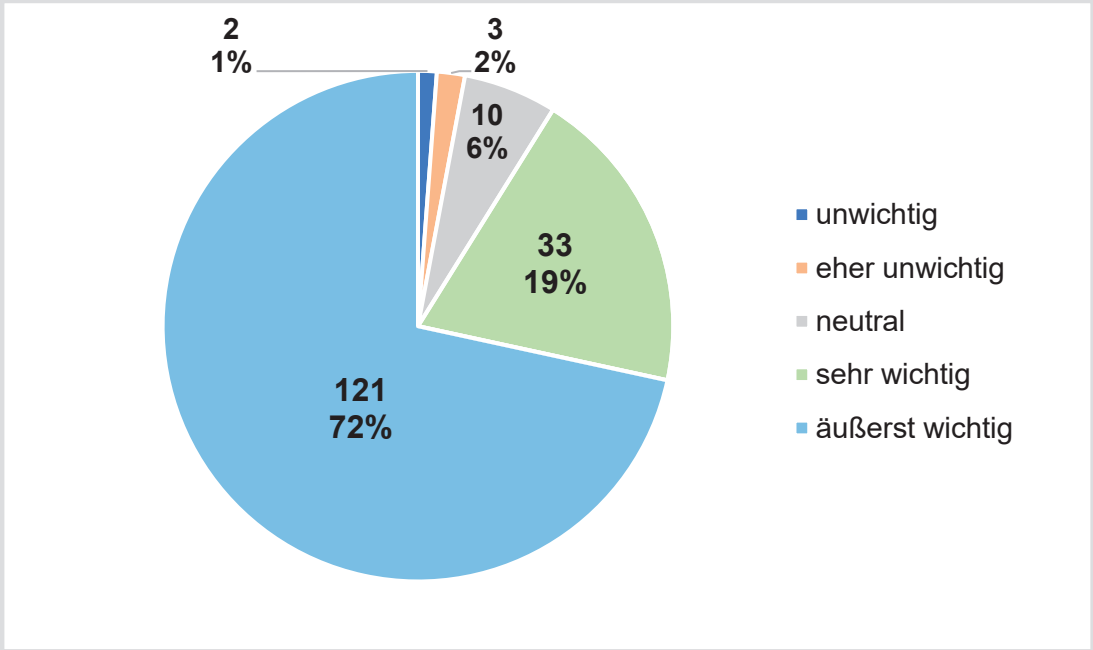

Abbildung 23: Bedeutung des Berufes im Gesundheitswesen (n=169)

Die Unterschiede in den Antworten zwischen Männer und Frauen waren nicht statistisch signifikant (p= 0,228). 64% Männer und 78% der Frauen schätzen den Beruf als äußerst wichtig ein (Abb. 24)

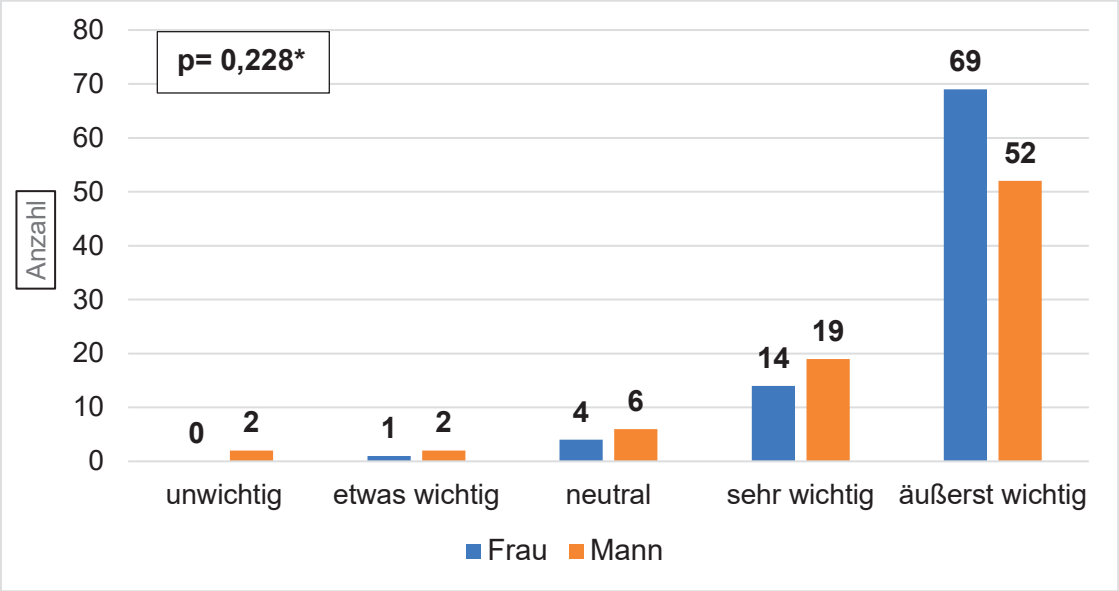

Abbildung 24: Bedeutung des Berufes im Gesundheitswesen nach Geschlecht (n=169)
**Exakter Test nach Fisher*

Mit Ausnahme der Geriatrie gibt es ebenfalls bei den teilgenommenen Stationen die häufigsten Nennungen bei „äußerst wichtig“ (Abb. 25). Auf fünf Stationen wurden ausschließlich die Kategorien „sehr wichtig“ sowie „äußerst wichtig“ gewählt.

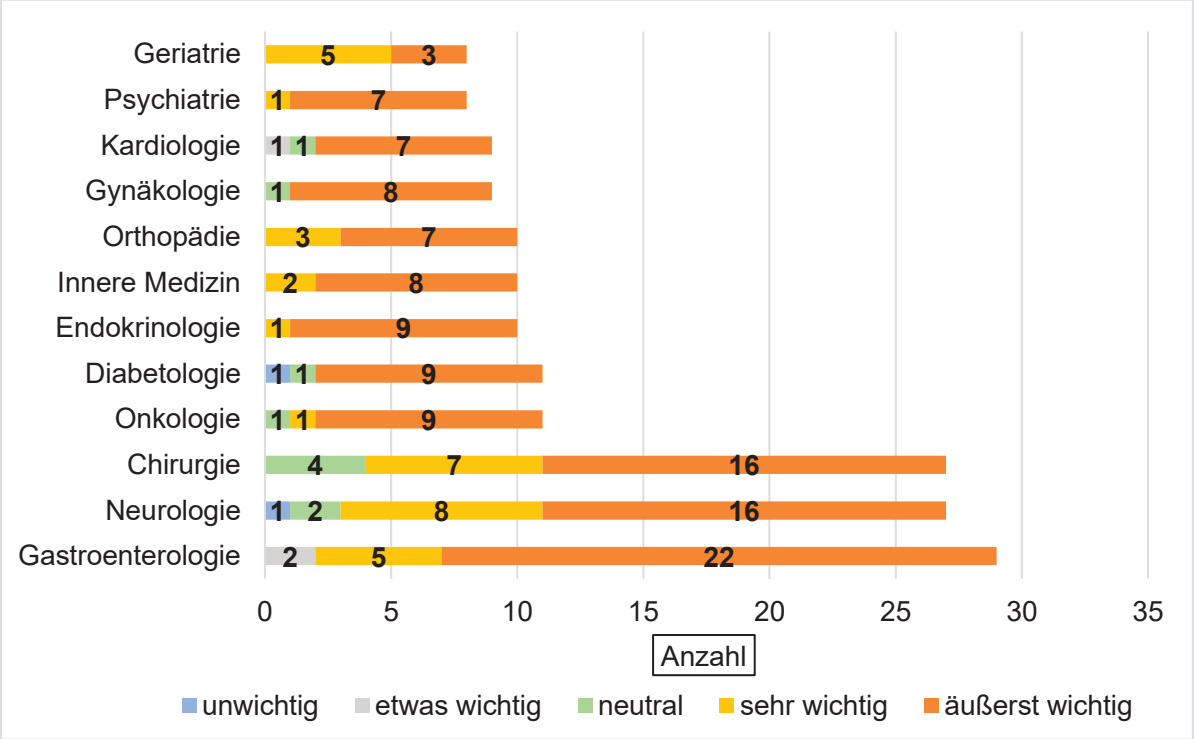

Abbildung 25: Bedeutung des Berufes im Gesundheitswesen nach Stationen (n=169)

Die Unterschiede in den Angaben in Abhängigkeit des Schulabschlusses (p= 0,458) sowie des Bildungsabschlusses (p= 0,160) waren statistisch nicht signifikant. Bei den anderen Probandencharakteristiken gab es keine weiteren Auffälligkeiten.

4.3.5 Kontakt zu DiätassistentInnen

Mit der nächsten Hypothese wurde überprüft, ob mehr als die Hälfte der ProbandInnen schon einmal in Kontakt mit DiätassistentInnen waren. Mithilfe der Tabelle 10 kann die Hypothese bestätigt werden kann.

Tabelle 10: Kontakt zu DiätassistentInnen (n=169)

	Anzahl	Prozent
Ja	86	51
Nein	83	49

Aufgeschlüsselt nach Geschlecht ist sichtbar, dass sich die Angaben von Männern und Frauen nur gering unterscheiden (p= 0,357) (Abb. 26).

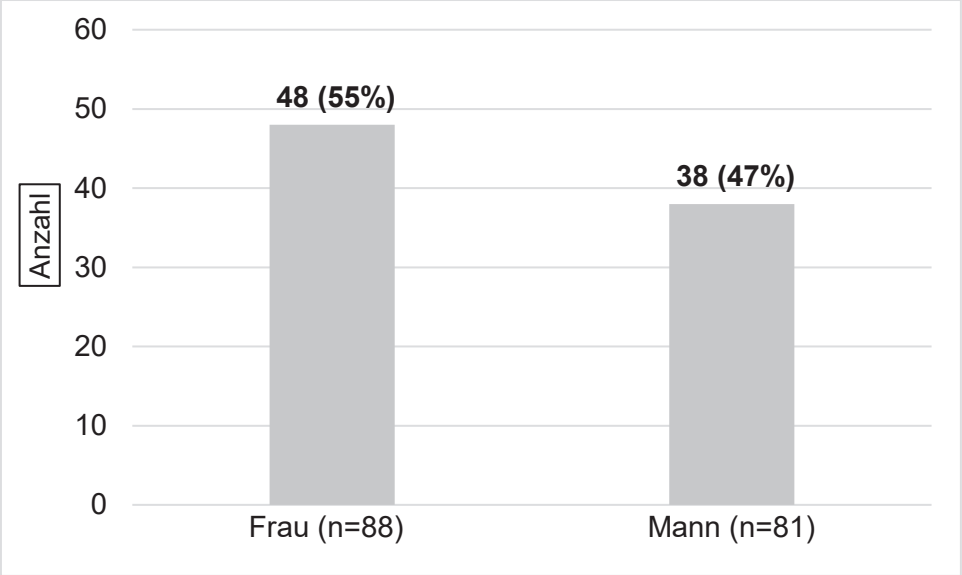

Abbildung 26: Kontakt mit einem/r Diätassistent/in nach Geschlecht (n=169)

Die Unterschiede bei den Angaben bezüglich der BMI-Klassifikation nach WHO waren statistisch signifikant (p= 0,008). Es ist ein prozentualer Anstieg der Angabe des Kontaktes zu DiätassistentInnen zu sehen je größer der Grad der Adipositas war (Abb. 27).

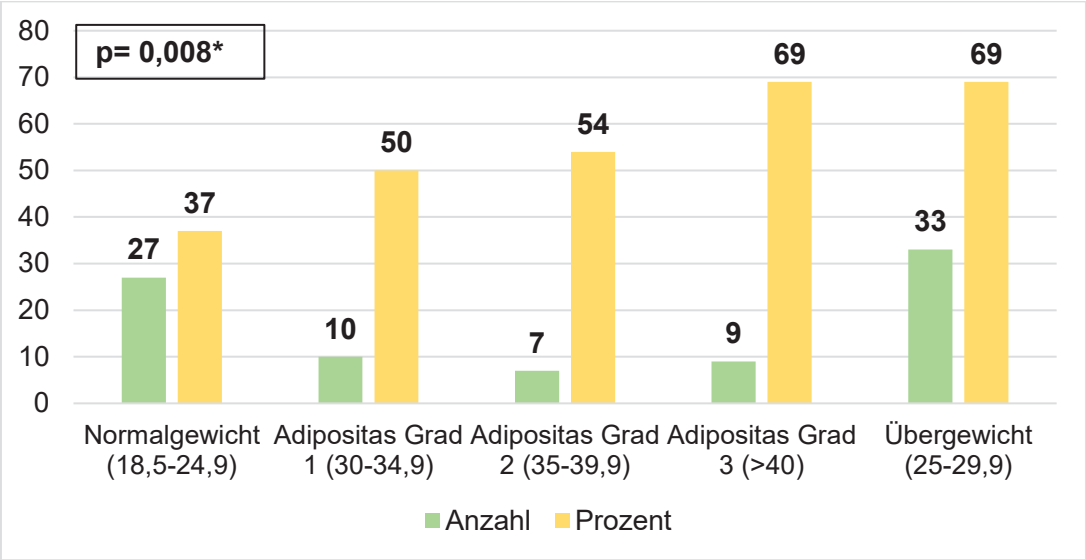

Abbildung 27: Kontakt mit DiätassistentInnen nach BMI-Klassifikation (n=169)
*Chi²-Test

Abbildung 28 gibt an, in welchem Bereich die ProbandInnen mit DiätassistentInnen Kontakt hatten. Weitere 2% (n=2) haben sonstige Kontaktmöglichkeiten gewählt, einmal das Altenheim und einmal eine chinesische Fachklinik.

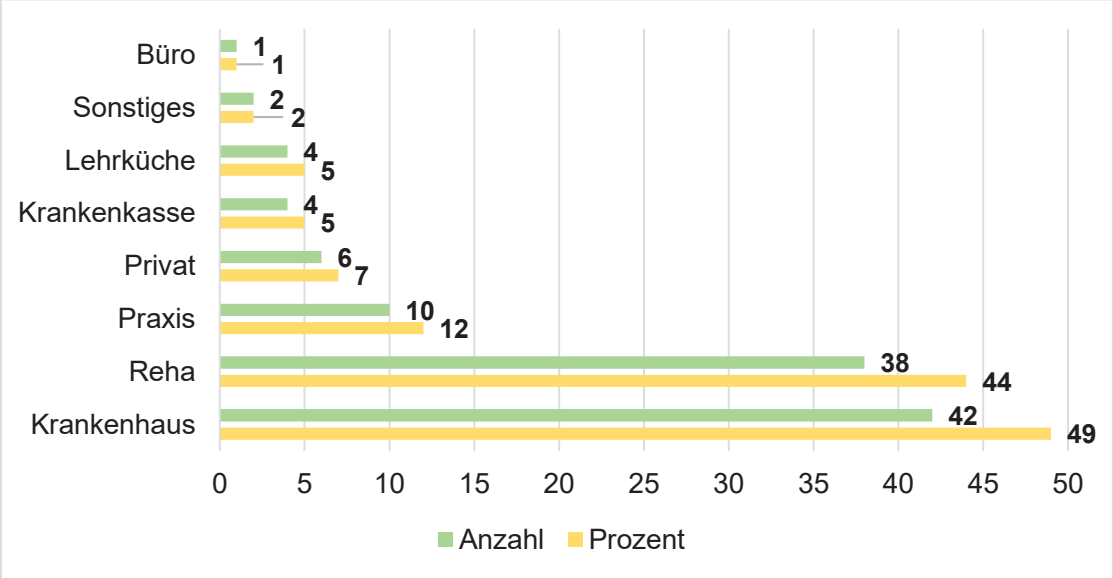

Abbildung 28: Angabe in welchem Bereich der Kontakt zu DiätassistentInnen erfolgte (n=86, Mehrfachauswahl möglich)

Bei den anderen Probandencharakteristiken gab es keine weiteren Auffälligkeiten.

4.3.6 Kontakt bei Ernährungsproblemen

Weiterhin wurde untersucht, ob mehr als 50% der ProbandInnen bei Ernährungsproblemen auf die Expertise des Hausarztes zurückgreifen.

Die Wahl den Hausarzt bei Ernährungsproblemen aufzusuchen, erreichte die absolute Mehrheit (57%; n=98), womit diese Hypothese bestätigt werden kann (Abb. 29).

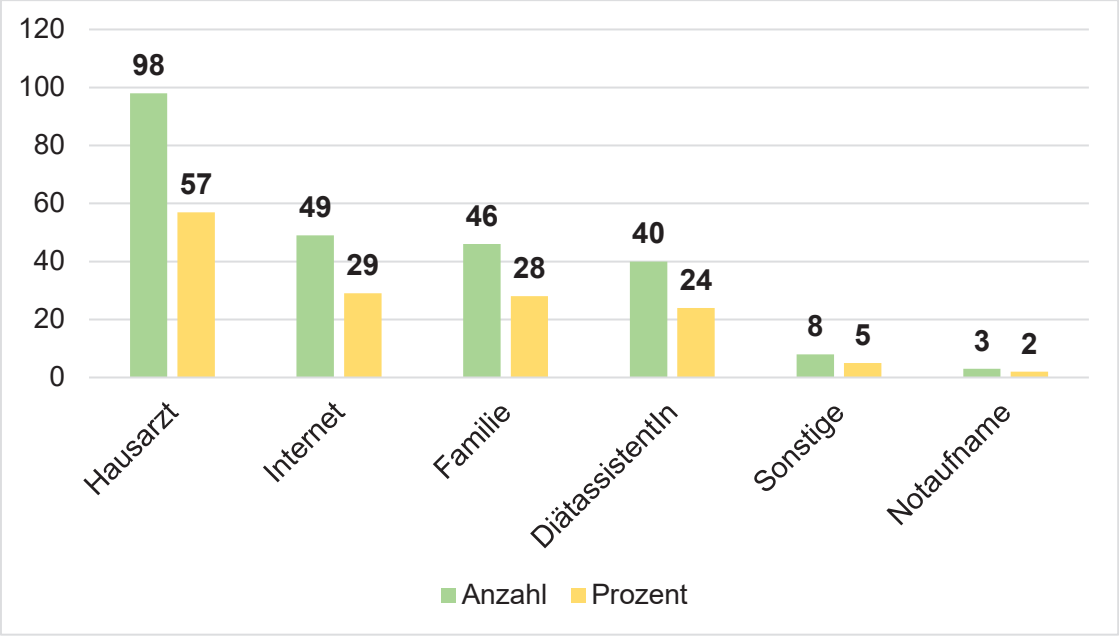

Abbildung 29: Kontakt bei Ernährungsproblemen (n=169, Mehrfachauswahl möglich)

Abbildung 30 zeigt die geschlechtsspezifischen Angaben bzgl. des Kontaktes bei Ernährungsproblemen, wobei 60% der Frauen und 56% der Männer den Hausarzt aufsuchen würden.

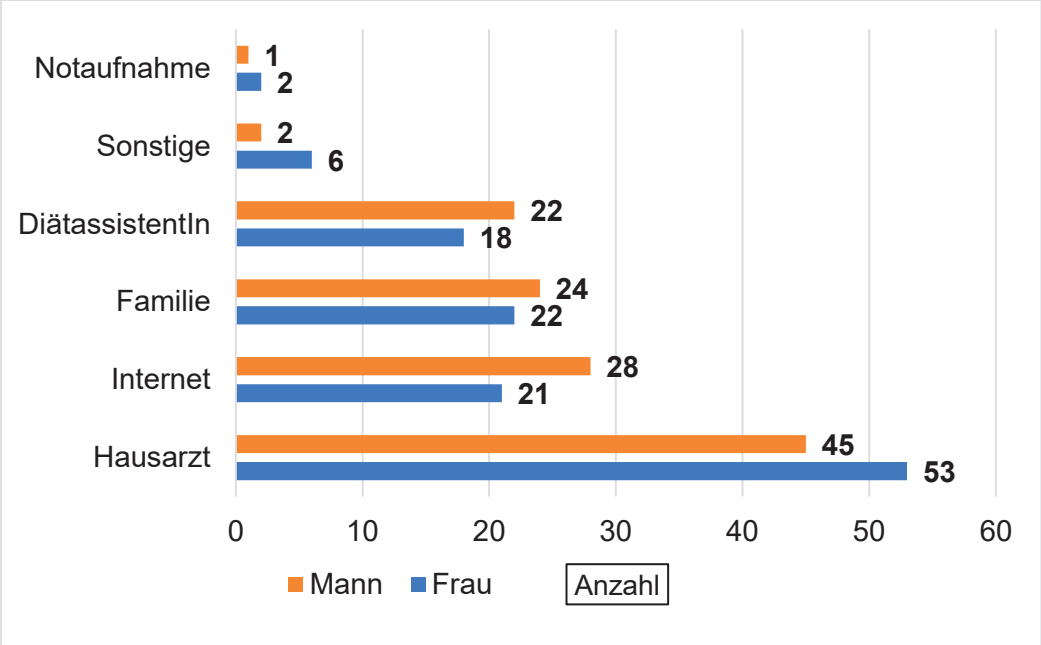

Abbildung 30: Kontakt bei Ernährungsproblemen nach Geschlecht (n=169, Mehrfachauswahl möglich)

Acht ProbandInnen würden sich anderweitig oder zusätzlich Hilfe suchen:

- bei ErnährungsberaterInnen (n=2), durch Lesen von Fachliteratur (n=3),
- durch eigenes Wissen (n=1), durch Ausprobieren (n=1), in der Apotheke (n=1)

Bei der Untersuchung des Einflusses von Probandencharakteristika stellte sich heraus, dass die Unterschiede bei der Wahl des Hausarztes bei Ernährungsproblemen aufzusuchen in Abhängigkeit des Alters eine starke Tendenz zur statistischen Signifikanz hatten (p= 0,054). Bei den anderen Probandencharakteristiken gab es keine weiteren Auffälligkeiten.

4.3.7 Einschätzung der eigenen Ernährung der Probanden

Eine weitere Hypothese lautete: Mehr als die Hälfte der ProbandInnen schätzt ihre eigene Ernährung eher positiv in Bezug auf eine gute Ernährung ein. In dem Trichterdiagramm (Abb. 31) lässt sich sehr gut erkennen, dass die positiven Aspekte (abwechslungsreich, viel Obst & Gemüse, gesund) überwiegen. Die weitere Angabe „frische Lebensmittel“ wurde ebenfalls dazu gezählt.
Nach Addition der Angaben schätzen 86% (n=145) der ProbandInnen ihre Ernährung eher positiv ein, womit sich die Hypothese bestätigen lässt. Unter der Rubrik „Sonstiges“ wurden folgende Angaben gemacht:

- frische Lebensmittel (n=1)
- keine Wurst (n=1)
- nach Gefühlslage (n=1)
- unregelmäßig (n=1)
- viel Süßigkeiten (n=1)
- zu wenig (n=1)

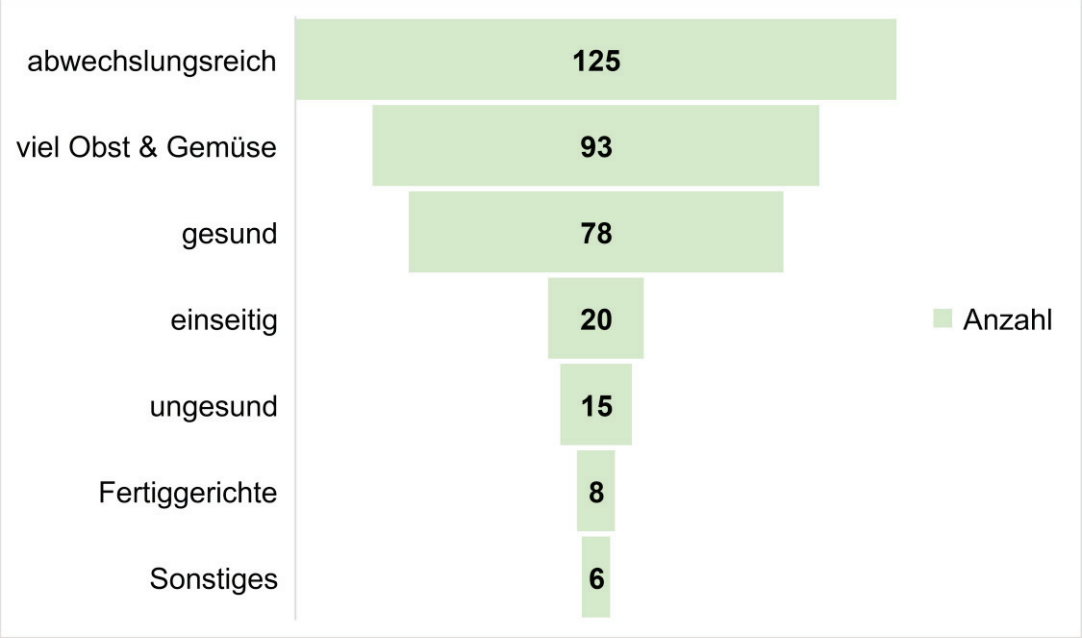

Abbildung 31: Wie würden Sie Ihre eigene Ernährung einschätzen? (n=169, Mehrfachauswahl möglich)

In nachfolgender Tabelle sind die geschlechtsspezifischen Angaben zu sehen. Insgesamt sind es mehr Frauen (92%) als Männer (78%) die ihre Ernährung eher positiv einschätzen. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in den Kategorien „gesund“ (p< 0,000), „Obst & Gemüse“ (p= 0,004), „einseitig“ (p= 0,016) sowie „ungesund“ (p= 0,013) waren nach exaktem Test nach Fisher statistisch signifikant.

Tabelle 11: Einschätzung eigener Ernährung nach Geschlecht (n=169, Mehrfachauswahl möglich)

	Frau (n=88)	Mann (n=81)
abwechslungsreich	68	57
Obst & Gemüse	60	33
gesund	50	28
einseitig	5	15
Fertiggerichte	4	4
Sonstiges	4	2
ungesund	3	12

Bei den anderen Probandencharakteristiken gab es keine weiteren Auffälligkeiten.

4.3.8 Einschätzung der Ernährung der Einwohner Deutschlands

In der nächsten Hypothese wurde angenommen, dass mehr als die Hälfte der ProbandInnen zustimmt, dass die überwiegende Mehrheit der Einwohner in Deutschland sich schlecht ernährt. Die Hypothese kann bestätigt werden, da 56% (n= 95) dem Sachverhalt zustimmten (Abb. 32).

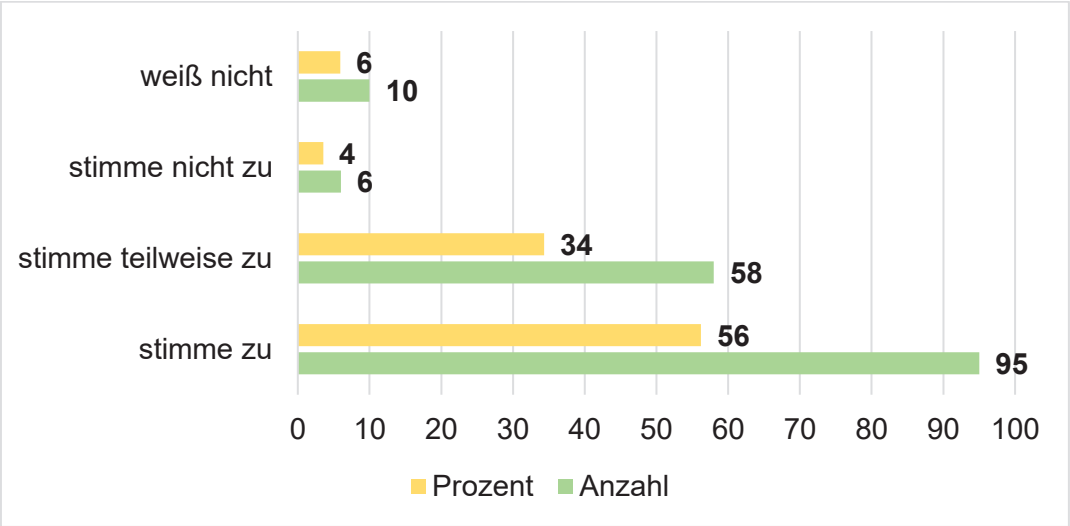

Abbildung 32: Stimmen Sie zu, dass sich die überwiegende Mehrheit der Einwohner in Deutschland schlecht ernährt? (n=169)

In Abbildung 33 sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede zu erkennen, welche sich als statistisch signifikant herausgestellt haben (p= 0,045). Dabei stimmten 61% der Frauen und 51% der Männer zu, dass sich die Mehrheit der deutschen Bevölkerung schlecht ernährt.

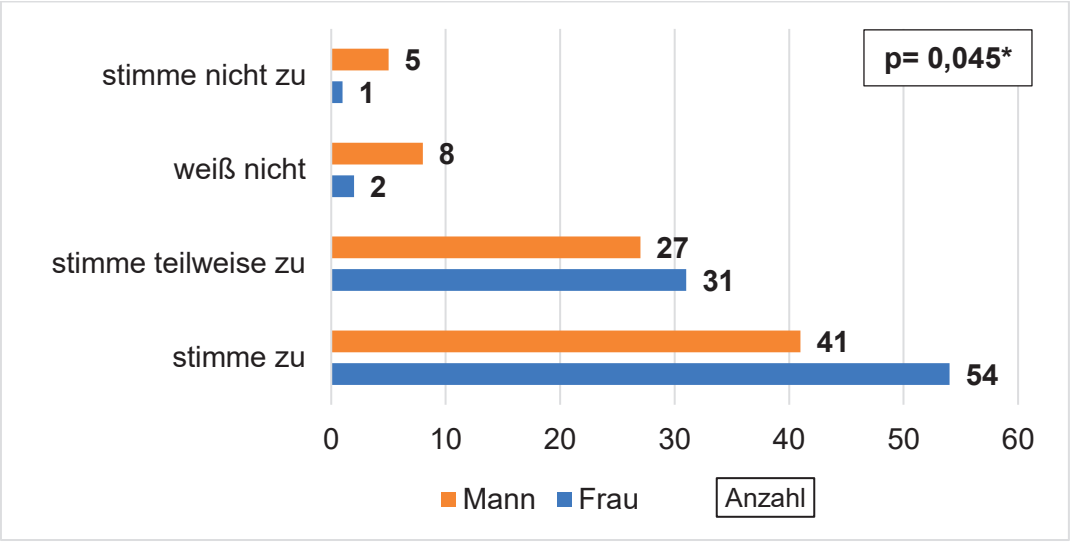

Abbildung 33: Stimmen Sie zu, dass sich die überwiegende Mehrheit der Einwohner in Deutschland schlecht ernährt? (n=169)
** Exakter Test nach Fisher*

4.4 Weitere Ergebnisse

4.4.1 Assoziation mit dem Begriff „Diät“

Die ProbandInnen wurden ebenfalls befragt, welche Assoziationen sie mit dem Begriff „Diät“ haben. Größere Unterschiede innerhalb der Geschlechter gab es bei den Assoziationen „Abnehmen“ und „Gesund“, welche aber beide statistisch nicht signifikant waren. Insgesamt gaben 60% der Frauen und 48% der Männer an, dass sie den Begriff „Diät mit „Abnehmen“ assoziieren (Abb. 34).

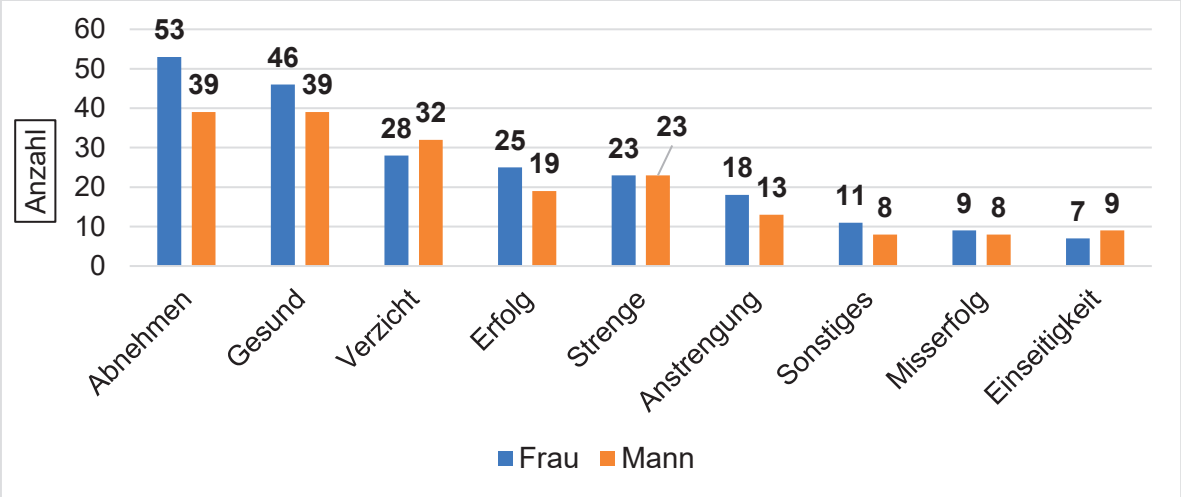

Abbildung 34: Assoziationen mit dem Begriff "Diät" (n=169, Mehrfachauswahl möglich)

Beide Geschlechter haben auch noch einige weitere Assoziationen mit dem Begriff „Diät“ angegeben:

Tabelle 12: Weitere Assoziationen zum Begriff "Diät"

Frau	**Mann**
Ausgeglichene Ernährung (n=1)	Diabetes (n=2)
Zeitschriften, z.B. Bild der Frau (n=2)	Durchdachte Ernährung (n=1)
Ernährungsumstellung (n=1)	Ernährungsumstellung (n=1)
Freier Wille (n=1)	Hunger (n=2)
Krankheit (n=3)	Krankheit (n=2)
Gesundheit (n=1)	
Langweilig (n=1)	
Reduktion Fett und Zucker (n=1)	

Bezüglich der Assoziation „Verzicht“ wurde festgestellt, dass diese öfter genannt wurde, je jünger die ProbandInnen waren (p=0,038). Bei den anderen Probandencharakteristiken gab es keine weiteren Auffälligkeiten.

4.4.2 Assoziation mit dem Begriff „AssistentIn“

Ebenfalls wurde nach den Assoziationen zu dem Begriff „AssistentIn“ gefragt. Frauen identifizieren einen Assistenten zu 7% als Fachexperten und zu 57% als Unterstützung (Abb. 35). Männer assoziierten mit dem Begriff „AssistentIn“ ebenfalls am meisten eine Unterstützung (60%) und am wenigsten mit einem Zuarbeiter (17%). Der Unterschied zwischen den Geschlechtern bei den Angaben bezüglich der Assoziation „Fachexperte“ war statistisch signifikant (0,005).

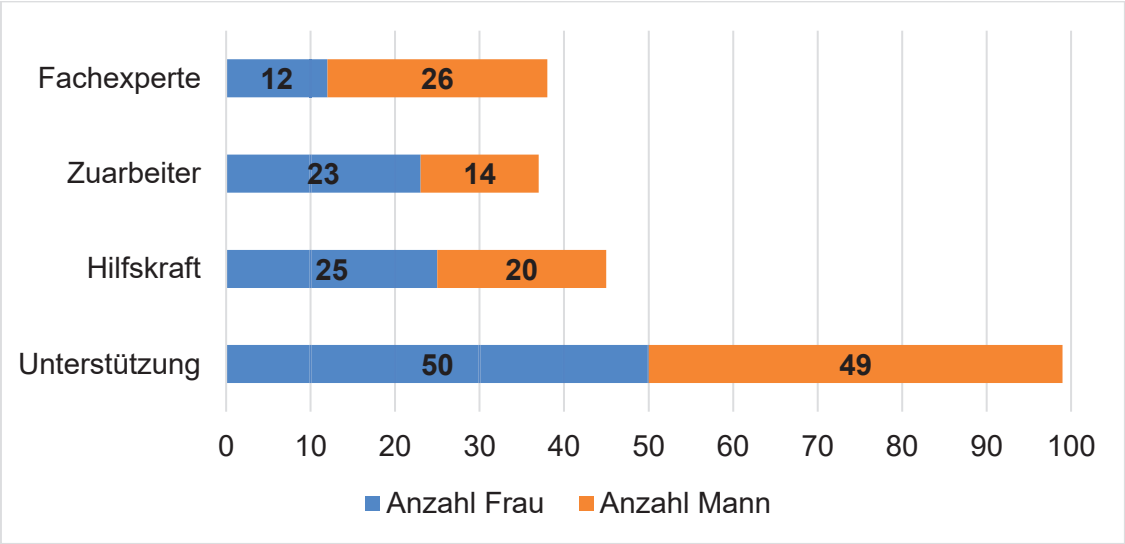

Abbildung 35: Assoziationen mit dem Begriff "AssistentIn" (n=169, Mehrfachauswahl möglich)

Bei den anderen Probandencharakteristiken gab es keine weiteren Auffälligkeiten.

4.4.3 Aufgabengebiete von DiätassistentInnen

Weiterhin wurde erfragt, welche Aufgabengebiete die ProbandInnen DiätassistentInnen zutrauen würden (Abb. 36). Die „Ernährungsberatung bei erkrankten Menschen unter ärztlicher Anleitung“ wurde von 80% der ProbandInnen (n=135) als Aufgabenfeld von DiätassistentInnen eingeschätzt. Die Beratung von Ärzten in Ernährungsfragen wurden von mehr als der Hälfte der ProbandInnen (57%; n= 96) dem Aufgabenfeld von DiätassistentInnen zugeordnet.

Größere Unterschiede zwischen den Angaben bei Männern und Frauen gab es in den Kategorien „Leitung Krankenhausküche“ und „Mitarbeit Speisengestaltung“. Es konnten jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern gefunden werden, allerdings ist bzgl. der Leitung der Krankenhausküche eine starke Tendenz zur statistischen Signifikanz vorhanden (p= 0,060).

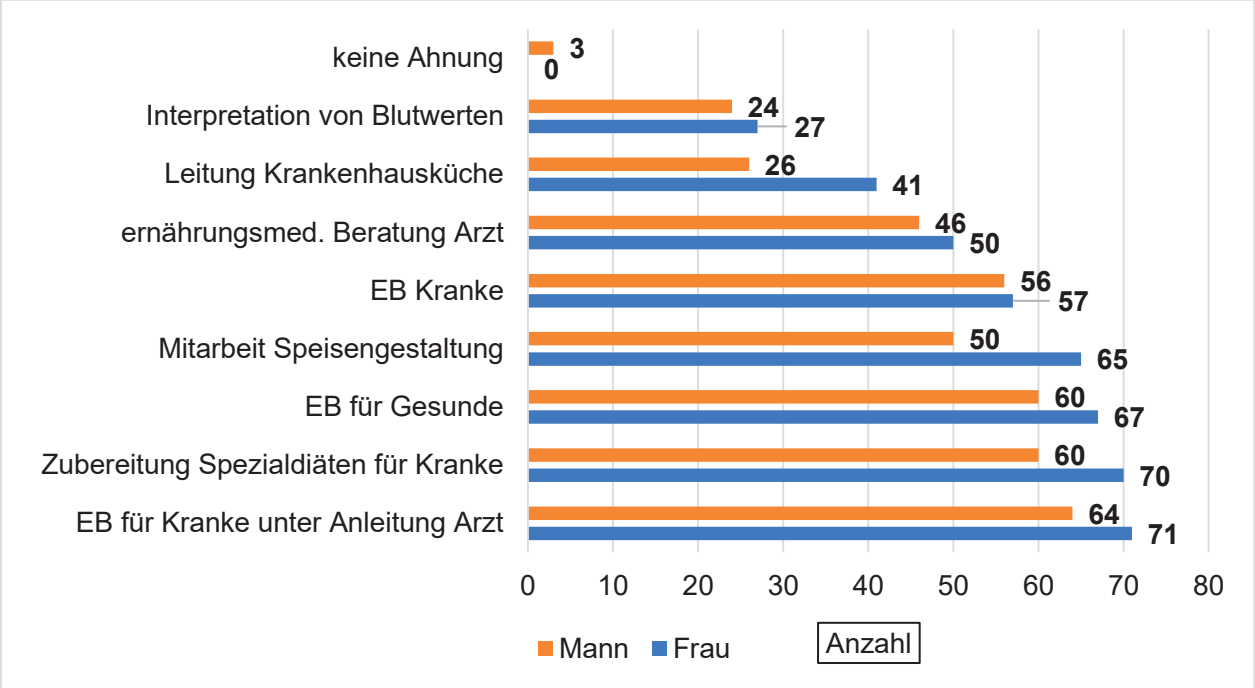

Abbildung 36: Welche Aufgabengebiete trauen Sie DiätassistentInnen zu?
(n=169, Mehrfachauswahl möglich)
EB: Ernährungsberatung

Die Unterschiede bei den Nennungen zur „Ernährungsberatung für Kranke“ in Abhängigkeit der beruflichen Tätigkeit der ProbandInnen waren statistisch signifikant (p=0,001).

Bei den anderen Probandencharakteristiken gab es keine weiteren Auffälligkeiten.

5. Diskussion

Das Hauptziel der durchgeführten Datenerhebung war es herauszufinden, ob DiätassistentInnen aus Sicht von stationären PatientInnen eine neue Berufsbezeichnung benötigen, um als kompetentes Fachpersonal im Bereich Ernährung identifiziert zu werden. Im Laufe der Jahre haben sich andere gesetzlich reglementierte Gesundheitsfachberufe weiterentwickelt, wobei es auch zu einer Änderung der jeweiligen Berufsbezeichnungen kam, wie z.B. von Krankengymnast zu Physiotherapeut [43]. Das Handlungsspektrum hat sich auch bei DiätassistentInnen enorm gewandelt [33], jedoch blieb bei der letzten Gesetzesnovelle eine Änderung bezüglich der Berufsbezeichnung aus, wodurch eine Diskrepanz zwischen Berufstitel und Tätigkeit entstand.

5.1 Aktuelle und neue Berufsbezeichnung

In der Studie hat sich die absolute Mehrheit (78%) der ProbandInnen für eine neue Berufsbezeichnung ausgesprochen. Die ProbandInnen stimmten mit 57% für den möglichen neuen Berufstitel Ernährungstherapeut/in und zu einem Drittel für eine Umbenennung in Ernährungsmedizinische/r Therapeut/in. In der Studie von Spieker et. al [4] wurde 2015 ebenfalls eine fragebogen-basierte Untersuchung unternommen, bei der 140 PassantInnen an öffentlichen Orten zur Thematik der Berufsbezeichnung und Bekanntheitsgrad von DiätassistentInnen befragt worden sind. Dabei empfanden 37% der Befragten die aktuelle Berufsbezeichnung als „sehr zutreffend“ bzw. „zutreffend“.

Damit zeigt sich im Vergleich der Untersuchungen, dass die stationären ProbandInnen in der aktuellen Studie eine geringere Toleranz gegenüber dem gegenwärtigen Berufstitel aufweisen. Da die Untersuchung mit den PassantInnen mittlerweile 5 Jahre her ist, ist es durchaus diskutabel, ob der Berufstitel immer weiter an „Attraktivität“ verliert. Die aktuelle Studie zeigt in diese Richtung, weshalb man dies weiterfolgen sollte.

Spieker et. al [4] ließen die PassantInnen die Berufsbezeichnungen von Diätassistent/in, Diätologe/in, Diät-/ Ernährungstherapeut/in und Ernährungsmedizinische/r Therapeut/in nach der empfundenen Kompetenz einschätzen. Dabei wurden DiätassistentInnen mit nur 8% die geringste Kompetenz und Ernährungsmedizinische/r Therapeut/in mit 37% die höchste Kompetenz zugeschrieben. Die Bezeichnung Diät-/ Ernährungstherapeut/in wurde von 31% der PassantInnen gewählt. Für die Bezeichnung Diätologe/in sprachen sich 24% aus. Die Vermutung liegt nahe, dass PassantInnen und stationäre PatientInnen sich für eine Berufsbezeichnung aussprechen, bei der man direkt und leicht erkennen kann, um welches Tätigkeitsfeld es sich handelt bzw. das der Beruf einen therapeutischen Schwerpunkt besitzt.

Dies unterstützt die Forderungen des deutschen Berufsverbandes der Diätassistenten (VDD) welche sich im September 2019 veröffentlichten 10-Punkte-Programmes zur Neuordnung und Stärkung der Ausbildung des Gesundheitsfachberufes DiätassistentIn für die neuen Berufsbezeichnungen „Diätologe/ Diätologin“ sowie „Ernährungstherapeut/ Ernährungstherapeutin“ aussprachen [5]. Für die Bezeichnung „Diätologe/ Diätologin“ sprachen sich allerdings bei beiden Studien am wenigsten ProbandInnen aus, was vermuten lässt, dass der Begriff der „Diät“ immer noch häufig negativ assoziiert wird [44].

Diese Aussage unterstützten weitere Ergebnisse, da die ProbandInnen nach ihren Assoziationen bezüglich der einzelnen Wortbestandteilen „Diät“ und „Assistent“ gefragt wurden. Betreffend den Begriff „Diät“ gab es die Möglichkeit eher positive oder/und eher negative Assoziationen zu wählen. Insgesamt wurden häufiger negative Assoziationen (67%) gewählt als positive (33%). Allerdings ist hierbei zu beachten, dass nur drei der acht vorgegebenen Antwortmöglichkeiten eher positiv zu werten sind und damit keine ausgeglichene Wichtung (positiv/negativ) vorhanden war. Dadurch könnte es zu einer möglichen Verzerrung der Ergebnisse gekommen sein und die ProbandInnen beeinflusst haben.

Besonders herausstechend war das 54% der ProbandInnen sich für die Assoziation „Abnehmen“ aussprachen. Im Oktober 2018 hat die Marktforschungsplattform Appinio 1.000 Deutsche im Alter von 16 bis 44 Jahren zu ihren Ernährungsgewohnheiten, ihrer Fitness und ihren Erfahrungen mit Diäten befragt [45]. Die Untersuchung unterstützt die aktuelle Studie, da 71% der Frauen und 48% der Männer angaben, aktuell mit einer Diät an Gewicht verlieren zu wollen. Ähnliche Ergebnisse lieferte die 2017 durchgeführte Ernährungsstudie der Techniker Krankenkasse. Hier gaben 59% der Frauen und 42% der Männer an, mithilfe einer Diät Körpergewicht reduzieren zu wollen [46].

An zweiter Stelle der Nennungen folgte die Assoziation „gesund“, welche insgesamt von 50% der ProbandInnen gewählt wurde. Durch die hohe Anzahl dieser positiven Assoziation gegenüber dem Begriff stellt sich die Frage, ob der Titelteil „Diät“ nicht unbedingt der stärkere ist, sondern „assistentIn“. Es ist durchaus möglich, dass der hintere Teil des Berufstitels mehr ausmacht, da das „rechtsköpfige“, sprich das zweite Wort in Substantivkomposita meist stärker ist im Deutschen [47]. Das würde bedeuten, dass „assistentIn“ in der Verbindung sprachlich gesehen mehr Einfluss auf Grammatik und auch die Bedeutung hat.

Mit dem aktuellen Berufstitel assoziierten die ProbandInnen überwiegend eine gesunde Ernährung (63%) sowie Beratung und Therapie (62%). Ein Drittel der ProbandInnen stimmte für „Abnehmen“. Die Assoziation „Krankheit“ vertraten nur 15% der Befragten. Bei Spieker et. al [4] wurde ebenfalls nach den Assoziationen bezüglich des Berufstitels von Diät-assistentInnen gefragt.

Hierbei waren allerdings keine Mehrfachantworten zulässig. Es assoziierten ebenfalls ein Drittel der PassantInnen den Beruf mit einer Gewichtsreduktion. Für eine „gesunde Ernährung“ stimmten 29% und weitere 24% für „Beratung und Therapie“. Es ist diskutabel, ob unter der Option der Mehrfach-antwortmöglichkeit mehr PassantInnen für die oben genannten Optionen (gesunde Ernährung, Beratung und Therapie) gestimmt hätten.

Bezüglich der Assoziation „Abnehmen“ bzw. „Gewichtsreduktion“ kam es zur Übereinstimmung beider Studien, was zeigt, dass teilweise immer noch ein einseitiges Tätigkeitsfeld mit dem Berufstitel assoziiert wird. Durch die Überschneidung zwischen der Assoziation „Abnehmen“ bezüglich des Begriffes der Diät und auch dem Berufstitel selbst gegenüber, ist es diskutabel, ob dies automatisch auf den Beruf und das Tätigkeitsfeld übertragen wird.

5.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Auffallend ist, dass Frauen DiätassistentInnen in der aktuellen Studie mehr Aufgabengebiete zutrauen als Männer, vor allem im Bereich Verpflegungsmanagement. So stimmten beispielsweise nur 32% der Männer im Gegensatz zu 47% der Frauen dafür, dass DiätassistentInnen in der Lage sind die Leitung der Krankenhausküche zu übernehmen. Aus den Ergebnissen lässt sich schließen, dass Männer scheinbar weniger über das Tätigkeitsfeld von DiätassistentInnen wissen als Frauen. Es ist diskutabel, ob es daher rührt, weil sich Männer vielleicht generell weniger mit Ernährung beschäftigen als Frauen. Dies belegt der aktuelle Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbandes, aus dem hervor geht, dass 81% der Kursteilnehmenden von Angeboten zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention weiblich waren [48].

Bei den Assoziationen bezüglich des Begriffes „Assistent“ fiel auf, dass bei Frauen die Angabe „Fachexperte/in“ an letzter Stelle und bei Männern an 2. Stelle nach „Unterstützung“ genannt wird. Es besteht daher die Frage, ob Frauen empfindlicher bzw. auch kritischer auf den Begriff „Assistent“ reagieren als Männer und ob dies eventuell mit der geschlechtsspezifischen Berufswahl zusammenhängt. Nach dem Bericht der Bundesagentur für Arbeit zur Arbeitsmarktsituation 2018 sind Frauen allgemein vermehrt im Dienstleistungssektor angestellt und Männer vorwiegend im Baugewerbe sowie in der Industrie beschäftigt [49]. Frauen arbeiten verstärkt in privaten Hauswirtschaftsberufen oder auch in der Erziehung und Pflege, welche häufig im Gegensatz zu „Männerberufen“ durch geringere Gehälter sowie Aufstiegschancen gekennzeichnet sind, und historisch betrachtet als die „weiblichen“ Assistenzberufe bezeichnet werden [50]. Es bleibt offen, ob Frauen sich dem immer noch angehörig fühlen und dadurch „schlechtere“ Assoziationen mit dem Begriff haben.

Es ist auch möglich, dass es eine Beeinflussung aufgrund der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten gab: Während Fachexperte/in einen „Expertenstatus“ symbolisiert, tendieren die anderen Vorgaben „Unterstützung“, „Zuarbeiter/in“ und „Hilfskraft“ eher zu einem/r Assistenten/in.

Des Weiteren liegen Studien vor, dass Frauen sich von nicht gegenderten Bezeichnungen ausschließen [51, 52]. Das bedeutet, wenn in der Befragung nach der Assoziation von „Assistent“ gefragt wurde und als Antwortmöglichkeit nur Fachexperte und nicht zusätzlich Fachexpert**IN** vorgelesen wurde, ist es möglich, dass sich Frauen weniger angesprochen fühlten. Daher ist es durchaus diskutabel, inwieweit die Probanden den Fragebogen betreut selber ausfüllen sollten und welche gender-Form man verwendet, um alle Geschlechter gleichermaßen anzusprechen.

5.3 Bedeutung des Berufes

Knapp über 90% der ProbandInnen schätzen den Beruf von DiätassistentInnen als äußert wichtig bzw. sehr wichtig im Gesundheitswesen ein. In der Studie von Spieker et. al [4] wurde ebenfalls nach der Wichtigkeit des Berufes gefragt. Hier stimmten 82% dafür, dass der Beruf sehr wichtig bzw. wichtig ist. Beide Ergebnisse zeigen, dass DiätassistentInnen aus Sicht der TeilnehmerInnen im Gesundheitswesen nicht wegzudenken sind und einen wichtigen Stellenwert haben. Hierbei wäre interessant zu wissen, ob medizinisches Fachpersonal diese Meinung ebenfalls vertritt.

Im gleichen Jahr wurde in einem systematischen Review die Wirksamkeit diätetischer Interventionen in der primären Gesundheitsversorgung auf die Gesundheit und allgemeinere wirtschaftliche Ergebnisse in Neuseeland untersucht [53]. Dabei konnten ernährungstherapeutische Interventionen statistisch signifikante Auswirkungen in den Bereichen Fettleibigkeit, Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes und Mangelernährung von älteren PatientInnen im Vergleich zur üblichen Versorgung erzielen.

Dadurch dass sich die Ernährungstherapie als effektiv und kostensparend präsentiert, ist sie nicht nur für PatientInnen attraktiv, sondern auch für Arbeitgeber. Dennoch scheint dieser Aspekt immer noch nicht im deutschen Gesundheitssystem etabliert, gibt es doch bei weitem keine flächendeckenden Ernährungsteams oder DiätassistentInnen in den Kliniken Deutschlands [7].

5.4 Limitationen und Stärken

Die Studie konnte keine vollständige flächendeckende Erhebung präsentieren, da der Norden Deutschlands nicht mit abgebildet werden konnte. Dennoch konnte das bevölkerungsreichste Bundesland, Nordrhein-Westfalen, miterfasst werden. Vor Ort in den verschiedenen Regionen wurden Interviewer benötigt.

Es hatten sich sieben Berufsfachschulen für DiätassistentInnen bereiterklärt, dass SchülerInnen des 2./3. Lehrjahres die Befragung in einer mit der Lehre kooperierenden Gesundheitseinrichtung durchführen. Die unregelmäßige Verteilung der Ausbildungsstätten für DiätassistentInnen über das Bundesgebiet rührt daher, dass die teilgenommenen Schulen nicht systematisch auf alle Regionen in Deutschland verteilt und auch nicht jede Schule aufgrund organisatorischer Bedingungen die Befragung unterstützen konnte. Weiterhin führten die Anfrage bei den Schulleitungen in den Prüfungszeiträumen sowie langwierige Annahmeverfahren der Studie in den Gesundheitseinrichtungen zu Verzögerungen des Beginns der Studie bzw. auch zu Absagen.

Die erste Frage des speziellen Teils des Fragebogens sollte überarbeitet werden. Bei der Frage, ob die ProbandInnen zustimmen, dass die Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland sich schlecht ernährt, hätte genau definiert werden müssen was unter „schlecht“ zu verstehen ist. Da die PatientInnen eher keine Experten im Ernährungswesen sind, wissen sie nicht, was wissenschaftlich eine gute und eine schlechte Ernährung ausmacht und verlassen sich auf mediale Repräsentation dessen. Deswegen spiegeln ihre Antworten auch eher diese „allgemeinen“ Assoziationen wider, als tatsächliche Fakten, weshalb die Ergebnisse kritisch zu betrachten sind.

Die Fallzahl ist im Vergleich der Gesamtzahl der aktuellen stationären PatientInnen in Deutschland gering, dennoch konnten 169 Patienten aus zwölf verschiedenen medizinischen Fachbereichen rekrutiert werden und ist daher dem Rahmen einer Bachelorarbeit angemessen und lieferte aussagekräftige Ergebnisse.

Die Stärke der Studie lag in dem standardisierten Vorgehen. In den Gesundheitseinrichtungen waren immer angehende DiätassistentInnen oder die Autorin selbst, um die Befragung durchzuführen. Durch das Ausfüllen der Fragebögen zusammen mit den PatientInnen und dem schriftlichen Festhalten der Antworten durch die SchülerInnen oder die Autorin, konnte ein vollständiger Datensatz zur Auswertung genutzt werden. Dadurch konnten auch Missverständnisse ausgeschlossen und sichergestellt werden, dass die Fragen von den ProbandInnen semantisch und pragmatisch verstanden worden sind.

Durch die Option von Mehrfachantworten sowie auch die Möglichkeit eigene Angaben machen zu können, konnte die tatsächliche Laienwahrnehmung der PatientInnen wiedergespiegelt werden und damit auch die Realität des Berufes außerhalb der Klinik. Des Weiteren konnte durch eine gezielte Auswahl in Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal eine gute Balance der Geschlechter erreicht werden.

Dadurch das vorab ein Pre-Test stattgefunden hat, konnten Unstimmigkeiten oder Missverständnisse bezüglich von Fragestellungen behoben und somit Probleme bei der Befragung vermieden werden.

Die Studie ist die erste, die nach Meinungen von stationären PatientInnen in deutschen Gesundheitseinrichtungen bezüglich einer Änderung der Berufsbezeichnung von DiätassistentInnen fragt. Sie stellt damit einen Fortschritt dar, um die Bedeutung und Notwendigkeit einer neuen Berufsbezeichnung sichtbar zu machen.

6. Konklusion

Anhand der Ergebnisse lässt sich eindeutig feststellen, dass sich stationäre PatientInnen für eine neue Berufsbezeichnung von DiätassistentInnen und ihre wichtige Bedeutung im Gesundheitssystem aussprechen. Der Beruf ist in der Gesellschaft etabliert und möchte sich, wie auch andere Gesundheitsfachberufe, weiterentwickeln, um die gesundheitliche Versorgung der deutschen Bevölkerung sicherzustellen.

Eine Änderung der Berufsbezeichnung ist wichtig, um zu vermeiden, dass der therapeutische Schwerpunkt und die Eigenständigkeit der Berufsgruppe aufgrund der derzeitigen Berufsbezeichnung von PatientInnen nicht erkannt werden.

Es gilt weiterhin zusätzliche und auch größere Studien zur Thematik durchzuführen, um z.B. auch die unklare Sicht anderer medizinischer Berufe gegenüber DiätassistentInnen zu ergründen. Dadurch sollen gezielt weitere Impulse für eine Änderung der Berufsbezeichnung gegeben werden, um ein wichtiges Zeichen zu setzen: Es ist ein Beruf, der in Zukunft immer wichtiger wird und alle jetzigen und zukünftigen Ernährungsfachkräfte sollen selbstbewusst und stolz eine Berufsbezeichnung tragen, die auch ihren Leistungen und Qualifikationen entspricht.

7. Literaturverzeichnis

1. Verband der Diätassistenten (VDD) & Bund für Ausbildung und Lehre in der Diätetik (BALD). *Dafür stehen wir*. [Internet]. 2019 [letzter Zugriff: 29.02.2020]. URL: https://www.vdd.de/fileadmin/images/Homepage/VDD_Folder_Daf%C3%BCr_stehen_wir.pdf.
2. Der deutsche Bundestag, *Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten*. 1994: Berlin.
3. Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung*. [nternet]. 2014 [letzter Zugriff: 05.03.2020]. URL: https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf.
4. Spieker T et al., *Diätassistenten sind in Deutschland weitgehend unbekannt.* Diät und Information, 2016. **14**(04).
5. Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) & Bund für Ausbildung und Lehre in der Diätetik (BALD). *10-Punkte-Programm zur Neuordnung und Stärkung der Ausbildung unseres Gesundheitsfachberufes*. [nternet] 2019 [letzter Zugriff: 07.04.2020]. URL: https://www.vdd.de/fileadmin/images/Homepage/10_Punkte_VDD_und_BALD_final_neu.pdf.
6. World Health Organization (WHO). *Factsheets: Obesity and Overweight*. [nternet]. 2018 [letzter Zugriff: 02.02.2020]. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.
7. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.). *14. DGE-Ernährungsbericht - Vorveröffentlichung Kapitel 2*. [nternet]. 2019 [letter Zugriff: 20.02.2020]. URL: https://www.dge.de/14-dge-eb/vvoe/kap2.
8. Ertl-Schmuck, R., et al., *Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege*. Vol. 4108. 2014: UTB.
9. Remmers, H., *Pflegewissenschaft und ihre Bezugswissenschaften. Fragen pflegewissenschaftliche Zentrierung interdisziplinären Wissens.* Pflege, 1999. **12**: p. 367-376.
10. Lang, C., *Diätassistenten auf dem Weg zur Profession - Begründungslinien einer professionsspezifischen Interaktionslogik*. 2015, Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin. p. 86-95.
11. Buchholz, D. ,Lang, C., *Entstehung und Definitionen*, in *VDD-Leitlinie für die Ernährungstherapie und das prozessgeleitete Handeln in der Diätetik: Manual für den German-Nutrition Care Process (G-NCP).* Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD), Editor. 2015, Pabst Science Publishers: Lengerich. p. 13-28.

12. European Federation of the Associations of Dietitians. *Akademische Berufsrichtlinien und Berufsstandards für die Diätetik in Europa. Übersetzung von Elmar Klein*. [nternet]. 2005 [letzter Zugriff: 20.02.2020]. URL: http://www.efad.org/everyone /2375/5/0/32.
13. Valentini, L., et al., *Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM).* Aktuelle Ernährungsmedizin, 2013. **38**(02): p. 97-111.
14. Weimann, A., et al., *Ernährungsmedizin–Ernährungsmanagement–Ernährungstherapie*. 2019, ecomed-Storck GmbH: Landsberg am Lech. p. 320-24.
15. Mohr, L., *Was bedeutet Assistenz.* Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik, 2006. **11**(06): p. 18-23.
16. *Assistenzberufe*. [nternet]. 2013 [letzter Zugriff 04.03.2020]. URL: https://de.wikipedia.org/wiki/Assistenzberuf.
17. *Synonyme für Assistenten*. [nternet]. 2020 [letzter Zugriff: 04.03.2020]. URL: https://synonyme.woxikon.de/synonyme/assistentin.php.
18. Futura GmbH. *Persönliche Assistenz*. [nternet]. [letzter Zugriff: 03.03.2020]. URL: https://www.persoenliche-assistenz-berlin.de/.
19. Lang, C., *Diätassistenten auf dem Weg zur Profession - Begründungslinien einer professionsspezifischen Interaktionslogik*. 2015, Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin. p. 9-11.
20. Buchholz, D., *Diätassistenten und das Handlungsfeld Diät-und Ernährungsberatung: Historische Entwicklung, Status quo und Herausforderungen*. 2015, Hamburg: Verlag Dr. Kovaç. p.138-151.
21. Igel G, *Öffentlich-rechtliche Regulierungen nichtärztlicher Gesundheitsberufe und ihrer Tätigkeit auf den Gebieten der Diätetik, der Medizintechnik, Orthoptik und der Pharmazie*. 2010, München: Springer Medizin, Urban & Vogel GmbH.
22. International Confederation of Dietetic Associations (ICDA). *International Definition of Dietitian-Nutritionist*. [nternet]. 2014 [letzter Zugriff: 29.02.2020]. URL: https://www.internationaldietetics.org/Downloads/International-Definition-of-Dietitian.aspx.
23. The European Federation of the Association of Dietitians (EFAD). *Definition of a Dietitian*. [nternet]. 2016 [letzter Zugriff: 01.03.2020]. URL: http://www.efad.org/en-us/about-efad/definition-of-a-dietitian/.
24. Lehmann, Y., et al., *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GesinE) – zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen.* Gesundheitswesen, 2016. **78**(06): p. 407-413.
25. Konsortium, B., *Bildung in Deutschland. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration*. 2006, Bielefeld: Bertelsmann.

26. Erpenbeck, J., *Stichwort Kompetenzen.* weiter bilden - Die Zeitschrift für Erwachsenenbildung, 2014. **21**(3): p. 20-21.
27. Bundesministerium für Bildung und Forschung. *Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen*. [Internet]. 2019 [letzter Zgriff: 07.04.2020]. URL: https://www.dqr.de/content/60.php.
28. Buchholz, D., *Diätassistenten und das Handlungsfeld Diät-und Ernährungsberatung: Historische Entwicklung, Status quo und Herausforderungen*. 2015, Hamburg: Verlag Dr. Kovaç. p. 43-51.
29. Dewe, B., *Professionsverständnisse–eine berufssoziologische Betrachtung*, in *Professionalisierung im Gesundheitswesen-Positionen-Potenziale-Perspektiven*. 2006, Verlag Hans Huber: Bern. p. 23-35.
30. Buchholz, D., Ohlrich, S.,Valentini, L., *Akademisierung der Diätetik in Deutschland am Beispiel der Hochschule Neubrandenburg.* Aktuel Ernahrungsmed, 2015. **40**(06): p. 379-383.
31. Online Akademie Köln. *Alternative Weiterbildungen*. [Internet]. 2016 [letzter Zugriff: am 05.03.2020]; URL: https://www.ernaehrungsberater.net/alternative-weiterbildungen.
32. Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD), *VDD Berufsfeldanalyse 2020*. Datenmaterial einer Online-Befragung. unveröffentlicht. 2020.
33. Buchholz, D., Hofmann, J.,Babitsch, B., *Begutachtetes Original-Berufs-und Tätigkeitsfeldanalyse der Diätassistentinnen und Diätassistenten in Deutschland.* Ernahrungs Umschau, 2011. **58**(5): p. 258-264.
34. Brauer, L., *Vorwort*, in *Die Diätassistentin. Beruf und Ausbildung. Band 9*, Brauer L, Schlayer E, and von Soós A, Editors. 1934, Paul Hartung Verlag: Hamburg. p. 7-11.
35. von Leyden, E., *Vorrede*, in *Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik. Erster Band. Erste Abtheilung*, E. von Leyden, Editor. 1897, Georg Thieme Verlag: Leipzig. p. III-V.
36. Thoms, U., *Zwischen Kochtopf und Krankenbett. Diätassistentinnen in Deutschland 1890-1980*, in *Medizin, Gesellschaft und Geschichte , Band 23*, R. Jütte, Editor. 2005, Franz Steiner Verlag: Stuttgart. p. 133-163.
37. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Diätassistentinnen und Diätassistenten vom 1. August 1994 (BGBl. I S. 2088), die zuletzt durch Artikel 39 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist*. 1994.

38. Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD), *Forderungen an Politik und Akteure im Gesundheitssystem zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung und Weiterentwicklung des Berufs der Diätassistentin / des Diätassistenten in Deutschland*. 2011, Wolfsburg.
39. Lang, C., *Diätassistenten auf dem Weg zur Profession - Begründungslinien einer professionsspezifischen Interaktionslogik*. 2015, Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin. p. 20-39.
40. MinisterInnen und SenatorInnen für Gesundheit der Länder. *Beschlüsse der 90. GMK - TOP: 7.1 Novellierung der Gesundheitsfachberufe*. [Internet]. 2017 [letzter Zugriff: 05.04.2020]. URL: https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=544&jahr=2017.
41. Bundesgesundheitsministerium Deutschland. *Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“*. [Internet]. 2018 [letzter Zugriff: 03.04.2020]. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsberufe/Eckpunkte_Gesamtkonzept_Gesundheitsfachberufe.pdf.
42. Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD). *Projekt Namensänderung*. [Internet]. 2019 [letzter Zugriff: 02.03.2020]. URL: https://www.vdd.de/der-vdd/projekte/laufende-projekte/projekt-namensaenderung/.
43. Geraedts, P., *Krankengymnastik und Physiotherapieausbildung*, in *Die Geschichte der Physiotherapie: Von der antiken Heilgymnastik zum modernen Gesundheitsberuf*. 2019, Springer Fachmedien Wiesbaden: Wiesbaden. p. 37-39.
44. Otto S et al, *Was assoziieren Menschen mit den Begriffen „Diät“, „Ernährung“ und „Essen und Trinken“?* Diät und Information, 2015. **13**(01): p. 19-22.
45. appinio Marktforschungsplattform. *Diät-Ernährung-Fitness- Verhältnis von Deutschen zu ihrem Körpergewicht*. [Internet]. 2018 [letzter Zugriff: 01.05.2020]. URL: https://www.appinio.com/de/blog/di%C3%A4t-trend-ern%C3%A4hrung-fitness.
46. Wohlers, K. ,Hombrecher, M., *Iss was, Deutschland – TK-Ernährungssstudie 2017*. 2017, Detmold: Bösmann Medien und Druck GmbH & Co. KG.
47. Crestani, V., *Busfahrer, trasporto merci, meat-eater: Rektionskomposita im Deutschen, im Italienischen und im Englischen.* Germanistische Kontexte, 2015. **1**(1): p. 34-45.
48. GKV-Spitzenverband, *Präventionsbericht 2019*. 2019, Koffler DruckManagement GmbH: Berlin. p. 40.
49. Bundesagentur für Arbeit, *Die Arbeitsmarktsituation von Frauen und Männern 2018*. 2019: Nürnberg. p. 11-16.
50. Müller, D., *Was hindert Frauen an der Karriere?: Eine Versachlichung von Dagmar Müller*. 2016, Lambertus-Verlag: Berlin. p. 24-26.

51. Stahlberg, D. ,Sczesny, S., *Effekte des generischen Maskulinums und alternativer Sprachformen auf den gedanklichen Einbezug von Frauen.* Psychologische Rundschau, 2001. **52**(3): p. 131-140.
52. Braun, F., et al., *“Aus Gründen der Verständlichkeit...“: Der Einfluss generisch maskuliner und alternativer Personenbezeichnungen auf die kognitive Verarbeitung von Texten.* Psychologische Rundschau, 2007. **58**(3): p. 183-189.
53. Howatson, A., Wall, C.,Turner-Benny, P., *The contribution of dietitians to the primary health care workforce.* Journal of Primary Health Care, 2015. **7**(4): p. 324-332.

8. Danksagung

Ich möchte mich vor allem bei meinen Betreuerinnen Frau Dipl. Med. päd. Sabine Ohlrich-Hahn und Frau Dr. Edda Breitenbach für die fachliche Unterstützung sowie Motivation während der gesamten Phase der Erstellung dieser Arbeit bedanken. Für die zahlreichen Hinweise und die Unterstützung bei der Erstellung des Ethikantrages möchte ich Frau Prof. Dr. Valentini danken. Frau Sara Ramminger danke ich für die Tipps und Kommentare zur statistischen Auswertung der Ergebnisse.

Ein besonderer Dank gilt den sieben Berufsfachschulen für DiätassistentInnen und deren SchülerInnen, die mich mit großem Engagement bei der Planung und Durchführung der Befragung unterstützt haben. Natürlich möchte ich mich an dieser Stelle auch bei den teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen, insbesondere den Stationsleitungen und dem Pflegefachpersonal bedanken. Ohne die gute Zusammenarbeit hätte die Befragung in dieser Form nicht stattfinden können.

Abschließend möchte ich mich bei meiner Familie und Freunden für die Unterstützung und Geduld bedanken, und für die aufbauenden Worte, wenn alles mal nicht so lief, wie man sich es vorgestellt hatte.

9. Anhänge

Verzeichnis der Anhänge

Inhalt	Seite
Fragebogen	57
Alterskategorien der ProbandInnen	60
Einordnen der ProbandInnen nach WHO-Klassifizierung	60
Änderung der Berufsbezeichnung in Abhängigkeit des Alters	61
Änderung der Berufsbezeichnung in Abhängigkeit der Station	61

Fragebogen allgemeiner Teil

Probandencode: _____

Station: ☐ Endokrinologie ☐ Chirurgie ☐ Gastroenterologie ☐ Onkologie

☐ Sonstige: _____

Geschlecht: ☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers

Alter: _____ Jahre **Körpergröße:** _____ cm **Körpergewicht:** _____ kg

BMI: berechnet/ geschätzt/ dokumentiert: _____ kg/m²

☐ Untergewicht (< 18,5) ☐ Normalgewicht (18,5-24,9)
☐ Übergewicht (25-29,9) ☐ Adipositas Grad 1 (30-34,9)
☐ Adipositas Grad 2 (35-39,9) ☐ Adipositas Grad 3 (≥ 40)

1. Wie lange sind Sie schon im Krankenhaus?

☐ unter 3 Tage
☐ bis zu einer Woche
☐ länger als 1 Woche
☐ länger als 3 Wochen

2. Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?

☐ Hauptschule
☐ Realschule
☐ Abitur
☐ Weiteres: _____

3. Welches ist ihr höchster Bildungsabschluss?

☐ Berufsausbildung
☐ Studium (Bachelor/Master/Diplom)
☐ Promotion
☐ Weiteres: _____

4. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

☐ Facharbeiter/in
☐ Angestellte/r
☐ Selbstständige/r
☐ in leitender Position tätig
☐ arbeitssuchend
☐ Rentner/in

5. Wie viele Einwohner hat ihr Wohnort?

☐ < 5.000
☐ 5-20.000
☐ 20- 50.000
☐ 50-100.000
☐ > 100.000

Fragebogen - spezieller Teil

1. Stimmen Sie zu, dass sich die überwiegende Mehrheit der Einwohner in Deutschland schlecht ernährt?

☐ stimme zu ☐ stimme teilweise zu ☐ stimme nicht zu ☐ weiß nicht

2. Wie würden Sie Ihre eigene Ernährung einschätzen? (Mehrfachauswahl möglich)

☐ gesund ☐ abwechslungsreich ☐ einseitig ☐ viel Obst und Gemüse

☐ ungesund ☐ viele Fertiggerichte ☐ Sonstiges: _____

3. Woran denken Sie bei dem Begriff „Diät"? (Mehrfachauswahl möglich)

☐ Abnehmen ☐ Verzicht ☐ strenge Ernährungsweise ☐ Erfolg

☐ Einseitigkeit ☐ gesunde Ernährung ☐ Anstrengung ☐ Misserfolg

☐ sonstiges: _____

4. Woran denken Sie bei dem Begriff „Assistent"? (Mehrfachauswahl möglich)

☐ Unterstützung ☐ Hilfskraft ☐ Zuarbeiter/in ☐ Fachexperte/in

☐ sonstiges: _____

5. Wenn Sie ein Ernährungsproblem haben oder hätten, (Bsp. nennen, wenn Patient fragt) wo würden Sie sich zuerst Hilfe holen? (Mehrfachauswahl möglich)

☐ Hausarzt ☐ Notaufnahme (Krankenhaus) ☐ Internet ☐ Familie, Freunde

☐ Diätassistent/in ☐ Sonstiges: _____

6. Ist Ihnen der Beruf des/r Diätassistenten/in bekannt?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht

7. Waren Sie schon einmal in Kontakt mit einem/r Diätassistent/in? Wenn ja, in welchem Bereich? (Mehrfachauswahl möglich)

☐ Ja ☐ Nein

☐ Rehaklinik ☐ Krankenhaus ☐ Büro ☐ Arztpraxis ☐ Küche

☐ Woanders: _____

8. Was verbinden Sie mit dem Berufstitel des/r Diätassistenten/in? (Mehrfachauswahl möglich)

☐ Abnehmen ☐ gesunde Lebensführung ☐ gesunde Ernährung

☐ Beratung, Therapie ☐ Krankheit ☐ sonstiges: _____

9. Welche der Aufgabengebiete würden Sie einem/r Diätassistenten/in zutrauen? (Mehrfachauswahl möglich)

☐ Leitung der Krankenhausküche ☐ Mitarbeit in der Speisengestaltung

☐ Zubereitung von Spezialdiäten für erkrankte Menschen

☐ Ernährungsberatung bei gesunden Menschen

☐ Ernährungsberatung bei erkrankten Menschen unter Anleitung des Arztes

☐ Eigenverantwortliche Ernährungsberatung bei erkrankten Menschen

☐ Interpretation von Blutwerten ☐ Beratung von Ärzten in Ernährungsfragen

☐ Weiß nicht

☐ Sonstiges: _____

***Berufsdefinition**:*
Diätassistenten sind ausgebildete, staatlich anerkannte Personen, die eigenverantwortlich und selbstständig ernährungsmedizinische Maßnahmen durchführen. Ihr professionelles, prozessgeleitetes Handeln beruht dabei auf wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen, welche sie durch regelmäßige Weiterbildungen festigen und in ihre tägliche Arbeit integrieren.

10. Finden Sie die Berufsbezeichnung Diätassistent/in passend für diesen Beruf?

1 = sehr unpassend ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 5 = sehr passend

11. Würden Sie eine andere Berufsbezeichnung passender finden? Wenn ja, welche?

☐ ja ☐ nein

☐ Diätologe/in ☐ Ernährungsmedizinische/r Therapeut/in

☐ Ernährungstherapeut/in ☐ anderer Vorschlag: _____

12. Für wie wichtig halten Sie den Beruf des/r Diätassistenten/in, um Menschen bei der richtigen Ernährung zu unterstützen bzw. zu begleiten?

1 = unwichtig ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 5 = sehr wichtig

Probandencharakteristik

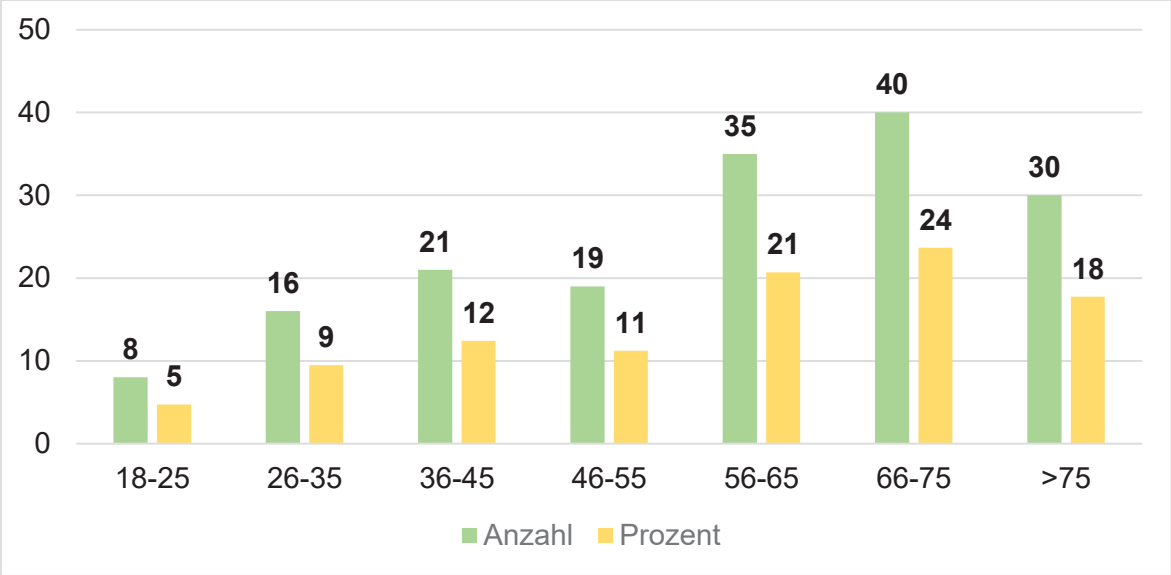

Abbildung: Einordnen der ProbandInnen in Alterskategorien (n=169)

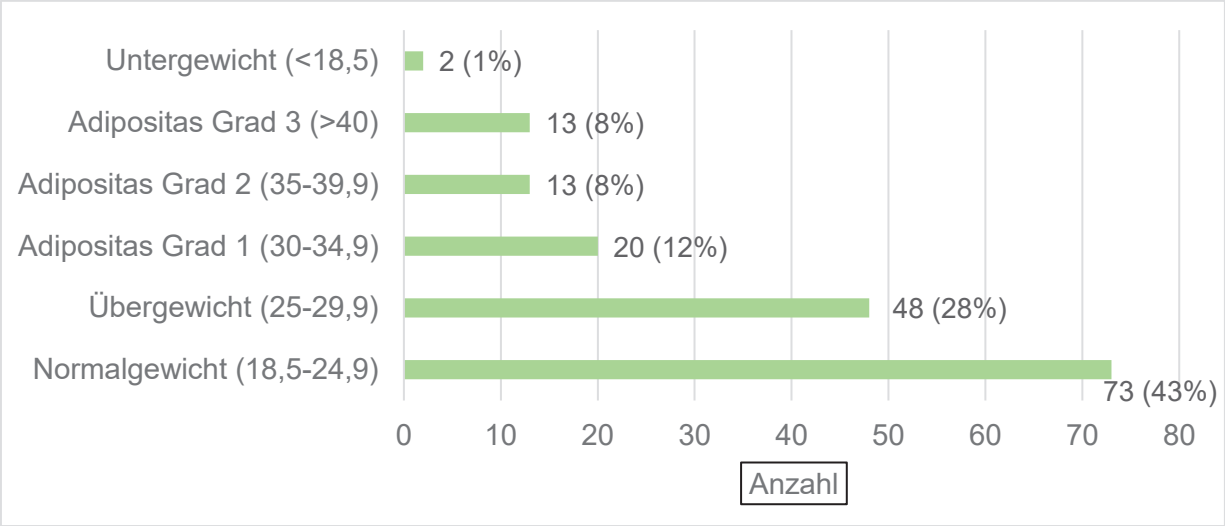

Abbildung: Einordnen der ProbandInnen nach der WHO-BMI-Klassifizierung (n=169)

Resultate

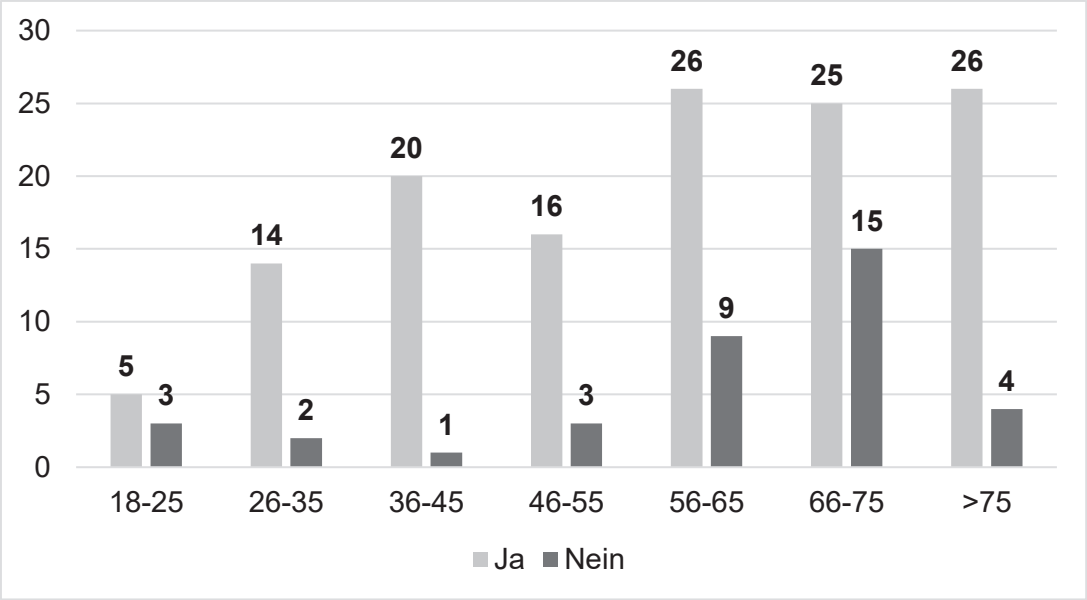

Abbildung: Änderung Berufsbezeichnung nach Alterskategorie (n=169)

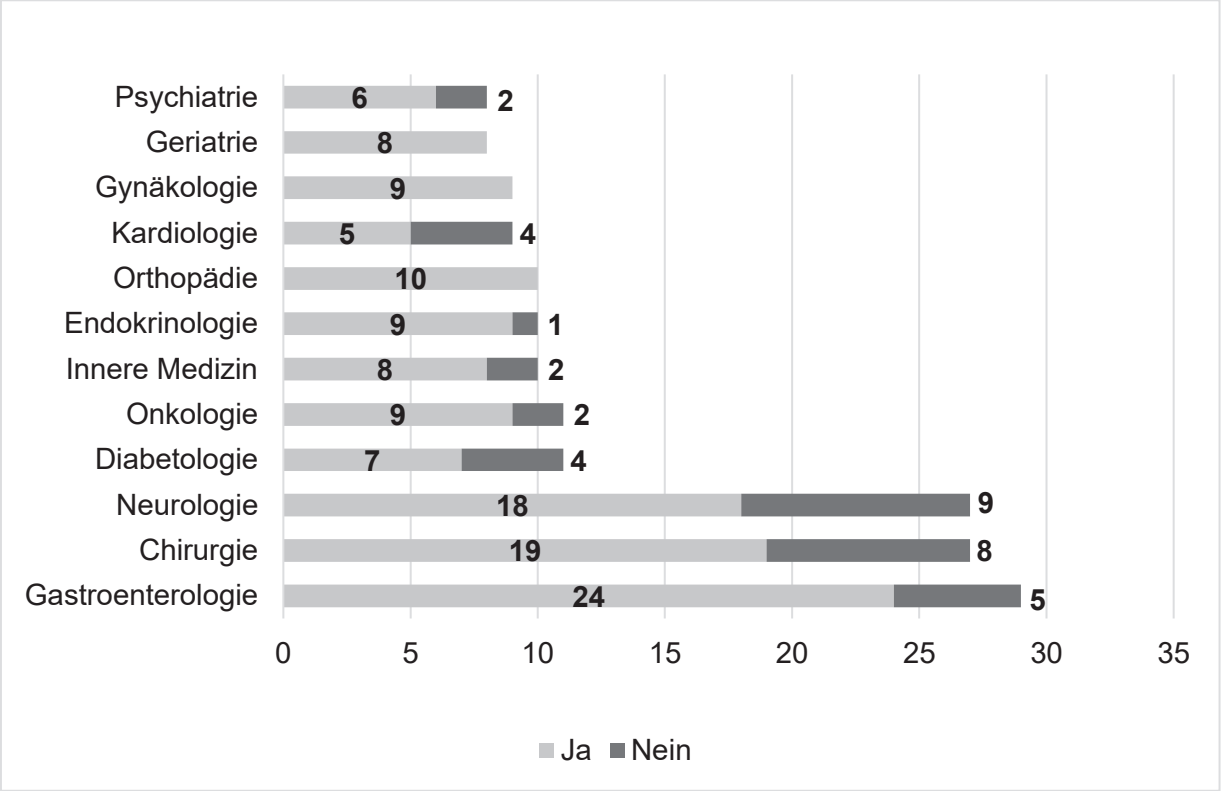

Abbildung: Änderung der Berufsbezeichnung nach Station (n=169)

10. Eidesstaatliche Versicherung

„Ich, Franziska Ruhs, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Bachelorarbeit mit dem Thema: „Nationale Erhebung des Handlungsbedarfes für eine Änderung der Berufsbezeichnung von DiätassistentInnen bei PatientInnen in stationären Gesundheitseinrichtungen“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -*www.**icmje**.org*) kenntlich gemacht.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Leipzig, 13.06.2020

Datum Unterschrift