



1 Entstehung und Definitionen

Daniel Buchholz & Christian Lang

1.1 Hintergrund

Die verpflichtende Einführung des Diätologischen Prozesses in die Ausbildung der Diätassistenten (Dietologen) in Österreich im Jahre 2006 (Österr. Bundesgesetz 2006) war impulsgebend für die Diskussionen über prozessgeleitetes Arbeiten in den Handlungsfeldern von Diätassistenten in Deutschland (BUCHHOLZ & OHLRICH 2011). Zeitlich versetzt, im Jahr 2009, begann diese Diskussion auch auf europäischer Ebene und ist dort insbesondere von dem in den USA entwickelten Nutrition Care Process (NCP) sowie der Etablierung einer „standardisierten Sprache in der Diätetik“ geprägt. Als Resultat der Diskussion empfiehlt EFAD (European Federation of the Associations of Dietitians) den NCP als Prozessmodell für alle Mitgliedstaaten (EFAD 2014). Dem schloss sich auch der VDD an. Neben den europäischen Empfehlungen war für diese Entscheidung mit ausschlaggebend, dass es sich beim NCP um ein etabliertes und evaluiertes Prozessmodell handelt (HAKEL-SMITH et al. 2005; LÖVESTAM et al. 2013), das außerdem die Kontextbedingungen, in denen ernährungsbezogene Maßnahmen stattfinden, einbezieht.

Ziel der Entwicklung und Implementierung des NCP in den USA war es, eine hohe Qualität in allen Handlungsfeldern von Diätassistenten zu erreichen. Dieses Ziel wird von der *Academy for Nutrition and Dietetics* (AND) beschrieben als „das Richtige, zur richtigen Zeit, mit dem richtigen Weg, für die richtige Person zu tun, um das bestmögliche Ergebnis zu erzielen“ (LACEY & PRITCHETT 2003). Weiterhin zeigt die Implementierung von standardisierten Prozessen, dass deren Ergebnisse eine geringe Variation und eine größere Vorhersagbarkeit aufweisen (WHEELER 2000).

Diese Ziele gelten auch uneingeschränkt für Deutschland. Die Implementierung des NCP setzt jedoch voraus, dass dieser in deutscher Sprache vorliegt. In einem ersten Schritt wurde daher eine Arbeitsgruppe gegründet, die das NCP-Modell übersetzte, woraufhin erste Veröffentlichungen erfolgten (ex. BUCHHOLZ et al. 2013) und Vorträge, z. B. auf den Bundeskongressen des VDD 2011, 2012, 2013 und 2014 sowie auf dem Kongress „Ernährung 2012“, gehalten wurden. Die an die Veröffentlichungen und Publikationen anknüpfenden Diskussionen machten deutlich, dass die Etablierung des NCP zwar als essentiell für die Handlungsfelder von Diätassistenten in Deutschland erachtet wurde, aber für die Implementierung hierzulande einer partiellen Modifizierung bedarf. Zudem wurde deutlich, dass die Terminologie, die in den verschiedenen Handlungsfeldern von Diätassistenten Anwendung findet, neu überdacht, neu ausgerichtet und definiert werden muss. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund folgender Überlegungen und Entwicklungen von großer Bedeutung:

- Die in den verschiedenen Handlungsfeldern von Diätassistenten verwendeten Begriffe sind nicht eindeutig definiert. Dies würde voraussetzen, dass sie in allen Normen und Regelungen die gleiche Bedeutung hätten.
- Die Definition von Termini ist für die Weiterentwicklung des Berufsbildes Diätassistent/-in und dessen Handlungsfelder hochrelevant, denn was nicht eindeutig benannt wird, kann nicht kontrolliert, finanziert, unterrichtet, erforscht oder politisch diskutiert werden. Letztlich ergibt sich der Anspruch auf Bezahlung nur, wenn eindeutig und klar benannt und dokumentiert wird, was Gegenstand der Bezahlung ist (HAKEL-SMITH & LEWIS 2004: 1.881).
- Die geforderte Professionalisierung der Berufsgruppe der Diätassistenten verlangt nicht nur nach einer Akademisierung dieser Berufsgruppe, sondern auch nach der Etablierung einer wissenschaftlichen Disziplin wie bei den Pflegeberufen und Berufen aus der Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie. Für die Berufsgruppe der Diätassistenten ist dies die Diätetik. Weiterhin werden entsprechende theoretische Ansätze benötigt, welche die kritische Reflexion professionellen Handelns ermöglichen. Dies setzt aber wiederum eine eindeutige Verwendung berufs- und fachspezifischer Termini voraus.

- Die Rolle des Patienten hat sich in den letzten Jahrzehnten von einem paternalistisch geprägten Verhältnis mit einem eher abhängigen und passiven Patienten hin zu einer Rolle des Patienten als Ko-Produzent der Leistungserbringung verändert. Häufig wird auch das Rollenverständnis einer symmetrischen gleichberechtigten Beziehung verwendet (SCHAEFFER & SCHMIDT-KAEHLER 2006: 11). Jedoch impliziert dies eine gleichgewichtige Beziehung, die im professionellen Handeln nicht gegeben ist. So erzeugen unterschiedliche Expertisen (Diätassistent als *professional*) und der Nutzer¹ als Experte seines Erlebens und seiner Bewältigungsstrategien eine Asymmetrie, welche sich nicht auflösen lässt. Vielmehr muss hier der Nutzer als mündiger Patient wahrgenommen und mittels Aushandlungsprozessen eine dialogische Beziehung gestaltet werden. Innerhalb dieser Beziehungsgestaltung werden sowohl Nutzer als auch der professionell Handelnde als Subjekte in ihrer Lebenswelt anerkannt (ERTL-SCHMUCK 2010: 76-79; LANG 2013b). Das vorliegende Verständnis muss auch in theoretischen Konzepten berücksichtigt werden.
- Es besteht teilweise eine Diskrepanz zwischen dem Verständnis der im Kontext von Ernährungsinterventionen² Anwendung findenden Interventionsformen (z. B. Information, Aufklärung, Schulung und Beratung) im Vergleich zum Verständnis dieser Interventionsformen im gesundheitswissenschaftlichen Kontext (SCHAEFFER & DEWE 2012: 59 ff.; PUDEL & WESTENHÖFER 2003: 254 ff.). Um eine eindeutige Kommunikation zwischen den verschiedenen gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen zu ermöglichen und somit auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern, müssen diese Unstimmigkeiten beseitigt werden.

Die hier exemplarisch aufgezeigten Entwicklungen machen eine Modifikation des NCP und eine Erarbeitung der Definition essentieller Begriffe notwendig. Diese wurden von einer vom VDD beauftragten externen Arbeitsgruppe übernommen.

¹ Der Begriff des Nutzers wird in Anlehnung an den englischen Begriff „User“ verwendet und subsumiert Patient, Klient und Kunde. Folglich findet dieser Begriff immer dann Anwendung, wenn diese Gruppen gemeint sind (siehe auch Kap. 2.1).

² Für den Terminus Intervention war keine eindeutige Regelung auffindbar. In seiner Bedeutung lässt sich der Begriff Intervention auf den lateinischen Begriff *interventio* (Dazwischenkommen, Eingriff, Vermittlung) (ENZYKLOPÄDIE o.J.) zurückführen. In der (Sozial-)Medizin wird Intervention als „jede Maßnahme, die zur Heilung, Linderung oder Prävention von Krankheiten oder zur Gesundheitsförderung eingesetzt wird“, verstanden (Psyhyrembel Online 2014). Als begriffliche Schärfung wird die im vorliegenden Manual verwendete Bedeutung von Intervention an das Verständnis des IDNT-Reference Manual angelehnt. Diesem Manual zufolge existieren verschiedene Interventionstypen. Diese umfassen ernährungskommunikative Interventionen (Ernährungsberatung und -schulung, -information und -aufklärung), die Koordination der Ernährungsversorgung (AND 2013: 49) sowie die Sicherstellung der Lebensmittel- und/oder Nährstoffversorgung in der Therapie (ebd.; VALENTINI et al. 2013: 106), Prävention und Gesundheitsförderung (AND 2013: 49).

1.2 Zielsetzung und Methodik

1.2.1 Zielsetzung

Das vorliegende Manual erweitert die bisherige, vorwiegend medizinische Dimension der Diätetik und des beruflichen Handelns von Diätassistenten um die Perspektiven der Soziologie sowie der Gesundheits-, Sozialarbeits- und Pflegewissenschaft. Diese neuen Betrachtungswinkel ergeben sich aus gesellschaftlichen und epidemiologischen Entwicklungen sowie einer Mehrschichtigkeit der Aufgaben im Praxisfeld von Diätassistenten. So erfüllen Diätassistenten vielfältige Aufgaben sowohl in der Ernährungskommunikation als auch im Ernährungsmanagement.

Betrachtet man die Fachliteratur im Handlungsfeld Diätetik, so fällt auf, dass diese vor allem biomedizinisch orientiert ist. Ohne die essentielle Bedeutung der ernährungsmedizinischen und ernährungswissenschaftlichen Erkenntnisse in Frage zu stellen, erscheint es doch zweifelhaft, ob naturwissenschaftliche Erkenntnisse allein ausreichend sind, um ernährungsbezogene Maßnahmen fallbezogen umzusetzen. Deshalb wird dieser derzeit vorherrschende Ansatz um soziologische, gesundheitswissenschaftliche und pflegewissenschaftliche Erkenntnisse ergänzt. Diese finden zwar derzeit Berücksichtigung in der Diätetik, werden aber nicht vor den Besonderheiten des Handlungsfeldes reflektiert.

Die Arbeitsgruppe verfolgte daher zwei Ziele:

1. Die Definition essentieller Termini in den Handlungsfeldern von Diätassistentinnen und Diätassistenten in Deutschland.
2. Die Anpassung des in den USA entwickelten NCP an die Bedürfnisse in Deutschland.

1.2.2 Methodik

Um die hier dargestellten Ziele zu erreichen, wurden eine Arbeitsgruppe und eine Review-Gruppe etabliert. Die Arbeitsgruppe bestand aus Personen, die in verschiedenen Handlungsfeldern der Diätetik und Ernährungswissenschaft sowie in der Ausbildung, Forschung und Lehre tätig sind. 10 Personen der insgesamt 11 Mitglieder der Arbeitsgruppe haben die Grundqualifikation Diätassistent/-in und diverse Weiterbildungen bzw. Studiengänge absolviert. Ziel der Arbeitsgruppe war die Definition von Termini und die Modifikation des NCP. Die Arbeitsgruppe traf sich das erste Mal im Juli 2013.

Die Review-Gruppe bestand aus 19 Personen, die ebenfalls in den verschiedenen Handlungsfeldern der Diätetik sowie in der Forschung und Lehre in den Bereichen Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaften, Diätetik sowie Pflege- und Gesundheitswissenschaften aktiv sind. 16 Personen hatten die Grundqualifikation Diätassistent/-in und diverse Weiterbildungen bzw. Studiengänge absolviert. Vier Personen waren Professoren. Die Aufgabe der Review-Gruppe war es, die von der Arbeitsgruppe erarbeiteten Materialien zu überprüfen und zu kommentieren.

Nach der Verschriftlichung der Definition von Termini und der Modifikation des NCP durch die Arbeitsgruppe wurde das Dokument der Review-Gruppe postalisch zugestellt. Die Kommentare und Anmerkungen der Review-Gruppe wurden dann von der Arbeitsgruppe berücksichtigt und anschließend eingearbeitet. Insgesamt fanden drei Arbeitstreffen und zwei Review-Verfahren statt.

In diesem Zusammenhang sei bereits an dieser Stelle erwähnt, dass das von der Arbeitsgruppe vorgelegte Manual permanent an die aktuellen Gegebenheiten und praktischen Erfordernisse angepasst werden muss, sodass die hier vorliegende 1. Version des G-NCP Manuals keinesfalls als dauerhaft gültige Version betrachtet werden kann (siehe Kapitel 3).

Beim initialen Treffen der Arbeitsgruppe wurden, basierend auf der aktuellen Veröffentlichung der Academy of Nutrition and Dietetics (AND 2013) zum NCP, die folgenden Termini festgelegt, die es zu überdenken und ggf. neu zu definieren galt (alphabetische Reihenfolge):

- Diät
- Diätassistent
- Diätberatung

- Diätetik
- Diättherapie
- Ernährungsaufklärung
- Ernährungsberatung
- Ernährungsinformation
- Ernährungskommunikation
- Ernährungsmanagement
- Ernährungsschulung
- Ernährungstherapie

Die Erweiterung und Anpassung des NCP erfolgte auf der Grundlage von Rückmeldungen der bereits erwähnten vorangegangenen Diskussionen im Kontext von Vorträgen zum NCP auf Kongressen und in entsprechenden Publikationen (BUCHHOLZ & OHLRICH 2011; BUCHHOLZ et al. 2012; LANG 2013b) sowie unter Berücksichtigung bereits im Ausland bestehender und angewendeter Prozessmodelle in der Diätetik. Bei diesen Prozessmodellen handelte es sich um:

- den *Diätologischen Prozess* aus Österreich (PURTSCHER 2010),
- den *Dietetic and Nutrition Care Process* aus Großbritannien (QURESHI et al. 2014: 7 ff.) sowie um
- das *Dietistisch Methodisch Handeln* aus den Niederlanden (RUNIA et al. 2010).

Da der so neu entstandene NCP noch einen starken Bezug zu dem in den USA entwickelten NCP aufweist, sich aber in einigen Punkten von diesem unterscheidet, wurde der neu entwickelte Prozess G-NCP, *German-Nutrition Care Process*, genannt.

Die Definition der Termini basierte auf verschiedenen methodischen Ansätzen. Ausgehend von der historischen Entwicklung einzelner Begriffe sowie der Verwendung im deutsch- und englischsprachigen Raum, wurde in einem ersten Schritt der Begriff der Diätetik definiert, da dieser für die Berufsgruppe im In- und Ausland von zentraler Bedeutung ist. Dies schlägt sich in nahezu allen Ländern auch im Berufstitel und den Bezeichnungen der Ausbildungs- bzw. Studiengänge nieder. Um diesen Begriff wurden dann die übrigen angeordnet, unter Verwendung sowohl deduktiver als auch induktiver Ansätze definiert, diskutiert und im Sinne des hermeneutischen Zirkels immer wieder neu geordnet. Im Ergebnis entstand eine Taxonomie der verschiedenen Begriffe, welche die Grundlage für die Anwendung der Begriffe im G-NCP darstellt (Abbildung 1).

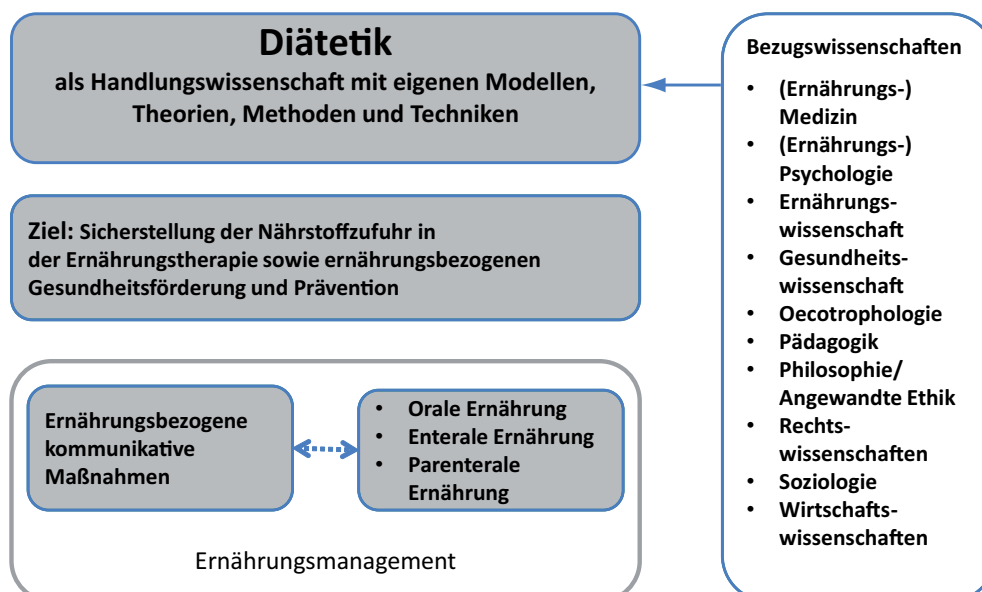


Abbildung 1: Taxonomie zentraler Termini in der Diätetik

Dieser Taxonomie zufolge handelt es sich bei der Diätetik um eine eigenständige Handlungswissenschaft³ mit ihren Bezugswissenschaften (siehe Kapitel 1.3.1 Diätetik). Ihr Ziel ist die Sicherstellung der Nährstoffversorgung in der Ernährungstherapie sowie der ernährungsbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention. In Übereinstimmung mit den D-A-CH-Referenzwerten wird in diesem Manual unter Nährstoffversorgung die Versorgung mit Flüssigkeit, Makro- und Mikronährstoffen (D-A-CH 2013) sowie sekundären Pflanzenstoffen verstanden.

Die Ernährungstherapie stellt eine Interventionsform dar, die individuell, definiert und zielgerichtet ist. Sie inkludiert die orale, enterale und parenterale Ernährung (VALENTINI et al. 2013: 105 f.). Ebenfalls zielgerichtet sind ernährungsbezogene Gesundheitsförderung und Prävention. Jedoch verfolgt die ernährungsbezogene Gesundheitsförderung⁴ einen salutogenetischen Ansatz und inkludiert folglich die orale Ernährung. Hingegen ist die Prävention⁵ Risiko-orientiert und inkludiert orale und enterale Ernährung. Gesundheitsförderung und Prävention beziehen sich sowohl auf Gruppen als auch Individuen.

Um das Ziel der Diätetik zu erreichen, sind ernährungsbezogene kommunikative Maßnahmen wie die Ernährungsinformation, -anleitung/-schulung und -beratung notwendig. Diese können die Zielgruppe direkt adressieren, wie z. B. in einer Ernährungsberatung, aber auch indirekt, wie etwa durch Schulungsmaßnahmen von Pflegekräften. Kommunikative ernährungsbezogene Maßnahmen finden immer dann Anwendung, wenn entweder zu erwarten ist, dass die Sicherstellung der Versorgung nicht gewährleistet werden kann oder wenn die Sicherstellung nicht gegeben ist.

Die Diätetik arbeitet auf der Grundlage der *Evidence Based Dietetics Practice* (ICDA 2010)⁶. Wie bei der *Evidence Based Medicine* (EbM) bedeutet der Begriff *Evidence* in *Evidence Based Dietetics Practice* ebenso „Aussage, Zeugnis, Beweis, Ergebnis, Unterlage, Beleg“ und „bezieht sich auf die Informationen aus wissenschaftlichen Studien und systematisch zusammengetragenen klinischen Erfahrungen, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen“ (DNEbM o. J.). EbM ist „demnach der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten“ (DNEbM o. J.).

Diesen Ansatz verfolgt auch die *Evidence Based Dietetics Practice*. Sie unterscheidet sich aber insofern von der hier zugrunde liegenden Definition der EbM, als die *Evidence Based Dietetics Practice* bei der Versorgung individueller Patienten und bei der Sicherstellung der Energie- und Nährstoffversorgung in der Gesundheitsförderung und Prävention Anwendung findet. Sie gilt damit ebenso für Gruppen (ICDA 2010).

³ Die Definition der Diätetik als Handlungswissenschaft beruht dabei auf theoretischen Überlegungen der von WIELAND (1975; 1985) festgelegten Kriterien praktisch orientierter Wissenschaften. Eine empirische Überprüfung der Anwendbarkeit dieser Kriterien auf die Diätetik muss noch erfolgen.

⁴ Gesundheitsförderung will Gesundheitsressourcen stärken. Sie ist folglich auf die Stärkung von Schutzfaktoren gerichtet (HURRELMANN et al. 2010: 17).

⁵ Die Kernidee der Prävention ist die „Vermeidung des Auftretens von Krankheiten und damit die Verringerung ihrer Verbreitung und die Verminderung ihrer Auswirkungen“ (HURRELMANN et al. 2010: 13). Das wichtigste Ziel von Prävention ist damit eine Absenkung der Inzidenzrate von Krankheiten in einer Bevölkerung (WALTER et al. 2003: 190).

⁶ „Evidence-based dietetics practice is used to make decisions in all areas of dietetics practice to improve health outcomes in individual clients, communities and populations. Evidence-based dietetics practice clearly states the source of evidence underpinning practice recommendations. To be relevant and effective, evidence-based dietetics practice must integrate knowledge of other disciplines. Evidence-based dietetics practice is informed by ethical principles of dietetics practice and codes of good practice. This includes reflection on how a dietitian's own perspectives or biases may influence the interpretation of evidence. Definition: Evidence-based dietetics practice is about asking questions, systematically finding research evidence, and assessing the validity, applicability and importance of that evidence. This evidence-based information is then combined with the dietitian's expertise and judgment and the client's or community's unique values and circumstances to guide decision-making in dietetics“ (ICDA 2010).

1.3 Definitionen

1.3.1 Diätetik

Diätetik ist eine Handlungswissenschaft, die wissenschaftliche Erkenntnisse ihrer Bezugswissenschaften im Hinblick auf professionelles Handeln in Therapie, Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsförderung reflektiert sowie neue wissenschaftliche Erkenntnisse generiert, um ernährungsbezogene Maßnahmen bei gesunden und erkrankten Bevölkerungsgruppen oder Individuen zu leisten.

Die Diätetik bezog sich in ihren antiken Ursprüngen auf sechs Prinzipien, die vom Menschen beeinflusst werden können und auf deren Gleichgewicht zu achten ist. Hierunter fielen die nicht natürlichen Dinge wie „Licht und Luft, Speise und Trank, Arbeit und Ruhe, Schlaf und Wachen, Absonderungen und Ausscheidungen sowie die Zustände des Gemüts“ (ECKART 2009: 33). Diese *sex res non naturales* bildeten folglich ein umfassendes Denken der Gesundheits- und Krankheitsentstehung ab (ebd.).

Die im 19. Jahrhundert einsetzende Verwissenschaftlichung der Medizin ging mit einer Veränderung der Sichtweise des Konzepts der Diätetik einher. Dieses wurde zunächst im Kontext der Ernährung betrachtet und im weiteren geschichtlichen Verlauf auf die Ernährung von Kranken reduziert. Diese Entwicklungen wurden durchaus kritisch gesehen (ALBU 1908) und führten zu Beginn des 20. Jahrhunderts zur Herausbildung einer Vielzahl von Begriffen. Auf ihre wesentlichen Positionen reduziert, verdeutlichten diese Termini, dass die Ernährung einen Teil des diätetischen Gesamtkonzepts darstellt, zu dem aber noch weitere, meist physikalische Maßnahmen, wie Bäder und physiotherapeutische Anwendungen, hinzuzurechnen waren, was durch den Begriff „Ernährungstherapie“ zum Ausdruck gebracht wurde (VON LEYDEN 1897). Ebenso wurde aber auch der Begriff der „Diättherapie“ verwendet, der verdeutlicht, dass Ernährung nicht von einem durch verschiedene andere Faktoren bestimmten Kontext losgelöst betrachtet werden kann (JÜRGENSEN 1912). Im Laufe der weiteren Entwicklung entstand eine Vielzahl von Termini, die im Zusammenhang mit (Kranken-)Ernährung entweder als Synonym für bestehende Begriffe oder aber ergänzend verwendet wurden.

Bis heute wurde auf internationaler Ebene der Begriff der Diätetik nicht eindeutig definiert. Allerdings gibt es seitens der *European Federation of the Associations of Dietitians* (EFAD) erste Ansätze für eine Begriffsbestimmung der Diätetik (EFAD 2005).⁷ Zudem schlägt er sich in der Bezeichnung von Ausbildungsgängen, Studiengängen⁸, Arbeitsfeldern⁹ oder Berufsbezeichnungen¹⁰ nieder. Betrachtet man deren Inhalte oder die Inhaber einer Berufsbezeichnung, die den Begriff Diätetik enthalten, fällt auf, dass alle primär die Anwendung und Umsetzung (ernährungs-)wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Gegenstand haben. Dies wird auch durch die „International Definition of a Dietitian“ deutlich:

A dietitian is a person with a qualification in nutrition and dietetics, recognised by national authority(s). The dietitian applies the science of nutrition to the feeding and education of individuals or groups in health and disease (ICDA 2004).

⁷ Die European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD) verweist auf die Diätetik als interdisziplinär angewandtes Fach (EFAD 2005: 9 ff.).

⁸ Exemplarisch: Diätetik (DE), Dietetics (UK, US, CA), Diététique (BE, FR, CA), Dietético (ES, IT), Diaetologie (AT), Dietética (PT), Dietetyka (PL), Dietetika (HU), Diëtetiek (NL), Diyetetik (TR)

⁹ Exemplarisch: Public Health Dietetics, Clinical Dietetics, Administrative Dietetics, Community Dietetics, Klinische Diätetik, Klinische Diätologie

¹⁰ Exemplarisch: Dietitian (UK, US, CA), Diététicien (BE, FR, CA), Dietista (IT, PT, ES), Diätassistent (DE, AT bis 2006), Diaetologe (AT seit 2006), Dietyczka (PL), Diaetetikos (HU), Diëtist (NL, BE), Diyetisyen (TR)



Unter Berücksichtigung der hier skizzierten historischen Entwicklungen, der Verwendung des Begriffes Diätetik als Bezeichnung von Ausbildungs- und Studiengängen, Berufsbezeichnungen sowie Arbeitsfeldern wurde der Begriff der Diätetik im vorliegenden Bezugsrahmen neu definiert und als Handlungswissenschaft verortet. Handlungswissenschaft meint dabei, dass Wissensbestände aus verschiedenen Wissenschaftsbereichen aufgegriffen und in einem spezifischen Handlungsfeld reflektiert und nutzbar gemacht sowie eigene wissenschaftliche Erkenntnisse generiert werden (LANG 2015: 86-95). Damit wird auch eigene Forschung über handlungsrelevante Gegenstände zur Aufgabe der Diätetik bzw. zur Aufgabe von Diätassistenten. Die Diätetik als Handlungswissenschaft mit eigenen Theorien, Modellen, Methoden und Techniken wurde analog des Verständnisses der Pflegewissenschaft als multidisziplinäre Handlungswissenschaft¹¹ definiert, da sich hier viele Gemeinsamkeiten zur Diätetik aufzeigen lassen. So ist die Pflegewissenschaft in der Bewältigung ihrer eigenen Problemstellungen und ihrer Aufgaben sowie in der Reflexion theoretischer Grundlagen auf einen Austausch mit anderen benachbarten Wissenschaftsdisziplinen angewiesen (REMMERS 1999). Dies trifft auch auf die Diätetik zu. Denn die Diätetik wendet nicht nur Wissen an, sondern gewinnt, im Sinne einer Handlungswissenschaft, ihr Wissen durch den reflexiven Einbezug der verschiedenen Wissensfragmente der Bezugswissenschaften unter Berücksichtigung ihres genuinen Handlungsfeldes und der Bewältigung ihrer eigenen Problemstellungen. Zudem treffen Kriterien praktisch orientierter Wissenschaften (WIELAND 1975; 1985) auch auf die Diätetik zu. Hier sei insbesondere auf das theoretische Wissen als Basis für das Einzelfallwissen (doppelte Handlungslogik) sowie die Begründung und Rechtfertigung von Handlungen unter besonderen Voraussetzungen verwiesen. Hinter diesem Ansatz lassen sich bereits die ersten Konturen einer doppelseitigen Strukturlogik der Diätetik bzw. im Handeln von Diätassistenten verorten (LANG 2012; 2013b; LANG 2015). Weiterhin existieren im Handlungsfeld von Diätassistenten eine Mehrschichtigkeit von Aufgaben und eine Mehrdimensionalität von Handlungsorientierungen, wie beispielsweise der direkte Fallbezug in der Ernährungsberatung gegenüber den administrativen Aufgaben im Verpflegungsmanagement, welche die Diätetik als multidisziplinäre Handlungswissenschaft verorten (REMMERS 1999; LANG 2012; LANG 2015: 90).

Damit nähert sich das neue Verständnis der Diätetik dem englischsprachigen Begriff *dietetics*, in welchem die normale Ernährung (*regular diet*) mit speziellen Ernährungsformen (*therapeutic diets*) verschmilzt. Als Bezugswissenschaften für die Diätetik sind dabei besonders die (Ernährungs-)Medizin, Ernährungswissenschaft, (Ernährungs-)Psychologie sowie die Geistes- und Sozialwissenschaften (Soziologie, Pädagogik) von großer Bedeutung. Die Handlungswissenschaft Diätetik bezieht und reflektiert handlungsrelevantes Wissen aus den Natur-, Geistes- und Sozialwissenschaften.

1.3.2 Diätassistent

Basierend auf der *International Definition of a Dietitian* (ICDA 2004) sowie dem Berufsverständnis der Diätassistenten (VDD 2011) und in Erweiterung des Verständnisses der Diätetik als Handlungswissenschaft wird Diätassistent/-in in diesem Manual wie folgt definiert:

Bei einer Diätassistentin/einem Diätassistenten handelt es sich um eine für die Ausübung der Diätetik ausgebildete, staatlich anerkannte Person. Diätassistentinnen und Diätassistenten führen ernährungsbezogene Maßnahmen in Therapie, Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsförderung bei Einzelpersonen und Gruppen auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und prozessgeleiteten Handelns durch. Diese umfassen das Ernährungsassessment, die Ernährungsdiagnose, die Planung und Durchführung der Ernährungsintervention und das Monitoring sowie die Evaluation. Diätassistenten reflektieren wissenschaftliche Erkenntnisse sowohl in Bezug auf ihr eigenes professionelles Handeln als auch in Bezug auf ihr spezifisches Handlungsfeld.

¹¹ Der Begriff multidisziplinäre Wissenschaft entstand in Anlehnung an KÄPPELI 1999 sowie REMMERS 1999 und verweist auf das Vorliegen mehrerer Handlungsorientierungen im Handlungsfeld von Diätassistenten, die mit den Anforderungen einer mehrschichtigen Praxis in Hinblick auf die Bewältigung eigener Problemstellungen ausgeleuchtet werden müssen.

1.3.3 Diät

Diät ist die gerichtete orale Zufuhr von Lebensmitteln mit dem Ziel der Beeinflussung des Leistungs- oder Gesundheitszustandes.

Der Begriff „Diät“ wird vergleichsweise häufig verwendet und findet meist dann Anwendung, wenn die oral zugeführten Lebensmittel (inkl. Flüssigkeiten) so modifiziert werden, dass sie therapeutische Wirkung entfalten können. Hierzu wird die Zufuhr natürlicher Lebensmittel hinsichtlich der

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

verändert, sodass bestimmte Substanzen in Nahrungsmitteln eliminiert, vermindert oder vermehrt aufgenommen werden (VALENTINI et al. 2013: 104).

Weiterhin zählen dazu diätetische Lebensmittel, die für eine besondere Ernährung bestimmt sind (DiätV 2014), wie z. B. Trinknahrungen (oral bilanzierte Diäten)¹², Aminosäuremischungen u. ä. sowie der Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln (Richtlinie 2002/46 EG). Eine Diät kann Teil der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention wie auch Therapie und Rehabilitation von Erkrankungen sein (VALENTINI et al. 2013: 104).

Neben der therapeutischen und präventiven Funktion einer Diät kann sie auch im Rahmen der Ernährung von Sportlern Anwendung finden. Hier dient sie der Verbesserung von Trainings- und Wettkampfleistungen sowie der Wiederherstellung eines physiologischen Gleichgewichtszustandes nach der körperlichen Belastung (FINK et al. 2011: 4).

1.3.4 Ernährungskommunikation

Die Ernährungskommunikation umfasst alle kommunikativen Interventionsformen zur Umsetzung von ernährungsbezogenen Maßnahmen in Gesundheitsförderung, Prävention und Therapie.

Dieser Definition folgend, beinhaltet Ernährungskommunikation folgende Interventionsformen:

- Ernährungsinformation
- Ernährungsaufklärung
- Ernährungsschulung (Anleitung/Edukation)
- Ernährungsberatung

Diese Interventionsformen finden je nach Zielsetzung ihren Einsatz und können in einer Beratungssituation nebeneinander vorliegen. Die hier vorgenommene Definition der Ernährungskommunikation erfolgte einerseits in Anlehnung an SCHAEFFER & DEWE (2012: 59 ff.) und PUDEL & WESTENHÖFER (2003) sowie andererseits in Anlehnung an die Darstellung der Ernährungsintervention im NCP der AND (2013: 51 ff.).

Grundlegend handelt es sich bei der Ernährungsinformation, -aufklärung, -schulung und -beratung um kommunikative Interventionsformen (SCHAEFFER & DEWE 2012: 61).

¹² Vgl. Leitlinienaktualisierungen der DGEM. Sie werden dort als orale Nahrungssupplementationen der künstlichen Ernährung zugeordnet (VALENTINI 2013; VALENTINI & WEIMANN 2014).

Die *Nutrition Education* und das *Nutrition Counseling*, die im NCP der *Academy of Nutrition and Dietetics* unter dem Prozessschritt der *Nutrition Intervention* (Ernährungsintervention) subsumiert werden^{13, 14}, weisen ebenfalls die Merkmale ernährungskommunikativer Interventionslogiken auf (AND 2013: 49; 57 f.). Während allerdings der NCP lediglich die beiden eben erwähnten Interventionslogiken differenziert, existieren im deutschen Sprachraum (vier) verschiedene Logiken, welche sowohl im Kontext von Ernährung (DIEDRICHSSEN 1993; PUDEL & WESTENHÖFER 2003) als auch im gesundheitswissenschaftlichen Kontext diskutiert werden (SCHAEFFER & DEWE 2012: 61). In Verbindung mit Ernährung dienen die ernährungsbezogenen Interventionslogiken Ernährungsinformation, Ernährungsaufklärung, Ernährungsberatung und Diätberatung/Ernährungstherapie der Umsetzung ernährungsbezogener Maßnahmen (PUDEL & WESTENHÖFER 2003).

Allen Interventionslogiken liegt ein Personen- und Situationsbezug zugrunde, um Handlungsfähigkeit, Autonomie und Teilhabemöglichkeiten zu sichern oder wiederherzustellen (SCHAEFFER & DEWE 2012: 61 f.). In Anlehnung an SCHAEFFER & DEWE folgen diese unterschiedlichen Interventionsstrategien jeweils einer anderen Logik und Vorgehensweise und sind nicht identisch. Deshalb müssen sie neben allen vorliegenden Gemeinsamkeiten (Aspekt der Kommunikation¹⁵) differenziert betrachtet werden (ebd.).

1.3.4.1 Ernährungsinformation

Ernährungsinformation beinhaltet die Bereitstellung von Informationen (Daten, Fakten, Kenntnissen und Wissen) im Kontext von Ernährung, um beim Nutzer das individuelle Wissensrepertoire zu aktualisieren und zu erweitern.

Bei dieser neuen Beschreibung für „Ernährungsinformation“ besteht im Vergleich zur Auffassung von PUDEL & WESTENHÖFER (2003) ein Unterschied.

Information in der Gesundheitswissenschaft ist gekennzeichnet durch eine Bereitstellung von Daten, Fakten, Kenntnissen und Wissen, um beim Nutzer das individuelle Wissensrepertoire zu aktualisieren und zu erweitern. Ziel ist es dabei, die gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten des Nutzers zu sichern. Information ist weniger eine Interventionsstrategie, sondern steht vielmehr für eine Wirkungsabsicht, um die eben aufgezeigte Veränderung zu bewirken (SCHAEFFER & DEWE 2012: 64). PUDEL & WESTENHÖFER (2003) verstehen unter Ernährungsinformation alle Angebote, die „einem Bürger zu gezielten Fragen und Antworten in Form weiterer ernährungswissenschaftlicher Information zur Verfügung“ gestellt werden (PUDEL & WESTENHÖFER 2003: 255), worunter Informationen in Form von Broschüren, aber auch Antworten auf direkte Fragen durch Fachkräfte fallen. Diese Auffassung weicht von der Beschreibung der Interventionsform der Information ab, wie sie im gesundheitswissenschaftlichen Zusammenhang verstanden wird (SCHAEFFER & DEWE 2012: 59 ff.). Die in diesem Manual verwendete Definition von Ernährungsinformation orientiert sich daher an der gesundheitswissenschaftlichen Auffassung der Interventionsform Information (ebd.) und folgt nicht der Auffassung von PUDEL & WESTENHÖFER (2003).

¹³ Bei den als Originalzitat gekennzeichneten Zitaten aus der International Dietetics and Nutrition Terminology (IDNT) der Academy of Nutrition and Dietetics aus dem Jahr 2013 handelt es sich um eigene Übersetzungen aus dem US-Amerikanischen.

¹⁴ Unter dem Prozessschritt der „Nutrition Intervention“ (AND 2013), der Ernährungsintervention, werden 4 Typen von Ernährungsinterventionen unterschieden: „

- Food and/or Nutrient Delivery: Individualized approach for food/nutrient delivery
- Nutrition Education: A formal process to instruct or train a patient/client in a skill or to impart knowledge [...]
- Nutrition Counseling: A supportive process, characterized by a collaborative counselor-patient-relationship [...]
- Coordination of Nutrition Care: Consultation with, referral to, or coordination of nutrition care with other health care providers [...] that can assist in treating or managing nutrition-related problems“ (AND 2013: 49).

¹⁵ „Kommunikation beinhaltet [...] den Austausch von Information, Wissen, Erfahrung, Gedanken und auch emotionalen Gehalten, erfolgt durch Sprache, Mimik, Gestik, Bilder und andere Zeichen“ (HURRELMANN & LEPPIN 2001: 10, Auslassung der Verfasser).

1.3.4.2 Ernährungsaufklärung

Ernährungsaufklärung geht von einem Wissensdefizit (Risiko) eines bestimmten Adressatenkreises aus und interveniert mit didaktischen Methoden bzw. milieuspezifischen Konzepten, um eine Wissenserweiterung sowie Handlungs- und Verhaltensänderung zu bewirken.

Die Interventionsstrategie Ernährungsaufklärung weist eine große Schnittmenge zur Ernährungsinformation auf, unterscheidet sich aber gleichzeitig in mehrfacher Hinsicht (SCHAEFFER & DEWE 2012: 67). Grundsätzlich dient Aufklärung ebenso wie Information der Wissenserweiterung, jedoch richtet sie sich dabei auf bestimmte Adressatenkreise aus. Hierbei wird ein individuelles oder kollektives Wissensdefizit unterstellt und mit didaktischen Methoden sowie zielgruppenspezifischen bzw. milieuspezifischen Konzepten interveniert. Aufklärung geht also primär von einem Risiko/von Risiken aus, welchem/-n der Einzelne oder die Gruppe ausgesetzt ist/sind. Diese präventive Strategie zielt dabei nicht nur auf Wissenserweiterung (siehe Kapitel 1.3.3.1), sondern auch auf eine Handlungs- bzw. Verhaltensänderung ab (SCHAEFFER & DEWE: 67 ff.).

Dies bedeutet im konkreten Beispiel, dass ein vorliegendes Übergewicht als Risikofaktor für Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Diabetes mellitus und Schlaganfall sowie als entscheidender Promotor des metabolischen Syndroms gilt (HAUNER 2006: 704). Damit rückt die Ernährungsaufklärung als präventive Maßnahme bei Übergewicht zur Vermeidung von Adipositas in den Fokus der Wissenserweiterung sowie Handlungs- und Verhaltensänderung.

Jedoch verstehen PUDEL & WESTENHÖFER (2003) Ernährungsaufklärung als Maßnahme, „die den Bürger, ohne daß er selbst nachfragt, ansprechen und anregen [soll], über bestimmte Ernährungsthemen und Sachverhalte nachzudenken“ (ebd.: 254). Ernährungsaufklärung erfolgt dabei primär über Massenkommunikation und ist nur einseitig ausgerichtet (ebd.). Wie auch bei der Ernährungsinformation besteht ein Unterschied im Verständnis dieser Interventionsform im Kontext von Ernährung einerseits und im gesundheitswissenschaftlichen Kontext andererseits. Die hier verwendete Definition von Ernährungsaufklärung orientiert sich daher an der gesundheitswissenschaftlichen Auffassung der Interventionsform Information (SCHAEFFER & DEWE 2012: 59 ff.).

1.3.4.3 Ernährungsschulung (Anleitung/Edukation)

Ernährungsschulung ist ein systematisch gestalteter Lehr- und Lernprozess, mit dem Ziel, das Selbst- und Krankheitsmanagement zu verbessern, in denen Nutzer, an individuellen Problemlagen und Ressourcen orientiert, alltagspraktische Handlungskompetenzen mit Ernährungsbezug (wieder) erwerben und (wieder) anwenden.

Diese Definition erfolgt in Anlehnung an die Definition Anleitung von THIERFELDER & EWERS (2012) sowie PETERMANN (1997). Dabei handelt es sich dem Begriff nach um eine im Kontext von Ernährung bisher noch nicht verwendete Interventionsstrategie.

„Die Patientenedukation ist ein Kernbestandteil der praktischen Arbeit aller Gesundheitsfachkräfte“ (KLUG REDMAN 2009: 15). Jedoch wurde diese Interventionsform namentlich bisher im Kontext von Ernährung nicht diskutiert. Allerdings beschreibt der „Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungstherapie in den Rahmenvereinbarungen zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung“ auch die „Ernährungspraxis“ (KQEE 2008: 12). Darunter wird die Anleitung zur Zubereitung von Speisen und Mahlzeiten verstanden (Erwerb von Wissen und Fähigkeiten). Die Aneignung praktischer Kompetenzen für die Ernährung entspricht der dieser Arbeit zugrunde liegenden Beschreibung der Anleitung und stellt somit ebenfalls eine Interventionslogik im Kontext von Ernährung dar. Grundsätzlich kann die Ernährungsschulung sowohl in der Therapie als auch in der Prävention und Gesundheitsförderung genutzt werden. Häufig liegt der Schwerpunkt in der Tertiärprävention (Schulung chronisch Kranker, beispielsweise Dia-

betiker) (PETERMANN 1997: 6). Zudem umfasst die (Ernährungs-)Eduktion den Prozess der Diagnose und Intervention (KLUG REDMAN 2009: 15) und kann damit zielführend in das Prozessmodell G-NCP integriert werden.

1.3.4.4 Ernährungsberatung

Ernährungsberatung ist eine Form von Beratung, in der verschiedene kommunikative Interventionsformen zum Einsatz kommen. Die Ernährungsberatung verfolgt das Ziel, die individuellen und sozialen Ressourcen des Nutzers zu mobilisieren, um ihn zu einem situationsangepassten und unabhängigen Ernährungshandeln zu befähigen. Die Ernährungsberatung ist eine Interventionsform, die unabhängig davon angewendet wird, ob der/die Nutzer gesund oder krank ist/sind.

Die aktuelle Unterscheidung der Beratung in Ernährungs- und Diätberatung und das Fehlen rechtlicher Regelungen in diesem Bereich führen nicht wie beabsichtigt zu einer Klärung und Differenzierung der Begriffe, sondern erzeugen eher weitere Unschärfen (JAHNEN 1998: 15; BUCHHOLZ et al. 2010: 132). Zudem wird das Verständnis aktueller Begriffe den veränderten Aufgaben und Anforderungen unseres Handelns als Diätassistenten und dem dazugehörigen Handlungsfeld nur zum Teil gerecht. Aufgrund dieser Problematik ist es notwendig, den Begriff Ernährungsberatung neu auszuloten und dabei aktuelle Entwicklungen mit einzubeziehen. Zudem scheint die bis dato vorherrschende Trennung von Ernährungs- und Diätberatung nicht mehr tragfähig zu sein.

In einer ersten Annäherung wird deutlich, dass Beratung vielfältig verstanden, praktiziert und definiert wird. Insbesondere die Abgrenzung zur Therapie gestaltet sich schwierig, da Beratung und Therapie große strukturelle Ähnlichkeiten aufweisen (GÖLZ 1997: 44; PUDEL & WESTENHÖFER 2003). Grundsätzlich kann das Verhältnis von Beratung und Therapie nach

- Leistungsrecht (Verordnung und Abrechnung),
- ihren zugrunde liegenden Interventionslogiken oder der
- Beratung als eigenständige Identität

unterschieden werden.

Betrachtung aus leistungsrechtlicher Perspektive

Die Leistungserbringung differenziert sich in Ernährungsberatung (Beratung gesunder Menschen) und Diätberatung (Beratung kranker Menschen), unterliegt vorwiegend einer pragmatischen sowie leistungsrechtlichen Trennschärfe und basiert damit weniger auf den Spezifika bzw. Interventionslogiken von Beratung bzw. Therapie.

Betrachtung aus interventionslogischer Perspektive

Betrachtet man Beratung und Therapie aufgrund ihrer unterschiedlichen Interventionslogiken, so existiert eine klare Abgrenzung zwischen ihnen. Nach SCHAEFFER & DEWE gilt Beratung als fallbezogene Kurzzeitintervention mit den Merkmalen der Problemlösungsorientierung, Freiwilligkeit, Niedrigschwelligkeit, Unabhängigkeit und Neutralität sowie Nutzerorientierung (SCHAEFFER & DEWE 2012: 71 f.). Dabei verfügen die Nutzer generell über die notwendigen Autonomiepotentiale und damit die Handlungsfähigkeit, ihr Leben eigenständig zu gestalten. Sie bedürfen jedoch aufgrund von Problem- und Krisensituationen¹⁶ der Unterstützung zur Förderung ihrer Kompetenzen und der Stärkung ihrer Selbststeuerungsfähigkeit (ebd.). Die Problemlösung kann durch Perspektivwechsel, Wissensvermittlung, Empowerment und Kompetenzförderung sowie anwaltschaftliche Unterstützung initiiert werden (ebd.: 73-78).

¹⁶ Probleme und Krisensituationen verweisen auf übersichtliche, aber gleichzeitig nicht überschaubare Problemsituationen, bei welchen die Handlungsfähigkeit potentiell vorhanden ist, beispielsweise die Auswahl und Umsetzung einer gesunden und praktikablen Kost bei vorliegendem Übergewicht.

Die Interventionslogik therapeutischen Handelns hingegen geht davon aus, dass sich Menschen in einer „autonom nicht lösbaren Problemsituation befinden“ und diese selbst nicht lösen können, wie beispielsweise Krankheit (ebd.: 79). Sie sind daher in ihrer „gesundheitlichen Autonomie und in ihrer Handlungs- und auch Lebenssouveränität eingeschränkt“ (ebd.). Die Aufgabe therapeutischen Handelns liegt wesentlich in der Behebung einer vorliegenden Störung im Sinne der „Restitution der Gesundheit und Wiedererlangung des Handlungsvermögens“ (ebd.). Zudem befinden sich diese Patienten in einer bestimmten Interaktionsstruktur, welche in spezielle Kontaktregeln eingebunden ist (beispielsweise klinisches Setting). Insbesondere psychotherapeutisches Handeln zielt zudem auf eine normative Ebene ab (ebd.).

Während demnach die Interventionslogik Beratung danach strebt, die noch potentiell vorhandene Handlungsfähigkeit Problem-orientiert zu stärken, ist hingegen Therapie auf das Wiedererlangen einer nicht mehr vorhandenen Handlungsfähigkeit gerichtet. Die beiden Interventionslogiken stehen sich dabei gegenüber und weisen kaum Überschneidungen auf (ebd.: 81).

Betrachtung der Beratung als eigene Identität

Die Perspektive von NESTMANN verlässt die Interventionslogiken und verleiht Beratung eine eigene Identität (NESTMANN 2007). Das klassische Verständnis von Beratung ist aufgrund sich verändernder gesellschaftlicher und epidemiologischer Entwicklungen fundamental ins Wanken geraten (ebd.: 18). Weder im Sinne einer Diagnose oder Informationsvermittlung noch als kleine Psychotherapie, welche bei weniger schwerwiegenden Problemen zu helfen versucht, kann der klassische Beratungsbegriff mit den dynamischen Entwicklungen mithalten (ebd.; ENGEL et al. 2007: 13). Vielmehr braucht Beratung eine eigene Identität, um insbesondere berufsfeldübergreifende und formalisiert-professionelle Hilfe zu leisten (NESTMANN 2007: 17 ff.). Dieses Verständnis von Beratung bezieht sich auf den amerikanischen Begriff der *Counseling Psychology* und verweist darauf, dass Beratung zum einen eine klinische Perspektive der Heilung und Wiederherstellung von Gesundheit leistet und zum anderen zur Prävention und Entwicklung beiträgt (STRONG & WILLIAMS 1982, zit. in: GÖLZ 1997: 44). Diese Perspektive ist auch im *Nutrition Counseling* der *Academy of Nutrition and Dietetics* aufgegriffen worden. *Nutrition Counseling* versteht sich hier als:

A supportive process, characterized by a collaborative counselor-patient relationship, to establish food, nutrition and physical activity priorities, goals and individualized action plans that acknowledge and foster responsibility for self-care to treat an existing condition and promote health (AND 2013: 49).

Angesichts der Tatsache, dass Beratung sowohl präventive als auch kurative und rehabilitative Aufgaben erfüllen kann, verschwinden die eindeutigen Grenzen zwischen Beratung und Therapie (SICKENDIEK et al. 2008: 13). ENGEL et al. halten dazu fest:

Da Helfen und Heilen nicht identisch sind, aber in bestimmten Situationen und Konstellationen kongruent sein können, können auch konkrete Interaktionen im Ablauf einer Beratung oder einer Therapie übereinstimmen. Eine Definition als Beratung oder als Therapie ergibt sich dann lediglich aus der jeweiligen professionellen oder institutionellen Verortung und Hilfeinteraktion (ENGEL et al. 2007: 37).

Insbesondere in den Überschneidungen scheint eine Abgrenzung schwierig zu sein (DIEDRICHSEN 1993: 15). Auf das Handlungsfeld von Diätassistenten trifft dies im Bereich von Erkrankungen wie Essstörungen oder Adipositas zu und hebt eine ergänzende Funktion von Beratung und Therapie hervor (ENGEL et al. 2007: 37). Gleichzeitig verdeutlicht dieser Umstand, dass auch (Ernährungs-)Beratung psychologischen Ansätzen folgt (DIEDRICHSEN 1993: 16), aber keine Psychotherapie ersetzt. Die Problematik einer klaren Abgrenzung zwischen Beratung und Therapie lässt sich aber nicht einfach auflösen. Vielmehr kann diese Problematik abgeschwächt werden, wenn die eigene Identität von Beratung wahrgenommen und das bisherige Beratungsverständnis erweitert wird.



Ihre Identität besteht aus folgenden vier zentralen Funktionen/Rollen in Unterstützungs- und Hilfeprozessen:

1. Sie hilft zu informieren, unterstützt im Umgang mit Informationen und hilft beim Entscheiden.
2. Sie ist die Voraussetzung für die Präventionsförderung und Salutogenese.
3. Sie unterstützt die Bearbeitung von Anforderungen, die Bewältigung von Problemen, das Wiedererlangen von Gleichgewicht und Handlungsfähigkeit nach Krisen und kritischen Lebensereignissen sowie das Arrangement mit dem Unveränderbaren und hilft die Therapie umzusetzen.
4. Sie ist Entwicklungsanregung und (zeitweilige) Lebenslaufbegleitung
(erweitert nach NESTMANN 2007: 18 f.).

Die vorliegenden Funktionen/Rollen sind dabei meist miteinander verwoben und treten je nach Beratungsziel in unterschiedlichen Anteilen in den Vorder- bzw. Hintergrund. Steht beispielsweise die Bewältigung von Krankheit im Mittelpunkt, so bedarf es auch der Gesundheitsinformation und der Entwicklung neuer Kompetenzen im Bewältigungsprozess, gleichzeitig aber auch präventiver Anteile sowie der Verbesserung künftiger Krankheitsbewältigung (ebd.: 19).

In Bezug auf die Begriffsbildung hat dies zur Folge, dass die bis dato häufig vorgenommene Unterteilung in die Beratung von kranken Personen – in Form der Diätberatung – und die Beratung von gesunden Personen – in Form der Ernährungsberatung – sich als nicht vorteilhaft erweist. Denn erstens sind Gesundheit und Krankheit nicht eindeutig abgrenzbar¹⁷ (GÖLZ 1997: 51 f.). Damit kann ein biomedizinisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit zugunsten eines salutogenetischen Ansatzes verlassen werden. Und zweitens richtet sich (Ernährungs-)Beratung im dargelegten Verständnis sowohl an gesunde als auch akut kranke und chronisch kranke Menschen (FALTERMAIER 2004: 1073 ff.). Schlussfolgernd kann sich Ernährungsberatung einerseits an gesunde Menschen richten, aber auch integraler Bestandteil der Ernährungstherapie sein (VALENTINI et al. 2013: 105; GÖLZ 1997; LANG 2012). Dadurch wird die bisherige Unterteilung in Diät- und Ernährungsberatung obsolet und ist nicht mehr sinnvoll bzw. erschwert die begriffliche Schärfung im Handlungsfeld. Innerhalb dieser Perspektive leistet Beratung, mittels eines interaktiven Kommunikationsprozesses, das Initiieren eines Lernprozesses zur Umsetzung der Ernährungstherapie. Die Therapie selbst ist die Ernährung bzw. das Essen und soll mittels Beratung umgesetzt werden. Beratung hat damit nicht die Aufgabe der Heilung selbst (NESTMANN 2007: 30), sondern trägt maßgeblich mittels einer intervenierenden und präventiv helfenden Beziehung dazu bei, „dass die verordnete Therapie besser durchgeführt werden kann“ (GÖLZ, zit. in: LÜCKERATH & MÜLLER 2002: 489). Ihre Wirkung entfaltet sich grundsätzlich weniger in den Beratungseinheiten, sondern dazwischen oder danach (NESTMANN 2007: 37). Dabei stehen Problemlöseprozesse und Entscheidungsfindung sowie Empowerment und Partizipation im Mittelpunkt. Eine Ernährungsberatung leistet somit konkrete Hilfe, „in Bezug auf eine Frage oder ein Problem an Orientierung, Klarheit, Wissen [und] an Bearbeitungs- und Bewältigungskompetenzen zu gewinnen“ (NESTMANN & SICKENDIEK 2005: 140). Beratung als „helfende Kommunikation“ (SCHAEFFER & DEWE 2012) leistet also „Hilfe zur Selbsthilfe“ (BOLAND 1993: 5). Damit ist die Aufgabe der Beratung als kommunikative Interventionsform in der Ernährungstherapie als „nicht die Heilung selbst, sondern Ermöglichung, Vermittlung, Unterstützung, Sicherung von Heilung durch Förderung von Ressourcen“ (NESTMANN 2007: 30) zu verstehen. Darüber hinaus kommen in der Ernährungsberatung auch die weiteren kommunikativen Strategien (Ernährungsinformation, -aufklärung und -schulung) zum Einsatz. Dieses Verständnis von Beratung kommt in den bereits aufgeführten Identitätspfeilern treffend zum Ausdruck und gilt auch für die Ernährungsberatung.

Dem ursprünglichen Begriff Beratung folgend, liegt eine Freiwilligkeit und Ergebnisoffenheit der Inanspruchnahme zugrunde. Allerdings müssen im Kontext der Beratung im therapeutischen Setting die Freiwilligkeit und Ergebnisoffenheit kritisch in Frage gestellt werden, insbesondere durch die Einschränkung von Autonomie bei Krankheit. Dennoch kann dem Merkmal der Freiwilligkeit im therapeutischen Setting Rechnung getragen werden, denn trotz Verordnung entscheidet der Nutzer

¹⁷ Vergleiche den Ansatz von ANTONOVSKY – Gesundheit und Krankheit als multidimensionales Kontinuum (FALTERMAIER 2004: 1067; ANTONOVSKY 1987)

selbst über die Wahrnehmung einer Therapie und sollte grundsätzlich das Recht auf Entscheidungsfreiheit besitzen (GÖLZ 1997: 46). Dennoch kann insbesondere im therapeutischen Setting durch die vorliegende asymmetrische Beziehung zwischen Professionellen und Nutzern ein Zwang zur Wahrnehmung einer Maßnahme entstehen (ebd.: 53 f.; BOBBERT 2002: 145). Weiterhin entsteht auch auf gesellschaftlicher Ebene, beispielsweise durch die Idealisierung unseres Gesundheitsverständnisses (WHO-Definition¹⁸), ein erheblicher Zwang, Maßnahmen wahrzunehmen (HÖRMANN 2004: 171; 177). Mögliche Lösungsansätze dieser Problematik zielen im Wesentlichen auf den Einbezug ethischer Aspekte in die Therapie ab. Dies bedeutet die Anerkennung der Selbstbestimmung des Patienten auch gegen therapeutische Maßnahmen. GÖLZ formuliert nach EIBACH dazu: „Lieber mündige Patienten statt wehrlose Opfer“ (GÖLZ 1997: 46).

Bezug nehmend auf den Ausgangspunkt der Diskussion, stellt sich die angestrebte Ergebnisoffenheit von Ernährungsberatung hingegen als wesentlicher Unterschied zur allgemeinen Beratungsdefinition heraus. So steht nach PUDEL, WESTENHÖFER und GÖLZ das Grobziel einer Ernährungsberatung schon von vornherein fest und soll „dahingehend gelöst werden, dass sich das Verhalten des Klienten möglichst den Empfehlungen anpasst“ (ebd.: 48).¹⁹ Grundlegend muss aber in Frage gestellt werden, ob in der Ernährungsberatung das Ziel generell immer im Vorfeld festgelegt ist. Sicherlich existieren als Grobziel Empfehlungen, Leitlinien und Standards, an welche sich der Nutzer annähern soll. Dennoch sind gerade bei Krankheit die Ziele nicht immer klar festlegbar bzw. von vornherein bestimmbar wie beispielsweise die Verläufe einer Krankheit. Vielmehr ist der Weg zum Ziel generell verhandelbar.²⁰ Eine feste Zielsetzung spiegelt die enge Perspektive eines biomedizinischen Handlungsverständnisses innerhalb der Ernährungsberatung wider und beraubt den Nutzer jeglicher Selbstbestimmung. Zudem ist dieses enge Handlungsverständnis nicht vereinbar mit dem Fallverstehen und damit respektive mit dem Handlungsbegriff der doppelten Handlungslogik, welche der Diätetik zugrunde liegt. Zur Überwindung dieser Problematik wird eine Subjekt-orientierte Perspektive²¹ vorgeschlagen, welche die Ernährungskommunikation und generell die Nutzer-Diätassistenten-Beziehung als dialogischer Beziehung mit Aushandlungs-/Verständigungsprozess zwischen Personen mit verschiedenem Wissen, unterschiedlichen Erfahrungen und Biografien sowie subjektiven Deutungen hervorhebt (ERTL-SCHMUCK 2010: 76-79; FALTERMAIER 2004: 1070 f.; LANG 2013b: 170 f.; LANG 2015: 75-82). Subjektorientierung inkludiert zudem die Lebenswelt der Subjekte und stellt das Subjekt mit seinen subjektiven Deutungen und Erfahrungen in seiner Lebenswelt in den Mittelpunkt (ERTL-SCHMUCK 2010: 76-79; LANG 2013b: 170 f.; LANG 2015). Gleichzeitig treten sowohl in der Beratung als auch in der Subjektorientierung die Ressourcen des Nutzers ins Zentrum und tragen einer salutogenen Ausrichtung Rechnung. Letztlich war und ist Beratung mehr Ressourcen- als Defizit- oder Pathologie-orientiert (NESTMANN 2007: 30). Damit wird die Beratung im therapeutischen Setting keineswegs vollständig in ihrer Ergebnisoffenheit beschränkt, denn sie fokussiert Problemlöseprozesse und Entscheidungsfindungen, welche kontinuierliche Aushandlungsprozesse voraussetzen. Weiterhin wird der Nutzer als bewusst und aktiv handelnder Akteur wahrgenommen (FALTERMAIER 2004: 1070). Daher muss (Gesundheits-)Beratung die individuellen Vorstellungen des Nutzers, seine subjektiven Theorien, aber auch seine spezifischen Kognitionen (wie Risikowahrnehmung, Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitsüberzeugung u. a.) einbeziehen (ebd.). Die Befähigung des Nutzers, nachhaltige Entscheidungen als langfristige Zieldimension zu treffen, kann nicht durch Fremdbestimmung (fehlende Ergebnisoffenheit) erreicht werden. Eine Subjekt-orientierte Perspektive verweist zugleich auf die

¹⁸ „Gesundheit als ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ (HÖRMANN 2004: 172).

¹⁹ Grundsätzlich ist das Grobziel in der Diätetik festgelegt, aber es entbindet den Diätassistenten nicht, weitere (Fein-)Ziele mit dem Nutzer auszuhandeln, welche im Beratungsprozess entstehen. Zum Beispiel ist das Grobziel der Adipositas-therapie die Gewichtsreduktion, basierend auf aktuellen Leitlinien und Empfehlungen. Die konkrete Vorgehensweise wird jedoch individuell mit dem Patienten ausgehandelt. Die aus diesem Aushandlungsprozess entstandenen Feinziele bilden die Grundlage für den weiteren Beratungsverlauf und werden ständig reflektiert sowie adaptiert.

²⁰ Dies trifft insbesondere dann zu, wenn sich Krankheitsverläufe ändern oder während der Therapie neue Behandlungsziele und/oder persönliche Ziele/Belange des Patienten, bspw. eine Gewichtsreduktion, Unverträglichkeiten, Abneigungen, Wünsche etc., ergeben.

²¹ In Abgrenzung zu verschiedenen Begriffsbildungen der Subjektorientierung ist in diesem Kontext ein dialektisches Subjektverständnis gemeint.

Dialektik von Selbst- und Fremdbestimmung und erkennt damit Gesundheit als nicht nur reine Subjektleistung an (MEUELER 2009; ERTL-SCHMUCK 2000).²² Letztlich zielt eine Subjekt-orientierte Perspektive auch auf den professionell Handelnden ab und initiiert stets ein kritisches Hinterfragen aktueller Leitlinien, Standards und Empfehlungen im Hinblick auf den Nutzer und der generellen Gültigkeit ihrer Aussagen.

Betrachtet man Beratung als eigene Identität aus der Perspektive des Diätassistenten, so muss auch auf eine Doppelverortung von Ernährungsberatung Bezug genommen werden (NESTMANN et al. 2004: 35; ENGEL et al. 2012: 123). Dies bedeutet, dass Diätassistenten zum einen fachliches, also diätetisches, Wissen benötigen und ihnen zum anderen zugleich auch beratungsmethodisches Wissen abverlangt wird.

Weiterhin unterliegt Beratung einer „geheimen Moral“²³ (THIERSCH 1989). Das heißt, dass sowohl Institutionen als auch Diätassistenten implizite Anforderungen an den Hilfesuchenden stellen, damit diesem überhaupt geholfen werden kann. So muss der Hilfesuchende beispielsweise beratungswillig und anpassungsfähig sein und sich auf das Hilfeangebot einlassen (THIERSCH 1989; ENGEL et al. 2006: 97 f.). Zudem erwächst bei Diätassistenten die Besonderheit, dass sich aus ihrem Berufsauftrag moralische Verpflichtungen ergeben. Beispielsweise stellen die DGE-Leitlinien für eine optimale Ballaststoffzufuhr eine implizite Norm an den Diätassistenten und somit auch an den Nutzer dar, die es einzuhalten gilt. Sie beeinflussen damit das diätetische Handeln, und die Gefahr besteht in einer Verkürzung der Zielstellung auf das Erreichen einer optimalen Ballaststoffzufuhr von 30 g. Ernährungstherapie und -beratung hat aber nicht allein die Erfüllung von Bedarfsparametern zum Ziel, sondern vielmehr die Gestaltung einer dialogischen Beziehung mit Aushandlungs-/Verständigungsprozessen zwischen Diätassistent und Nutzer (LANG 2015: 82-85). Dies erfordert auch die kritische Reflexion von Normen, Standards und Empfehlungen. Ernährungstherapie und -beratung stellt damit immer den impliziten Anspruch an eine Verwirklichung verschiedener Normen dar.

1.3.5 Ernährungsmanagement

Das Ernährungsmanagement koordiniert alle Prozesse und Tätigkeiten, die gewährleisten, dass jeder Nutzer gemäß seinen Bedürfnissen und seiner gesundheitlichen Situation entsprechend ernährt wird bzw. sich ernähren kann.

Zur Sicherstellung der Energie- und Nährstoffversorgung in der ernährungsbezogenen Gesundheitsförderung, Prävention und Therapie müssen die verschiedensten Maßnahmen geplant, implementiert und evaluiert werden. Der Organisation, dem Management von Prozessen und der Koordination der verschiedenen Akteure und Organisationseinheiten kommt daher unter Berücksichtigung biomedizinischer, individueller und gruppenbezogener Bedürfnisse sowie betrieblicher und rechtlicher Rahmenbedingungen eine besondere Bedeutung zu. Ernährungsmanagement beinhaltet darüber hinaus auch das Schnittstellenmanagement und das Verpflegungsmanagement (OHLRICH & BEYER-REINERS 2013). Insbesondere das Schnittstellenmanagement bedarf beim Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich im Hinblick auf die unterschiedliche Finanzierung dieser Sektoren sowie der derzeitigen Situation (BÄK o. J.) einer genauen Planung und Evaluation, weil die ambulante Ernährungsberatung derzeit lediglich eine Kann-Leistung der gesetzlichen Krankenkassen ist.

²² Diese Annahme spricht bewusst gegen den Trend der Neoliberalisierung von Gesundheit und erkennt fremdbestimmende Einflussfaktoren auf das Herausbilden von Gesundheit und Krankheit an (bspw. gesellschaftliche Rahmenbedingungen, welche bis in die Lebenswelt des Nutzers hineinwirken sowie Gesundheit und Krankheit maßgeblich beeinflussen).

²³ Dies trifft beispielsweise auf das von THIERSCH geprägte Konstrukt des Homo consultabilis und der „geheimen Moral“ von Beratung zu (ebd. 1989), welche besonders für die im Kontext von Ernährungsberatung und Ernährungsforschung angewendeten Ernährungsprotokolle ein interessanter sozialwissenschaftlicher Ansatz zu sein scheint, um das häufig diskutierte „Underreporting“ zu erklären (CARLSOHN et al. 2012).