



Adrian Rufener
Sandra Jent
(Hrsg.)

Der Ernährungs- therapeutische Prozess

Lehrbuch für Studium, Lehre
und Praxis

 **hogrefe**

Der Ernährungstherapeutische Prozess

Der Ernährungstherapeutische Prozess

Adrian Rufener, Sandra Jent (Hrsg.)

Programmbereich Gesundheitsberufe

Adrian Rufener
Sandra Jent
(Hrsg.)

Der Ernährungs- therapeutische Prozess

Lehrbuch für Studium und Praxis

unter Mitarbeit von

Andrea Dolder
Silvia Honigmann
Peter Jacobs
Sandra Jent
Louise Pollard-Lichtsteiner
Andrea Räss-Hunziker
Adrian Rufener
Max Schlorff
Ninetta Scura
Irène Zimmermann



Adrian Rufener (Hrsg.). MSc, BSc Ernährung und Diätetik, Ernährungsberater SVDE, MSc Health Education, Dozent an der Berner Fachhochschule Gesundheit
E-Mail: mla2@bfh.ch

Sandra Jent (Hrsg.). MSc, BSc Ernährung und Diätetik, Ernährungsberaterin SVDE, Master in Human Nutrition, Dozentin an der Berner Fachhochschule Gesundheit
E-Mail: jes1@bfh.ch

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Gesundheitsberufe
z. Hd.: Jürgen Georg
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: +41 31 300 45 00
E-Mail: verlag@hogrefe.ch
E-Mail: juergen.georg@hogrefe.ch
Internet: <http://www.hogrefe.ch>

Lektorat: Jürgen Georg, Michael Herrmann
Bearbeitung: Michael Herrmann
Herstellung: Daniel Berger
Umschlagabbildung: Berner Fachhochschule (BFH)
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Druckvorstufe: punktgenau GmbH, Bühl
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Hubert & Co., Göttingen
Printed in Germany

1. Auflage 2016
© 2016 Hogrefe Verlag, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95501-8)
ISBN 978-3-456-85501-1

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	13
Vorwort	15
Teil I	
Grundlagen des Handlungsfeldes, des Expertenwissens und der Expertiseentwicklung ernährungstherapeutischer Fachpersonen	19
1. Die Profession der ernährungstherapeutischen Fachperson <i>Adrian Rufener</i>	21
1.1 Die Geschichte der Profession	21
1.2 Arbeitsgebiete der ernährungstherapeutischen Fachperson	23
1.3 Die ernährungstherapeutische Fachperson im Arbeitsfeld «Clinical Dietitian»	24
1.4 Die Tätigkeiten im Arbeitsfeld «Clinical Dietitian»	29
1.4.1 Der Handlungsbegriff	29
1.4.2 Handlungsregulation	30
1.4.3 Soziales Handeln	33
1.4.4 Kognitive Handlungen	34
1.4.5 Kommunikative Handlungen	41
1.5 Nötiges Bezugswissen ernährungstherapeutischer Fachpersonen	46
1.5.1 Wissen über Lebensmittel	47
1.5.2 Wissen über die Wirkung von Lebensmittelinhaltsstoffen im Körper	48
1.5.3 Wissen über psychologische Aspekte des Essens	48
1.5.4 Wissen über (psycho-)therapeutische Ansätze zur Beeinflussung des Ernährungsverhaltens	48
1.5.5 Wissen über evidenzbasierte Praxis	49
1.5.6 Wissen über Prozessgestaltung und Qualitätssicherung	49
1.5.7 Wie kann das Wissen situationsgerecht angewendet werden?	49
1.6 Zentrale Gesichtspunkte des Kapitels	50
1.7 Diskussion	51
2. Kooperative Beziehungsgestaltung	53
2.1 Beratungsverständnis <i>Andrea Dolder, Silvia Honigmann, Peter Jacobs, Sandra Jent, Max Schlorff und Ninetta Scura</i>	53
2.1.1 Menschenbild, Haltungen	54
2.1.2 Beratungsansätze	54

2.1.3	Wirkfaktoren – was wirkt in der Beratung?	55
2.1.4	Ernährungsberatung	56
2.2	Die Berater-Klienten-Beziehung <i>Max Schlorff</i>	57
2.2.1	Beratungsbeziehung ist besonders	58
2.2.2	Merkmale professioneller Beziehung	58
2.3	Das Rollenbild in der ernährungstherapeutischen Betreuung <i>Adrian Rufener</i>	59
2.4	Ethik in der Ernährungsberatung <i>Andrea Räss-Hunziker</i>	60
2.4.1	Ethik und Moral – Definition von Begrifflichkeiten?	61
2.4.2	Medizinethische Prinzipien	63
2.4.3	Autonomie	63
2.4.4	Nichtschaden	65
2.4.5	Fürsorge	66
2.4.6	Gerechtigkeit	67
2.4.7	Verantwortung	67
2.5	Zentrale Gesichtspunkte des Kapitels	71
2.6	Diskussion	71
3.	Expertinnenwissen ernährungstherapeutischer Fachpersonen <i>Adrian Rufener</i>	73
3.1	Expertise im Handlungsfeld der «Clinical Dietitian»	73
3.2	Expertiseentwicklung ernährungstherapeutischer Fachpersonen	76
3.3	Hineinwachsen in eine Expertinnengemeinschaft	80
3.4	Zentrale Gesichtspunkte des Kapitels	84
3.5	Diskussion	84
4.	Fachdidaktisches Verständnis zur Kompetenzentwicklung ernährungstherapeutischer Fachpersonen <i>Adrian Rufener</i>	85
4.1	Konsequenzen für didaktische Überlegungen	85
4.2	Bildungsverständnis für die Ausbildung	87
4.3	Kompetenzorientierung in der Lehre	89
4.4	Handlungsorientierung in der Lehre	92
4.4.1	Wissen erwerben bedeutet Wissensnetze bilden	93
4.4.2	Prozesswissen erwerben	95
4.4.3	Anforderungen an die Lernumgebung	96
4.4.4	Handlungsorientierte Lehr- und Lernmethoden	100
4.4.5	Der ETP als Hilfsmittel einer handlungsorientierten Didaktik	101
4.5	Zentrale Gesichtspunkte des Kapitels	102
4.6	Diskussion	103
5.	Ausbildung von Reflexionskompetenz – Vom kontextfreien Wissen zur klientenzentrierten Anwendung <i>Ninetta Scura</i>	105
5.1	Einleitung	105
5.2	Entwicklung von professionellem Handeln in der Ausbildung	107
5.3	Zum Verständnis von Reflexion	108
5.3.1	Das Modell der «technischen Rationalität» und seine Grenzen	108
5.3.2	Stillschweigendes «Wissen-in-der-Handlung»	109
5.3.3	«Reflexion-in-der-Handlung»	109
5.3.4	«Reflexion-über-die-Handlung»	110
5.3.5	Eine Arbeitsdefinition von «Reflexionskompetenz»	111

5.4	Didaktische Verwendung der «Reflexion-über-die-Handlung»	112
5.4.1	Erweiterung und bleibende Verknüpfung	113
5.4.2	Unterschiedliche Ziele: geschlossene und offene Reflexion	114
5.4.3	Unterschiedliche Lehrarrangements für die «Reflexion-über-die-Handlung»	114
5.4.4	Die Rolle der Dozierenden	118
5.5	Der ETP als spezifisches Instrument für die «Reflexion-über-die-Handlung»	119
5.6	Zentrale Gesichtspunkte des Kapitels	121
5.7	Diskussion	121
6.	Prozessmodelle und standardisierte Sprachen <i>Sandra Jent</i>	123
6.1	Einleitung	123
6.2	Prozessmodelle der Pflege	124
6.3	Prozessmodelle in der sozialen Arbeit	127
6.4	Prozessmodelle im Berufsfeld der ernährungstherapeutischen Betreuung	128
6.4.1	Der Nutrition Care Process und seine Entwicklung	129
6.4.2	Der diätologische Prozess	133
6.4.3	Nutrition and Dietetics Practice – Modell und Prozess	134
6.4.4	Vergleich der Prozessmodelle in der ernährungstherapeutischen Betreuung	135
6.5	Standardisierte Sprache	136
6.6	Nutzen von Prozessmodellen und standardisierter Sprache	139
6.6.1	Verbesserung der Qualität der ernährungstherapeutischen Betreuung	139
6.6.2	Sichtbarmachung der Arbeit ernährungstherapeutischer Fachpersonen	140
6.6.3	Besseres Verständnis für die eigene Arbeit entwickeln	141
6.6.4	Verbesserung der Produktivität	142
6.6.5	Bezug zum deutschsprachigen Raum	142
6.7	Zentrale Gesichtspunkte des Kapitels	143
6.8	Diskussion	143
Teil II		
Der ernährungstherapeutische Prozess – ein didaktisches Hilfsmittel zum Erwerb von Handlungskompetenzen 145		
7.	Der ernährungstherapeutische Prozess (ETP) <i>Sandra Jent, Adrian Rufener, Andrea Räss-Hunziker, Louise Pollard-Lichtsteiner, Peter Jacobs, Ninetta Scura, Irène Zimmermann</i>	147
7.1	Entstehung und Ziele des ETP <i>Sandra Jent</i>	147
7.1.1	Die Elemente des ETP	149
7.1.2	Beziehungen zwischen den Schritten des ETP	150
7.2	Fach- und fallbezogene Vorbereitung <i>Adrian Rufener</i>	152
7.2.1	Gesprächsvorbereitung	155
7.2.2	Landkarte der fall- und fachspezifischen Vorbereitung	156
7.3	Interprofessionelle Zusammenarbeit <i>Adrian Rufener</i>	157
7.4	Dokumentieren <i>Peter Jacobs</i>	158
7.4.1	Dokumentation im multiprofessionellen Behandlungsteam	158
7.4.2	Dokumentation mit Auftraggeber Hausarzt oder Klient	160

7.4.3	Allgemeines Ziel des Dokumentierens	161
7.4.4	Gesetzliche Grundlagen	161
7.4.5	Grundsätze der Dokumentation	162
7.4.6	Festhalten der Informationen	167
7.5	Zentrale Gesichtspunkte des Kapitels	169
7.6	Diskussion	171
8.	Ernährungstherapeutisches Assessment <i>Louise Pollard Lichtsteiner</i>	173
8.1	Zweck des ernährungstherapeutischen Assessments	173
8.2	Assessment – Begriffsdefinition	173
8.3	Das ernährungstherapeutische Assessment im Überblick	174
8.4	Auftragserteilung	175
8.5	Auswahl der Daten und der Erhebungsmethoden	177
8.5.1	Auswahl der Daten	177
8.5.2	«Objektive und subjektive Daten» oder «Anzeichen/Symptome»?	177
8.5.3	Indikatoren	179
8.5.4	Erhebungsmethoden	179
8.5.5	Auswahl der Messinstrumente	180
8.5.6	Fragetechnik	180
8.6	Datenerfassung im ernährungstherapeutischen Assessment	184
8.6.1	Einschätzung des Ernährungszustands	184
8.6.2	Krankheitsbild und Klinik	189
8.6.3	Anthropometrische Daten und Körperzusammensetzung	191
8.6.4	Anthropometrische Messungen	192
8.6.5	Abschätzung der Körperzusammensetzung	195
8.6.6	Chemische, physikalische und funktionale Tests	196
8.6.7	Ernährungserhebung	201
8.6.8	Umwelt, Verhalten und Soziales	203
8.7	Validierung der Daten	205
8.8	Vergleich der Daten	205
8.9	Tools	209
8.9.1	Beispiel für ein Verlaufsblatt des Assessments	209
8.9.2	Checkliste	210
8.9.3	Ergebnisübersicht	211
8.9.4	Funktionelle Messungen	212
8.9.5	Tagesverzehrprotokoll	212
8.10	Interdisziplinarität beim ernährungstherapeutischen Assessment	213
8.11	Kritisches Denken beim ernährungstherapeutischen Assessment	213
8.12	Fallbeispiel	214
8.13	Zentrale Gesichtspunkte des Kapitels	218
8.14	Diskussion	219
9.	Die ernährungstherapeutische Diagnose <i>Andrea Räss-Hunziker</i>	221
9.1	Kontext	221
9.1.1	Definition und Ziel einer ernährungstherapeutischen Diagnose	222
9.1.2	Die Entwicklung des Diagnosebegriffs	223
9.1.3	Systematische Beschreibung eines Ernährungsproblems	225
9.1.4	Symptome und Anzeichen (Indikatoren)	227

9.1.5	Ätiologie (Ursachen)	230
9.1.6	Das Ernährungsproblem	232
9.2	Die Eingrenzung eines Ernährungsproblems durch PES	236
9.2.1	Nutzen einer strukturierten Problembeschreibung	237
9.2.2	Ziel und Nutzen der ernährungstherapeutischen Diagnose	239
9.3	Der diagnostische Prozess	241
9.3.1	Komplexität im diagnostischen Prozess	242
9.3.2	Die Mustererkennung	243
9.3.3	Denkansätze	245
9.3.4	Lernprozess Mustererkennung	246
9.3.5	Hypothesenbildung im diagnostischen Prozess	247
9.4	Ernährungstherapeutische Diagnosen im weiteren ETP	248
9.5	Klienten im diagnostischen Prozess	251
9.5.1	Subkonzept Klienten-Einbezug	253
9.5.2	Wie geht es weiter mit den «fertigen» Diagnosen?	254
9.5.3	Priorisierung der ernährungstherapeutischen Diagnosen	255
9.5.4	Diagnosen im interprofessionellen Kontext	257
9.6	Kritisches Denken im diagnostischen Prozess	258
9.7	Das Entwicklungspotenzial ernährungstherapeutischer Diagnosen	260
9.7.1	Welche Entwicklung ist noch erforderlich?	261
9.7.2	Spezielle Herausforderungen	262
9.7.3	Erfahrungen bei der Einführung ernährungstherapeutischer Diagnosen	263
9.8	Zentrale Gesichtspunkte des Kapitels	264
9.9	Diskussion	264
10.	Die ernährungstherapeutische Planung <i>Adrian Rufener und Sandra Jent</i>	267
10.1	Planung der ernährungstherapeutischen Betreuung	267
10.2	Therapeutische Denkprozesse	268
10.3	Der Planungsschritt im ernährungstherapeutischen Prozess	269
10.3.1	Unterscheidung zwischen Interventionen und Maßnahmen	272
10.3.2	Orientierung der Planung an Ernährungsproblemen	272
10.3.3	Tätigkeiten bei der ernährungstherapeutischen Planung	274
10.3.4	Initiale und fortlaufende Planung	277
10.4	Exkurs: Hintergrundwissen über Ziele	278
10.4.1	Zielhierarchie	278
10.4.2	Arten von Zielen	280
10.4.3	Ziele und Handlung/Verhaltensänderung	283
10.4.4	Zeitpunkt der Zielsetzung	284
10.4.5	Die Bedeutung vereinbarter Ziele	285
10.4.6	Ein Modell zu Zielen in der Medizin	286
10.5	Ernährungsempfehlung festlegen	288
10.6	Fachlich relevante Ziele erkennen	289
10.7	Maßnahmenplanung als hypothetische Vorgehensstrategie	291
10.7.1	Kategorien ernährungstherapeutischer Interventionen	293
10.7.2	Ergebniserwartung	303
10.7.3	Fachliche Beurteilung und Priorisierung von Vorgehensstrategien	304
10.8	Planung der mittel- und langfristigen Betreuung	305

10.9	Kritisches Denken bei der Planung	305
10.10	Zentrale Gesichtspunkte des Kapitels	306
10.11	Diskussion	307
11.	Die ernährungstherapeutischen Interventionen <i>Adrian Rufener und Sandra Jent</i>	309
11.1	Einleitung	309
11.2	Handlungen und Haltungen der ernährungstherapeutischen Fachperson	313
11.2.1	Wahrnehmung als wichtige Kompetenz	315
11.2.2	Fundierte Entscheidungen als Grundlage professioneller Handlungen	317
11.2.3	Stellenwert reflektierter Praxiserfahrungen	319
11.2.4	Koproduktion von Handlungsergebnissen	321
11.2.5	Veränderungsabsicht des Klienten	324
11.2.6	Situationsangepasste Interventionen	327
11.3	Konkrete Handlungsschritte	329
11.3.1	Auftragsklärung	329
11.3.2	Zielabsprache	331
11.3.3	Maßnahmenplanung	338
11.3.4	Kategorien ernährungstherapeutischer Interventionen	340
11.4	Sicherung der mittel- und langfristigen Betreuung	347
11.5	Kritisches Denken bei der Umsetzung der Interventionen	348
11.6	Zentrale Gesichtspunkte des Kapitels	349
11.7	Diskussion	351
12.	«Monitoring und Evaluation» <i>Louise Pollard-Lichtsteiner</i>	353
12.1	Einleitung	353
12.1.1	Begriffsdefinitionen	354
12.1.2	Abgrenzung zum Assessment	355
12.1.3	Ziele des Prozessschritts «Monitoring und Evaluation»	356
12.2	Merkmale des Prozessschritts	356
12.2.1	Ebenen von «Monitoring und Evaluation»	357
12.2.2	Schnittstelle zu allen anderen Prozessschritten des ETP	357
12.2.3	Arten und Zeitpunkt des Prozessschritts «Monitoring und Evaluation»	357
12.3	Umsetzungen von «Monitoring und Evaluation» im ETP	361
12.3.1	Überwachen	362
12.3.2	Datensammeln	363
12.3.3	Vergleich zwischen Ist- und Soll-Zustand	364
12.3.4	Erkennen von Ressourcen und Hindernissen	366
12.3.5	Entscheiden über das weitere Vorgehen	368
12.3.6	Klärung des weiteren Vorgehens	371
12.3.7	Dokumentation der Ergebnisse und des weiteren Vorgehens	372
12.4	«Monitoring und Evaluation» im interprofessionellen Kontext	373
12.5	Kritisches Denken im Prozessschritt «Monitoring und Evaluation»	374
12.6	Zentrale Gesichtspunkte des Kapitels	375
12.7	Diskussion	376
13.	Abschluss der ernährungstherapeutischen Betreuung <i>Peter Jacobs</i>	377
13.1	Der Abschluss als Teilschritt des ETP	377
13.2	Wann wird die ernährungstherapeutische Betreuung beendet?	377

13.3	Nicht vereinbarter Abbruch der Zusammenarbeit	379
13.4	Chronisch therapiebedürftige Menschen	379
13.5	Abschluss auf intra- und interprofessioneller Ebene	381
13.6	Abschluss auf administrativer und wissenschaftlicher Ebene	381
13.7	Abschluss auf persönliche Ebene	381
13.8	Zentrale Gesichtspunkte des Kapitels	382
13.9	Diskussion	382
Literaturverzeichnis		383
Englische Originalabbildungen		395
Verzeichnis der HerausgeberInnen und AutorInnen		401
	HerausgeberInnen	401
	AutorInnen	401
Abkürzungsverzeichnis		403
Sachwortverzeichnis		405

Danksagung

Mit der Entstehung dieses Buches endet eine Zeit, in der wir Autorinnen sehr absorbiert waren. Es war ein langer, teilweise auch anstrengender und mühevoller Weg. Das vorliegende Ergebnis macht diese Mühen aber wett und erfüllt uns mit Stolz. Wir danken besonders Christine Römer-Lüthi, die den Anstoß zu diesem Buch gegeben hat, und der Berner Fachhochschule, die seine Entstehung mit zeitlichen Ressourcen unterstützt hat.

Das Schreiben des vorliegenden Buches wäre nicht möglich gewesen, wenn unsere Familien

und Freunde uns nicht entlastet und in vielen Momenten auf uns verzichtet hätten. Wir danken daher allen, die die Entstehung dieses Buches mitgetragen haben.

Besonders danken wir: Lily Malua, Simone, Markus, Elio, Alessio, Tamino, Luca, Hans-Baptist, Patrick, Claudia, Vivien und Sascha.

«Leider lässt sich eine wahrhafte Dankbarkeit mit Worten nicht ausdrücken.»

(Johann Wolfgang von Goethe)

Vorwort

Lernen, etwas zu tun – was gibt es Schwierigeres? Besonders im beruflichen Kontext, wie etwa der hochkomplexen ernährungstherapeutischen Betreuung von Klienten, ist es notwendig, Ansätze zur Unterstützung von Lernenden bei den ersten Schritten in einem neuen Handlungsfeld zu kennen. Wie kann demnach diese Entwicklung angestoßen und unterstützt werden? Zu viele Faktoren beeinflussen indessen diesen Lernprozess, um ein klares und abschließendes Fazit zu ziehen. Welche Rolle spielen charakterliche Eigenheiten der einzelnen Menschen? Wie können die verschiedenartigen Bedürfnisse abgeholt werden? Welchen Effekt haben didaktische Maßnahmen? Wie können diese Effekte überprüft werden?

Die Vielzahl offener Fragen erschwert es, Lernende beim Erwerb von Tätigkeiten optimal zu unterstützen. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich träges Wissen aneignen, das nicht in der Praxis angewendet werden kann, ist relativ groß. Was kann also bei der Anleitung von Tätigkeiten und der Vermittlung von Wissen berücksichtigt werden, damit Berufseinsteigerinnen praxisbezogene Kompetenzen erwerben können? Nur bei der Anwendung des Wissens in konkreten beruflichen Alltagssituationen kann es praxisbezogen geübt und gefestigt werden. Je geringer der Anteil praktischer Inhalte in einer Ausbildung, desto höher ist die Gefahr, träges Wissen zu erwerben. Besonders in Studiengängen an Hochschulen mit einem tendenziell eher geringen praktischen Ausbildungsanteil ist der Transfer von Wissen aus der Theorie in die Praxis erschwert. Der Umkehrschluss, ein steigender Praxisanteil würde den Lernerfolg exponentiell erhöhen, wäre aber ein Trugschluss. Da Handlungskompetenzen als Verknüpfung von theore-

tischem und praktischem Wissen verstanden werden, wird die praktische Umsetzung ohne fundierte Wissensbasis nur in den seltensten Fällen gelingen. Diese Wissensbasis kann wahrscheinlich nur in theoretischen Lehreinheiten vermittelt werden.

Noch keine Expertin ist einfach so vom Himmel gefallen. Jahrelange Auseinandersetzung mit einem Gegenstandsbereich ist notwendig, wobei der Lernprozess von Schweiß, Blut und Erfolgen begleitet ist. Schweiß bezieht sich auf die zu erbringenden und erbrachten Mühen, den Lernprozess über Jahre hinweg aufrechtzuerhalten, Blut auf die Vielzahl an Misserfolgen, die im Laufe dieses Prozesses verarbeitet werden müssen, und trotzdem die Motivation nicht zu verlieren, den Lernprozess weiterzuverfolgen. Positive Erfahrungen in Form erfolgreich gemeisterter beruflicher Herausforderungen helfen, den Lernprozess zu stärken. Erlebt eine Fachperson dieses Hochgefühl, in einer Handlungssituation erfolgreich agiert und reagiert zu haben, wird sie in ihrer Absicht gestärkt, sich weiterhin mit dem Gegenstandsbereich auseinanderzusetzen.

Die kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Handeln und den zugrunde liegenden Denk- und Wissensstrukturen stellt somit eine wichtige Bedingung für die Entwicklung von Expertise dar. Fachpersonen sind gefordert, ihr Vorgehen bei der Bearbeitung beruflicher Handlungssituationen beständig zu reflektieren und das eigene Handeln daraus abgeleitet und theoriebasiert weiterzuentwickeln. Dadurch erwerben sie kontextgebundenes Wissen, das für die Bearbeitung zukünftiger, ähnlicher Handlungssituationen genutzt werden kann. Sie schaffen es, das Wissen so zu organisieren, dass der Zugriff relativ leicht und ohne bewusste An-

strenge gelingt. Durch die reflektierten Praxiserfahrungen können die eigenen Kompetenzen zusehends verbessert und die Ausbildung von Expertise unterstützt werden. Erfahrenere Fachpersonen können diesen Lernprozess als Vorbild, Ideengeber, Problemlöser und Berater unterstützen. Sie berücksichtigen dabei eine ausgewogene Balance zwischen theoretischen und praktischen Aspekten und versuchen, den Lernenden durch realisierbare Erfolgserfahrungen in seiner Veränderungsabsicht zu stärken. Fachpersonen benötigen eine breite und gut vernetzte Wissensgrundlage, um fachlich fundierte Entscheidungen in einer konkreten Berufssituation zu treffen. In praxisbezogenen Übungsmöglichkeiten können sie das erworbene Wissen in die Tat umsetzen, wobei der richtige Zeitpunkt erkannt werden muss, wann auf welches Wissen zurückzugreifen ist. Lehrende brauchen folglich ein ausgeprägtes und vertieftes Bewusstsein für berufliche Arbeitsprozesse, das sie so übersetzen können, dass es von den Lernenden verstanden und aktiv genutzt werden kann. Eine immense Herausforderung!

Eine vertiefte Analyse des Berufsfeldes bildet eine wichtige Grundlage, um die Lernprozesse von Berufseinsteigerinnen zu unterstützen. Die Benennung der Arbeitsprozesse im Berufsfeld bildet die Grundlage, um notwendige Inhalte für Lehreinheiten abzuleiten. Das zu vermittelnde Wissen verändert sich aufgrund der gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Weiterentwicklung laufend, daher bedarf es einer ständigen Überprüfung des Wissens und fortlaufender fachlicher Fortbildung für alle Fachpersonen.

Ausgehend von diesen Herausforderungen ergeben sich vielfältige fachdidaktische Überlegungen, um Berufseinsteiger in ihrem Lernprozess gezielt zu unterstützen. Wahrscheinlich wird es niemals eine abschließende Antwort geben, was richtig oder falsch ist. Trotzdem wagen wir mit diesem Buch den Versuch, einen möglichen Ansatz für die Unterstützung von Berufseinsteigerinnen beim Erwerb von Interaktionskompetenzen im Bereich der ernährungstherapeutischen Betreuung herzuleiten.

Fragen zu gesundheitlichen und ethischen Aspekten der Ernährung sind heutzutage allgegenwärtig. Obwohl ein beachtlicher Teil der Weltbevölkerung noch heute an Hunger und Armut leidet, spielt für einen relativ großen Teil die Beschaffung der Ernährung heutzutage nur noch eine untergeordnete Rolle – Lebensmittel sind in der ersten Welt praktisch unendlich verfügbar. Mit ansteigendem Lebensstandard haben sich in den vergangenen Jahren zudem die Hygienebedingungen bei der Lebensmittelverarbeitung und -zubereitung verbessert. Dadurch haben lebensmittelbedingte Infektionskrankheiten stark abgenommen. Lebensmittel wurden also sicherer. Heutzutage stehen für viele Menschen also nicht mehr die Beschaffung oder die Sicherheit der Lebensmittel im Mittelpunkt, sondern ganz andere Fragen: Welche Ernährungsweise ist für meine Gesundheit gut? Welche ist ethisch vertretbar? Welche Ernährungsweise ist gut für die Natur? Welche kann bei bestehenden Krankheiten nützlich für den Heilungsprozess sein? Welche Ernährungsweise ist bei bestehenden Krankheiten therapeutisch angezeigt?

Das Internet macht es heutzutage relativ einfach, Informationen zu diesen Fragen zu sammeln. Diese Informationen können jedoch sehr komplex und teilweise auch widersprüchlich sein, daher wird es immer schwieriger, sich darin zurechtzufinden. Viele Menschen geben an, die Empfehlungen einer gesundheitsfördernden, ökologisch angezeigten und ethisch sinnvollen Ernährungsweise zwar zu kennen, aber im Alltag nicht umsetzen zu können. Ernährungsverhalten ist über Jahre hinweg erworben, gefestigt und sehr stabil. Daher wird vermehrt die Unterstützung durch entsprechend ausgebildeten Fachpersonen in Anspruch genommen, um die Ernährung entsprechend den individuell verschiedenen Bedürfnissen gestalten zu können.

Diätassistentinnen, Diätologen oder Ernährungsberater – die drei offiziellen Bezeichnungen dieser Fachpersonen in Deutschland, Österreich und der Schweiz – unterstützen die Menschen als Spezialisten für Ernährungsfragen und für die Veränderung des Ernährungsverhaltens. Durch die Analyse des Berufsfeldes wird

der therapeutisch geprägte Arbeitsprozess dieser Fachpersonen erörtert. Die einzelnen Prozessschritte werden auf therapeutisch geprägte Entscheidungen hin beurteilt und mit theoretischen Grundlagen unterlegt. Dadurch sollen möglichst klare Handlungsanleitungen für die konkrete Umsetzung abgeleitet werden und der Transfer von theoretischem Wissen auf eine praktische Situation erleichtert werden. Das vorliegende Buch richtet sich somit in erster Linie an Berufseinsteiger und Berufseinsteigerinnen. Lehrpersonen können es als Hilfsmittel für die Gestaltung von Lehr- und Lerneinheiten nutzen. Aber auch erfahrenere Fachpersonen können davon profitieren, da es ihnen helfen kann, ihr Handeln bewusst zu analysieren.

Nachdem in diesen einleitenden Worten die Bezeichnung der Geschlechter ziemlich unterschiedlich gewählt wurde, soll dieser Aspekt zu Beginn geklärt werden. Im Sinne der leichteren Lesbarkeit werden im vorliegenden Buch, wo möglich, geschlechtsneutrale Bezeichnungen verwendet. Falls dies nicht möglich ist, wird auf eine geschlechterspezifische Form zurückgegriffen. Fachpersonen werden dabei in der weiblichen Form angesprochen, Klienten in der männlichen Form. Dies soll die Leserschaft unterstützen, die Unterscheidung besser zu erkennen. Damit sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

*Bern, im Januar 2016
Adrian Rufener, Sandra Jent*

Teil I

Grundlagen des Handlungsfeldes, des Expertenwissens und der Expertiseentwicklung ernährungstherapeutischer Fachpersonen

1. Die Profession der ernährungstherapeutischen Fachperson

Adrian Rufener

Dieses Buch befasst sich mit den Tätigkeiten und der Rolle der ernährungstherapeutischen Fachpersonen im Arbeitsgebiet der «Clinical Dietitian». Diese Tätigkeiten orientieren sich an der ernährungstherapeutischen Betreuung von Klienten im stationären und ambulanten Bereich. Dazu braucht die Fachperson eine fundierte Wissensgrundlage unterschiedlicher Bezugsdisziplinen, wobei das Wissen so verfügbar sein muss, dass es in der Kommunikation mit einem Gegenüber situationsgerecht abgerufen werden kann. Ziel ist es, ein therapeutisch geleitetes Beratungsgespräch mit einem Gegenüber durchzuführen. Innerhalb dieser Interaktion nimmt die ernährungstherapeutische Fachperson eine beratende Rolle als Spezialistin für Fragen rund um Ernährung und Diätetik wahr.

Themen dieses Kapitels:

- Geschichte und Entwicklung der Profession
- Verschiedene Arbeitsgebiete der ernährungstherapeutischen Fachperson werden dargelegt.
- Das Arbeitsgebiet im klinischen Bereich wird eingehend besprochen
- Die Tätigkeiten der ernährungstherapeutischen Fachperson werden theoriegeleitet erörtert und als soziales Handeln begründet.
- Kognitive und kommunikative Handlungen der ernährungstherapeutischen Fachperson werden besprochen.
- Erforderliches Bezugswissen und die Rolle der ernährungstherapeutischen Fachperson als Spezialistin für Ernährung und Diätetik werden dargestellt.

1.1 Die Geschichte der Profession

Die Professionsgeschichte der ernährungstherapeutischen Fachperson als selbstständige Disziplin ist noch sehr jung. Honigmann-Gianolli (2011: 16–17) hat einen umfassenden historischen Überblick darüber verfasst, auf den sich dieses Kapitel stützt.

Das Verständnis, dass durch die Auswahl und Zubereitung von Lebensmitteln die Gesundheit positiv beeinflusst und Krankheiten geheilt werden können, hat eine sehr lange Tradition. Schon frühe Schriften aus Persien und Ägypten beschreiben Zusammenhänge zwischen Nahrung und Gesundheit, meist verknüpft mit Mystik und Religion. Als Urvater des heutigen diät-

etischen Denkens gilt Hippokrates (Lemke, 2007: 290). Die Ernährung spielt in der hippokratischen Sicht der Heilkunst eine zentrale Rolle. Die diätetische Maxime von Hippokrates – «Eure Nahrungsmittel sollen eure Heilmittel sein, und eure Heilmittel sollen eure Nahrungsmittel sein» – zeigt deutlich den hohen Stellenwert der Ernährung in der hippokratischen Sicht der Heilkunst.

In den folgenden Jahrhunderten wurde das Wissen über gesundheitsförderliche Ernährungsweisen und daraus abgeleitete Theorien zur Gestaltung der Ernährung ständig weiterentwickelt. Vorwiegend Ärzte, aber auch Philosophen beschäftigten sich mit dem Themenkreis Ernährung, Moral und Religion und hinterlie-

ßen eine Fülle von Schriften, die den damaligen Stand des Wissens und Glaubens wiedergeben (Honigmann-Gianolli, 2011: 16).

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts gelang durch die Einführung chemischer Analysemethoden zur Beurteilung von Lebensmittelinhaltsstoffen ein Quantensprung im Verständnis der Wechselwirkung zwischen Ernährung und Gesundheit. Ausgehend vom Verständnis über Kalorien entdeckten damalige Chemiker und Ärzte immer mehr Stoffe und konnten den Zusammenhang mit entsprechenden Erkrankungen immer besser herstellen.

Die Entwicklung des Berufs der ernährungstherapeutischen Fachperson geht ungefähr auf diese Zeit zurück. Ihr Ursprung findet sich in Nordamerika und Kanada. In Nordamerika wurden während des spanisch-amerikanischen Krieges (1898) die stark mangelernährten, verletzten Soldaten mit ernährungstherapeutischen Maßnahmen durch spezialisierte Krankenschwestern gepflegt. Während des Ersten Weltkriegs verfasste das amerikanische Rote Kreuz einen ersten Kompetenzkatalog für «Dietitians», die in Militärspitälern tätig waren. Im Jahre 1917 wurde die American Dietetic Association (ADA) gegründet, 1927 zählte der Verband bereits 1000 Mitglieder. Die damaligen «Dietitians» engagierten sich auch außerhalb der Militärspitäler. In der damaligen Hauspflege haben sie Informationen und Empfehlungen bezüglich der Hygiene und der Ernährung von Kranken und Gesunden weitergegeben.

Parallel entwickelten sich auch in Kanada zwei verschiedene Berufszweige der ernährungstherapeutischen Fachpersonen. Im Französisch sprechenden Teil Kanadas wurde eine Spezialisierung in Diätetik für Krankenschwestern eingeführt. Diese Weiterbildung wurde 1920 an der Universität Montreal angeboten, die 1942 das Institut für Diätetik und Ernährung gründete. Im Englisch sprechenden Teil Kanadas wurde die Lehre der Diätetik ab 1918 am MacDonald College als Teil des Studiengangs «Haushaltswissenschaften» vermittelt.

Die Entwicklung des Berufsstandes ist in Deutschland, Österreich und der Schweiz länderspezifisch unterschiedlich abgelaufen. Dies

wird besonders an der unterschiedlichen Berufsbezeichnung im deutschsprachigen Raum erkennbar (**Kasten 1-1**). Der etwas ungelenke Terminus «Ernährungstherapeutische Fachperson» ist die Folge dieses Problems. Ernährungstherapeutische Fachpersonen sind in Deutschland, Österreich und der Schweiz gesetzlich reglementierte Berufe. In der Schweiz und in Österreich erfolgt die Ausbildung an Fachhochschulen, in Deutschland an Berufsfachschulen. Die Rahmenbedingungen des Berufs und der Ausbildung sind in Deutschland im Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (DiätAssG) (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2011) und in Österreich im sogenannten MTD-Gesetz (Gesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste) (Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, 2006) geregelt. In der Schweiz sind diese Rahmenbedingungen lediglich im Rahmen der Krankenversicherungsgesetzgebung (Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 1996) und nur auf einer sehr übergeordneten Ebene festgelegt. Es ist jedoch ein «Gesundheitsberufegesetz» in Erarbeitung, mit dem dieser Mangel ausgeglichen werden soll.

In Deutschland ist der Beruf des Diätassistenten über 100 Jahre alt. Auch hier wurde er zuerst

Kasten 1-1: Zur Berufsbezeichnung im deutschsprachigen Raum

Im deutschsprachigen Raum hat sich bisher keine einheitliche Berufsbezeichnung für Fachpersonen im Bereich Ernährung und Diätetik durchgesetzt, wobei in Deutschland von Diätassistentinnen und Diätassistenten, in Österreich von Diätologinnen und Diätologen und in der Schweiz von Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberatern gesprochen wird. In diesem Buch wird von ernährungstherapeutischen Fachpersonen gesprochen. Unter diesem Begriff werden die entsprechenden Berufsbezeichnungen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz zusammengefasst. Zudem ist er geschlechtsneutral und hilft, männliche und weibliche Fachpersonen gleichermaßen anzusprechen.

als Spezialisierung für Krankenschwestern verstanden, die sich zu «Diätassistentinnen» weiterbildeten (Honigmann-Gianolli, 2011: 17). Im Jahre 1926 startete die Ausbildung für Diätassistentinnen, wodurch der erste offizielle spezialisierte paramedizinische Beruf geschaffen wurde. Über 40 Schulen bilden in Deutschland angehende Fachpersonen aus. Seit 1957 organisieren sich die Fachpersonen im Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) mit heute über 3000 Mitgliedern (EFAD, n.d.).

In der Schweiz entstand 1932 in Zürich die erste private Schule für Diätassistentinnen, gefolgt 1944 von der Schule in Genf und 1972 von der Schule in Bern. Die ersten Jahrzehnte der Ausbildung und beruflichen Entwicklung der Diätassistentinnen waren durch das damalige Verständnis der Aufgabe der Diätassistentin geprägt. In den Ausbildungsbestimmungen der Schule in Zürich ist zu lesen: «Das Ziel der Ausbildung ist, Töchter theoretisch und praktisch zu schulen, damit sie befähigt sind, eine medizinisch und kulinarisch einwandfreie Krankennahrung (Diät) herzustellen» (Jacob, 2009: 23). Ab 1968 erfuhr die Ausbildung inhaltlich große Veränderungen, was zu einer Änderung der Berufsbezeichnung hin zum Ernährungsberater führte. Neben der diätetischen Zubereitung und Berechnung wurden vermehrt beraterische Inhalte vermittelt. Dies veränderte das Berufsverständnis und das Tätigkeitsfeld der ernährungstherapeutischen Fachperson. Im Jahre 1986 wurde die Ausbildung in der Schweiz offiziell vom Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) anerkannt. Heute ist das Studium auf Fachhochschulenebene angesiedelt. Im Jahre 1942 haben sich die Fachpersonen im Schweizerischen Verband der Ernährungsberater/innen (SVDE) zusammengeschlossen. Der Verband hat zurzeit ungefähr 1000 Mitglieder (EFAD, n.d.).

In Österreich werden an fünf Fachhochschulen Diätologen ausgebildet, die seit 1961 im Verband der Diätologen Österreichs (VDÖ) organisiert sind. Der Verband hat über 500 Mitglieder (EFAD, n.d.).

Abgesehen davon, dass «Ernährung und Diätetik» eine relativ junge Disziplin ist, hat sich die Profession in den vergangenen Jahren deutlich

gewandelt. Waren die ernährungstherapeutischen Fachpersonen vor nicht allzu langer Zeit noch hauptsächlich mit Überwachungsaufgaben in der Küche betraut und hatten nur wenig direkten Kontakt mit Klienten, so sind sie heute fast ausschließlich mit der direkten Betreuung von Klienten beschäftigt. Das Berufsverständnis hat sich mit dieser Veränderung deutlich gewandelt und steht noch heute in der Diskussion. Auf europäischer Ebene laufen entsprechende Projekte zur Klärung des Berufsverständnisses. Im deutschsprachigen Raum wird diese Diskussion beispielsweise an den unterschiedlichen Berufsbezeichnungen und der ständigen Diskussion, welches die richtige Bezeichnung sei, sichtbar (s. Kasten 1-1).

1.2 Arbeitsgebiete der ernährungstherapeutischen Fachperson

Ernährungstherapeutische Fachpersonen sind laut der International Confederation of Dietetic Associations (ICDA, 2004) national anerkannte Fachpersonen im Bereich Ernährung und Diätetik, die Einzelpersonen oder Personengruppen mit der Beantwortung von Ernährungsfragen bei der Lösung von Ernährungsproblemen unterstützen. Diese Definition wird auch durch die European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD) übernommen und ist handlungsleitend für das vorliegende Buch. Die Profession der ernährungstherapeutischen Fachpersonen umfasst ein breites Betätigungsfeld. So können diese in öffentlichen Gesundheitsinstitutionen, in einer privaten Praxis, in der Industrie, in der staatlichen Verwaltung, im Erziehungsbereich oder in der Forschung tätig sein. Die ICDA (2004) unterteilt die Arbeitsgebiete ernährungstherapeutischer Fachpersonen wie folgt:

- Administrative Dietitian
- Clinical Dietitian
- General Dietitian.

Die EFAD (de Looy et al., 2009) hat diese Aufzählung um das Arbeitsgebiet der «Public Health or Community Dietitian» ergänzt, lässt jedoch

die «General Dietitian» in ihren Überlegungen außer Acht.

Eine exakte Übersetzung dieser Begriffe in die deutsche Sprache scheint für ein besseres Verständnis wenig hilfreich zu sein, daher werden nun die englischen Bezeichnungen geklärt und im weiteren Verlauf in englischer Sprache weiterverwendet:

- Das Arbeitsgebiet der «Administrative Dietitian» umfasst die Verantwortung für eine ausgewogene und gesunde Ernährung in Einrichtungen der Gemeinschaftsgastronomie.
- «Clinical Dietitian» beschreibt die klinische Arbeit im ambulanten und stationären Bereich.
- «General Dietitian» ist eine Generalistin, die auf allen Gebieten arbeitet.
- Im vierten Arbeitsgebiet «Public Health or Community Dietitian» werden Tätigkeiten in Gesundheitsförderung und Prävention zusammengefasst.

Konkretere Tätigkeiten oder die Rolle der ernährungstherapeutischen Fachpersonen auf diesen Gebieten werden jedoch nur ungenau geklärt. Es wird lediglich auf die Rolle als Fachperson für Ernährung und Diätetik sowie die Vielfältigkeit des Berufs verwiesen.

Kasten 1-2: Vielfältigkeit des Berufs der ernährungstherapeutischen Fachperson

Der Beruf der ernährungstherapeutischen Fachpersonen ist durch Vielfältigkeit und Heterogenität gekennzeichnet. Einen Einblick geben folgende Tätigkeitsgebiete:

- ernährungstherapeutische Betreuung im stationären oder ambulanten Bereich
- Produktentwicklung und Kundeninformation in der Lebensmittelindustrie
- Planung und Umsetzung von Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der Ernährung und Diätetik
- Lehrtätigkeit in Bildungsinstitutionen
- Durchführung von Referaten zu Themen der Ernährung und Diätetik
- Forschungstätigkeit
- etc.

Die Einteilung in diese vier Arbeitsgebiete erscheint eher zu eingrenzend, da ernährungstherapeutische Fachpersonen nach de Looy et al. (2009) in vielen weiteren Arbeitsgebieten tätig sein können (**Kasten 1-2**). In der beruflichen Realität ist häufig eine Überschneidung zwischen den einzelnen Arbeitsgebieten erkennbar. Dies zeigt, wie spannend und herausfordernd dieser Beruf sein kann.

1.3 Die ernährungstherapeutische Fachperson im Arbeitsfeld «Clinical Dietitian»

Das vorliegende Buch bezieht sich vordergründig auf das Arbeitsfeld einer «Clinical Dietitian». Wie bereits erwähnt, orientieren sich die Tätigkeiten der ernährungstherapeutischen Fachperson in diesem Arbeitsfeld an der ernährungstherapeutischen Betreuung von Klienten im stationären und ambulanten Setting:

- Im stationären Setting steht die Betreuung hospitalisierter Personen im Vordergrund, die aufgrund eines mehr oder weniger akuten Ereignisses für gewisse Zeit in einer Gesundheitsinstitution in Behandlung sind. Die ernährungstherapeutische Fachperson unterstützt als Spezialistin für Ernährung und Diätetik die Behandlung und übernimmt im interprofessionellen Team die Verantwortung für die ernährungstherapeutische Betreuung der Patienten. Dabei müssen ernährungstherapeutische Maßnahmen vorgeschlagen werden, die sich an den erkannten Ernährungsproblemen orientieren. Die ernährungstherapeutische Fachperson klärt diese Maßnahmen mit allen Beteiligten und organisiert deren Umsetzung innerhalb der Gesundheitsinstitution. Mit der Entlassung aus der Gesundheitsinstitution hat das stationäre Setting einen relativ klar definierten Endpunkt. Die Zeit nach der Entlassung aus der Gesundheitsinstitution spielt zu Beginn der Betreuung meist eine untergeordnete Rolle, wobei die Wichtigkeit mit näher rückendem Entlassungszeitpunkt zunimmt. Die besprochenen Maßnahmen sollten für den

Patienten bei Bedarf auch im Alltag zu Hause und somit über den Entlassungszeitpunkt hinaus umsetzbar sein. Ein bewusst gestalteter Übergang ins ambulante Setting muss bei der stationären Betreuung unbedingt berücksichtigt werden.

- Im ambulanten Setting nehmen die Klienten die Expertise der ernährungstherapeutischen Fachperson für einzelne oder mehrere Beratungsgespräche in Anspruch. Ziel dieser Beratungsgespräche ist ebenfalls die Behebung von Ernährungsproblemen, die die Gesundheit des Klienten beeinflussen. Der Fokus dieser Beratungsgespräche liegt auf der konkreten Umsetzung der Maßnahmen im privaten Alltag der Klienten. Diese sollen befähigt werden, die besprochenen Ernährungsveränderungen selbstständig im Alltag zu meistern. Die Anzahl der erforderlichen Beratungsgespräche ist von Person zu Person sehr unterschiedlich und muss im Gespräch geklärt werden. Der Endpunkt der Zusammenarbeit zwischen ernährungstherapeutischer Fachperson und Klient ist in diesem Setting weniger klar definiert. Von Beginn der Therapie an müssen die Ziele der Zusammenarbeit geklärt und es muss ein bewusst gestalteter Endpunkte verfolgt werden. Die ernährungstherapeutische Fachperson arbeitet auch hier in einem interprofessionellen Team. Die Kommunikationswege sind in diesem Setting jedoch infolge standortbedingter Gegebenheiten oft deutlich länger, daher stellt die Pflege

der interprofessionellen Zusammenarbeit bei der ambulanten Betreuung eine große Herausforderung dar.

Die ernährungstherapeutischen Fachpersonen treten bei ihren Tätigkeiten demnach mit einem Gegenüber «in Beziehung» (s. Kap. 2.2). Die Art dieser Beziehung stellt eine wichtige Rahmenbedingung der Zusammenarbeit dar. Da es sich hier um eine Arbeitsbeziehung handelt, muss der konkrete Arbeitsauftrag von Anfang an geklärt und die Beziehung darauf ausgerichtet werden. Die ernährungstherapeutische Fachperson gestaltet die Beziehung so, dass ein konstruktiver Therapieprozess unterstützt wird. Beruhend auf einem therapeutisch geprägten Rollenverständnis schreibt sie sich und ihrem Gegenüber gewisse Eigenschaften zu. Dieses Rollenverständnis wird unter anderem an einer bewusst gewählten Bezeichnung des Gegenübers deutlich (**Kasten 1-3**).

Wie bereits besprochen, werden ernährungstherapeutische Fachpersonen als Spezialistinnen für Ernährung und Diätetik in die Betreuung von Klienten involviert. Das Vorliegen einer ernährungsassoziierten Erkrankung stellt im Arbeitsbereich der «Clinical Dietitian» eine wichtige Voraussetzung für eine ernährungstherapeutische Betreuung dar. Es gibt eine Vielzahl an Krankheitsbildern, bei denen ernährungstherapeutische Maßnahmen Teil der medizinischen Versorgung sind. Diese umfas-

Kasten 1-3: Rollenverständnis innerhalb der Beratungsbeziehung

Die richtige Bezeichnung des Gegenübers in der therapeutischen Beziehung ist bei ernährungstherapeutischen Fachpersonen ein vieldiskutierter Punkt. Zur Auswahl stehen Begriffe wie Patient, Klient, Kunde, Konsument oder Leistungsempfänger (Schewior-Popp et al., 2012, S. 41). Welche Beziehung wie verstanden werden kann wurde verschiedentlich diskutiert (Deber et al., 2005). Unklar bleibt, welches eine akkurate Bezeichnung ist. Dies soll hier erörtert werden:

Patient: Ein geläufiger Begriff im medizinischen Setting ist die Bezeichnung des Gegenübers als Patient. Eine kranke Person wird durch eine von Experten (meist Ärzten) diagnostizierte Erkrankung zum Patienten. Mit dem Gang zum Experten, wird die Erkrankung quasi institutionalisiert erfasst. Dies führt eventuell zu einem Verlust an Autonomie, da sich der Patient an die Abläufe und Organisationselemente der Institution anpassen muss. Besonders deutlich kommt dies im sta-

tionären Setting an folgenden Aspekten zum Vorschein:

- Die Essenszeiten sind meist nicht mehr frei wählbar.
- Das Angebot bzw. die Auswahl an Gerichten und Lebensmitteln ist begrenzt.
- Er hat ein fix zugewiesenes Zimmer, das er eventuell mit anderen teilen muss.
- Die Tagesstruktur wird durch therapeutische Maßnahmen bestimmt.
- Er ist aus seinem gewohnten Umfeld herausgerissen.

Die betreuenden Fachpersonen nehmen in diesem Verständnis eine wichtige Rolle ein. Sie diagnostizieren Probleme und «verordnen» angezeigte Therapiemaßnahmen. Aufgrund dieser zunehmenden Fremdbestimmung wird der Begriff «Patient» immer stärker negativ assoziiert. Im stationären Setting wird die Bezeichnung «Patient» von vielen Menschen am besten akzeptiert, um ihre Rolle innerhalb der professionellen Beziehung zu bezeichnen (Deber et al., 2005).

Klient: Die Handlungen ernährungstherapeutischer Fachpersonen beruhen auf einem personenzentriert ausgerichteten Beratungsverständnis. Die Stärkung der Autonomie und die Förderung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten bilden wichtige Eckpunkte dieses Verständnisses. Wird die Rolle der Spezialistin zu stark in den Mittelpunkt gerückt und die Autonomie des Patienten zu stark begrenzt, können sich eventuell negative Konsequenzen für den Therapieverlauf ergeben, daher wird der Begriff «Patient» häufig als unzureichend abgelehnt. Alternativ wird vorgeschlagen, einen Patienten als Klienten zu bezeichnen. Der Klient zeichnet sich im Gegensatz zum Patienten durch ein hohes Maß an Selbststeuerung und Mündigkeit aus. Beides wird bei der Zusammenarbeit gezielt berücksichtigt und gefördert (Deber et al., 2005).

Dieses Rollenverständnis des Gegenübers ist eine wichtige Grundlage des vorliegenden Buches. Ob die Person aber nun als Patient oder Klient bezeichnet wird, erscheint eher von untergeordneter Wichtigkeit. Selbst Carl Rogers als Begründer dieser Diskussion hat kurz vor seinem Lebensende festgehalten, dass die Begriffe «Patient» und «Klient» syno-

nym verwendet werden können. Wird im vorliegenden Buch von einem Gegenüber gesprochen, so wird dieses grundsätzlich als selbstbestimmtes Individuum verstanden. Mehrheitlich wird die Person als Klient bezeichnet, da sich dies innerhalb der Professionsgruppe eingebürgert hat. Beziehen sich jedoch die Ausführungen ausschließlich auf das stationäre Setting, wird die Person als Patient bezeichnet. Hier erscheint die Bezeichnung aufgrund der deutlich veränderten Rahmenbedingungen und einer damit einhergehenden Reduktion der Autonomie passender. Die Bezeichnung «Patient» wird aber auch hier so verstanden, dass dieser ein hohes Maß an Selbstbestimmtheit hat.

Kunde/Leistungsempfänger: Ein Kunde kann gleichgesetzt werden mit einem Käufer, der Leistungen eines Leistungserbringers in Anspruch nimmt und mit Geld als Gegenleistung entlohnt. Als Leistungsempfänger hat er eine klare Vorstellung davon, welche Leistung er beanspruchen will. Bei der Erbringung der Leistung nimmt der Kunde eine eher passiv geprägte Rolle ein. Bei der Leistungserbringung nimmt er, orientiert an seinen Bedürfnissen, eine steuernde Rolle ein (Deber et al., 2005).

Die Bezeichnung «Kunde» beschreibt eine marktbezogene Auffassung der Beratungsbeziehung. Im Gesundheitswesen ist vermehrt die Tendenz erkennbar, die Leistungsempfänger als Kunden zu bezeichnen. Dabei wird dem Kunden eine hohe Kompetenz zugesprochen, die eigenen Bedürfnisse klar benennen und die Leistungen unter einer Kosten-Nutzen-Rechnung angemessen beurteilen zu können. Unter dem Gesichtspunkt der eher passiven Rolle bei der Erbringung der Leistungen und der hohen Gewichtung einer marktbezogenen Sichtweise kann der Begriff «Kunde» in einer therapeutischen Beziehung kritisch betrachtet werden.

Konsument: Der Begriff «Konsument» kann ähnlich wie der Begriff «Kunde» verstanden werden, ist jedoch noch stärker mit einer passiven Rolle des Klienten assoziiert, da dieser die Leistungen nur konsumiert und nicht zwingend einen spezifischen Auftrag mitbringt. Die Leistungen in einer ernährungstherapeutischen Beziehung müssen jedoch gemeinsam erarbeitet werden, daher wird dieser Begriff abgelehnt.

sen laut Sutter (2002) die unterschiedlichsten Bereiche:

- Stoffwechselerkrankungen
- Erkrankungen des Verdauungstraktes
- Nierenerkrankungen
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen
- Übergewicht/Adipositas
- Protein-Energie-Malnutrition
- Essstörungen
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- maligne Erkrankungen
- neurologische Erkrankungen.

Bei näherer Betrachtung fällt auf, dass es sich relativ häufig um chronische Erkrankungen handelt. Die ernährungstherapeutische Fachperson wird somit im Arbeitsgebiet einer «Clinical Dietitian» vermehrt chronisch erkrankte Menschen betreuen. Je nach Erkrankung des Klienten wird der Erstkontakt mit einer ernährungstherapeutischen Fachperson eher im ambulanten oder im stationären Setting erfolgen. Als Beispiel betrachten wir die zwei Themen «Übergewicht» und «Mangelernährung»:

- Der Erstkontakt mit einem übergewichtigen Klienten wird tendenziell eher im ambulanten Setting erfolgen. Übergewicht (ohne Begleiterkrankungen) führt meist nicht direkt zu einem akuten Ereignis. Diese Personen treten motiviert durch ein Risikoprofil oder aufgrund ästhetischer Gründe in Kontakt mit einer ernährungstherapeutischen Fachperson.
- Ein mangelernährter Klient wird demgegenüber eher im stationären Setting mit einer ernährungstherapeutischen Fachperson in Kontakt kommen. Mangelernährung kann bei verschiedenen akuten Ereignissen ein Begleiterkrankung sein, die mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko assoziiert ist (Keller et al., 2006). Die Problembewusstheit von Seiten der betreuenden Fachpersonen ist meist relativ gut, daher wird eine Mangelernährung mittlerweile in vielen Institutionen standardisiert erfasst und bei auffälligen Resultaten an die ernährungstherapeutische Fachperson überwiesen.

Bezogen auf die Lebensspanne eines Klienten können die Übergänge zwischen ambulantem und stationärem Setting fließend sein. Findet ein Erstkontakt im stationären Setting statt, so muss die ernährungstherapeutische Betreuung meist über den Klinikaufenthalt hinweg sichergestellt werden. Dazu ist es eventuell notwendig, weitere ambulante Beratungsgespräche nach der Entlassung zu vereinbaren oder die weiterführende ernährungstherapeutische Betreuung in einem Rahmen außerhalb der Organisation zu organisieren. Zudem muss davon ausgegangen werden, dass die Person nach einem gewissen Zeitraum mit der gleichen oder einer neuen Diagnose wiederum hospitalisiert wird. Entsprechend müssen die Interventionen so dokumentiert werden (s. Kap. 7.4), dass in einer zukünftigen Therapiesituation darauf zurückgegriffen werden kann. Die so berücksichtigte weiterführende Perspektive der Betreuung kann als wichtiges Qualitätsmerkmal der ernährungstherapeutischen Praxis bezeichnet werden.

Zum besseren Verständnis kann die Beratungsbeziehung zwischen Klient und ernährungstherapeutischer Fachperson in Betreuungszyklen unterteilt werden. Die einzelnen Betreuungszyklen umfassen mindestens eines, meist aber mehrere zeitlich gestaffelte Beratungsgespräche. Die Dauer eines einzelnen Betreuungszyklus ist somit nach unten wie oben begrenzt. Die untere Grenze wird durch die für die Auseinandersetzung benötigte Zeit mit der fall- und fachspezifischen Situation begründet und die obere Grenze durch einen bewusst gestalteten Endpunkt (s. **Abb. 1-1**).

Nach schweizerischem Recht ist die Ernährungsberatung eine ärztlich zu verordnende Leistung. Entsprechend wird die ernährungstherapeutische Fachperson auf ärztliche Anordnung als Spezialistin für die Disziplin Ernährung und Diätetik in die Betreuung eines Klienten involviert. Diese Überweisung erfolgt nicht immer auf dessen ausdrücklichen Wunsch. Die ernährungstherapeutische Fachperson muss die Veränderungsbereitschaft des Klienten beim ersten persönlichen Kontakt gezielt erfassen. Dadurch kann sie ihre Beratungsleistungen auf die Be-

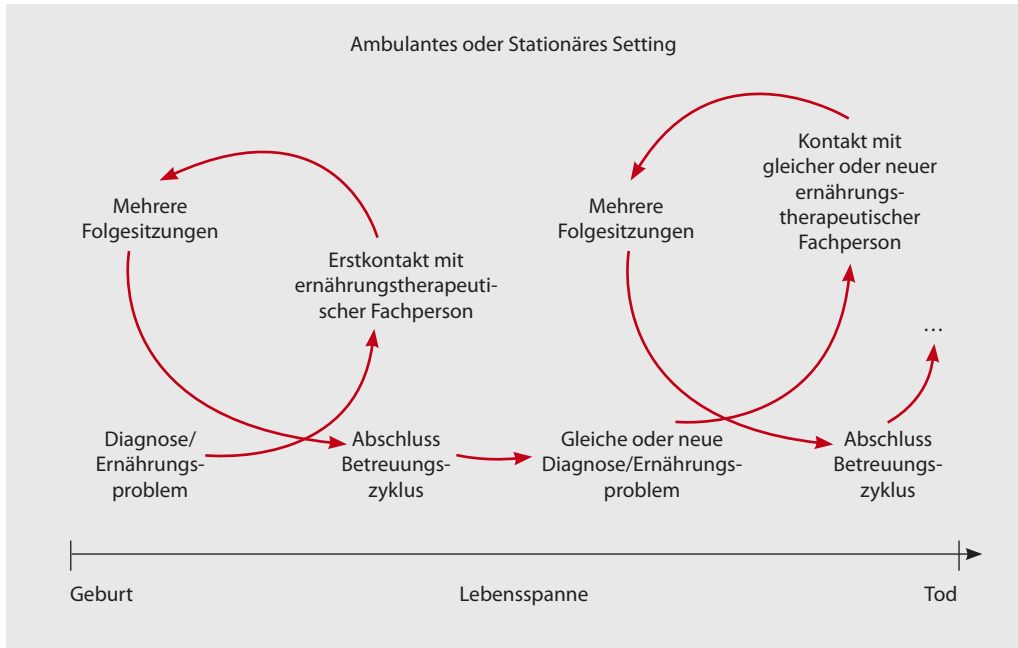


Abbildung 1-1: Betreuungszyklen von ernährungstherapeutischen Fachpersonen (Quelle: eigene Darstellung)

dürfnisse des Klienten ausgerichtet erbringen. Dieser soll therapeutisch begründet bei der Lösung von Ernährungsproblemen angeleitet und unterstützt werden. Die Auftragserteilung kann aber auch über andere Zugangswege erfolgen: automatisiert aufgrund auffälliger Screeningresultate oder angestoßen durch die Eigeninitiative des Klienten.

Durch institutionalisierte Screeningverfahren zur Erkennung eines potenziellen Ernährungsproblems können auffällige Resultate zu einer automatisch ausgelösten, ärztlich angeordneten Auftragserteilung führen. Der Anteil veränderungswilliger Personen kann bei diesem Zugangsweg je nach Diagnose stark variieren. Bei mangelernährten, hospitalisierten Personen wird die Bereitschaft, ernährungstherapeutische Maßnahmen umzusetzen, tendenziell höher sein als bei stationär erfassten auffälligen Blutzuckerwerten. Der Nutzen der ernährungstherapeutischen Interventionen bei mangelernährten Patienten kann relativ einfach begründet werden, die Maßnahmen zur Veränderung des Ernährungsverhaltens sind relativ einfach umsetzbar. Ein positiver

Effekt dieser Veränderungen ist meist innerhalb kürzester Zeit zu erwarten. Bei Mangelernährung darf zudem von einem erhöhten Leidensdruck auf Seiten des Klienten ausgegangen werden. Das Bewusstsein für ein Ernährungsproblem ist dabei meist geschärft, wodurch sich die Bereitschaft erhöht, diesen Veränderungsprozess in Angriff zu nehmen. Dies muss aber nicht immer so sein. Bei schlecht ausgeprägter Problembewusstheit und nur geringem Leidensdruck kann die Änderungsmotivation eventuell gegen null tendieren (s. Kap. 11). Bei einer standardisierten Erfassung auffälliger Blutzuckerwerte und einer automatisch ausgelösten Überweisung zur Ernährungsberatung muss wahrscheinlich vermehrt mit Klienten gerechnet werden, die nur ein geringes Bewusstsein für ein Ernährungsproblem und somit nur eine geringe Veränderungsbereitschaft mitbringen. Der Nutzen der ernährungstherapeutischen Interventionen kann auch hier relativ einfach begründet werden. Die Effekte der Veränderungen treten jedoch zeitlich verzögert auf und sind eventuell nur schwer greifbar. Zudem wird der Leidensdruck aufgrund der veränderten Labor-

werte meist nur unwesentlich sein. Somit muss vermehrt mit einer schlecht ausgeprägten Änderungsmotivation gerechnet werden. Dies muss aber auch hier nicht zwingend so sein.

Eine Anmeldung zur Ernährungsberatung kann aber auch auf eigene Initiative des Klienten erfolgen. Dabei sucht eine Person gezielt die Unterstützung durch eine ernährungstherapeutische Fachperson, um ein Ernährungsproblem zu lösen. Das Problembewusstsein wird dabei meist relativ gut ausgeprägt sein. Zudem ist die Motivation so hoch, dass mit der Anmeldung zu einer Ernährungsberatung bereits erste Schritte zur Veränderung eines problematischen Ernährungsverhaltens in Angriff genommen wurden.

In diesen Ausführungen über unterschiedliche Zugangswege in die Ernährungsberatung wird die Erfassung der Veränderungsbereitschaft als wichtiger Aspekt der ernährungstherapeutischen Betreuung deutlich. Die ernährungstherapeutische Fachperson ist somit stark gefordert, ihre Handlungen ausgerichtet auf die Bedürfnisse und den Veränderungsprozess des Klienten zu gestalten (s. Kap. 2.1 und 11.2.4).

Nach diesen Ausführungen zum Berufsfeld «Clinical Dietitian» soll dieses nun genauer betrachtet werden. Ausgehend von einer Analyse des Berufsfeldes wird der therapeutisch geprägte Arbeitsprozess erörtert. Dazu werden die bereits angesprochenen Fragen diskutiert und so gut wie möglich geklärt:

- Woran sind die Tätigkeiten einer ernährungstherapeutischen Fachperson erkennbar?
- Welches Bezugswissen ist notwendig, damit die Tätigkeiten fachlich fundiert durchgeführt werden können?
- Wie kann das Wissen situationsgerecht angewendet werden?
- Wie wird ein therapeutisch geleitetes (Ernährungs-)Beratungsgespräch strukturiert?
- Welche Rolle nimmt die ernährungstherapeutische Fachperson bei dieser Interaktion ein?

Ziel ist es, das Arbeitsgebiet möglichst klar zu beschreiben und zu analysieren. Je klarer die Tätigkeiten einer Profession beschrieben werden können, desto besser gelingt es, den Stellenwert dieser Profession zu festigen. Zudem können

hilfreiche fachdidaktische Ansätze nur aufgrund klar definierter Handlungsfelder abgeleitet werden.

1.4 Die Tätigkeiten im Arbeitsfeld «Clinical Dietitian»

Wie zuvor angesprochen ist die Frage, woran die Tätigkeiten einer ernährungstherapeutischen Fachperson im Arbeitsgebiet der «Clinical Dietitian» erkennbar sind, von zentraler Bedeutung. Ausgehend von der Begriffsdefinition des Handelns geht dieses Kapitel der Frage auf den Grund wie die Tätigkeiten beschrieben werden können. Die Handlungen der ernährungstherapeutischen Fachpersonen sind durch kommunikative und kognitive Tätigkeiten gekennzeichnet. Eine Fachperson muss ihr Wissen über Ernährung und Diätetik so verfügbar haben, dass sie ein therapeutisch geleitetes Beratungsgespräch gestalten kann. Die zugrunde liegenden kommunikativen und kognitiven Tätigkeiten werden anschließend zum besseren Verständnis eingehend beleuchtet. Zudem wird auf die Bedeutung der Metakognition zur Lenkung der kommunikativen und kognitiven Tätigkeiten eingegangen.

1.4.1 Der Handlungsbegriff

Das berufliche Handeln ernährungstherapeutischer Fachpersonen ist eine gezielte und bewusste Tätigkeit und grenzt sich dadurch von «Verhalten» und «Tun» ab. Wahl (2006: 16) hat diese Abgrenzung zwischen Handeln, Verhalten und Tun für den Bereich der Pädagogik eingeführt:

- Gezielte und bewusste Handlungen weisen einen hohen Grad an Reflexivität und Bewusstheit auf (Edelmann/Wittmann, 2012: 76). Flexible Handlungskonzepte werden durch den bewussten Einsatz der Handlungen zur Zielerreichung, das Abwägen von Handlungsalternativen, das Erkennen eines subjektiven Sinns in der Handlung und die persönliche Verantwortlichkeit für die Handlung gefestigt. Verantwortliches, rationales, flexibles und effi-

zientes Handeln erfordert somit ein hohes Maß an bewusster Kontrolle. Von Handeln soll gesprochen werden, wenn eine Entscheidung zwischen Handlungsalternativen oder die Entwicklung eines antizipatorischen, flexiblen Handlungskonzepts im Vordergrund steht. Die Innensteuerung nimmt dabei eine zentrale Rolle ein. Gezieltes und bewusstes Handeln stellt im menschlichen Leben eher eine Seltenheit dar (Edelmann/Wittmann, 2012: 170).

- Verhalten kann demgegenüber als gewohnheitsmäßiges Tun beschrieben werden. Dieses ist zwar motiviert und zielgerichtet, aber eng an bestimmte Situationen gebunden und daher relativ starr (Edelmann/Wittmann, 2012: 77). Es läuft häufig mit einem Minimum an bewusster Kontrolle ab. Eine Tätigkeit kann somit als Verhalten bezeichnet werden, wenn sie im Wesentlichen von den tatsächlich auftretenden oder antizipierten Konsequenzen gesteuert wird. Verhalten wird demnach stark durch äußere Faktoren beeinflusst. Die Mehrheit der alltäglichen Tätigkeiten läuft nur mit einer geringen bewussten Steuerung ab und gehört demnach in die Kategorie Verhalten.
- Tätigkeiten sind die Bezeichnung für menschliche Aktivitäten (Gudjons, 2008: 46). Sie können den Charakter bewussten Handelns oder unbewussten Verhaltens aufweisen (Edelmann/Wittmann, 2012: 170). Werden die Aktivitäten der ernährungstherapeutischen Fachperson als Tätigkeiten bezeichnet, ist eher ein planvolles und bewusstes Handeln gemeint, wie es zuvor erläutert wurde.

Das Verhältnis zwischen Handeln und Verhalten kann auch als Kontinuum zwischen Innen- und Außensteuerung aufgefasst werden (s. **Abb. 1-2**). Eine Abgrenzung der beiden Begrifflichkeiten ist dementsprechend nur schwer durchführbar. Einerseits kann unbewusstes Verhalten in bestimmten Situationen sehr bewusst ablaufen. Andererseits wird aber auch bewusstes Handeln mit zunehmenden Wiederholungen und den dadurch zunehmenden spezifischen Erfahrungen so gefestigt, dass der nötige Bedarf an bewusster Kontrolle abnimmt. Es bilden sich zunehmend

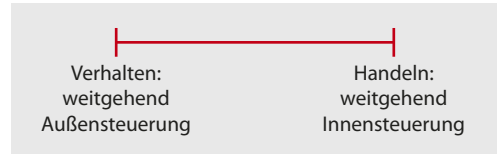


Abbildung 1-2: Kontinuum von Verhalten und Handeln (Quelle: Edelmann/Wittmann, 2012: 170)

Gewohnheiten aus, wodurch sich planvolles Handeln zu Verhalten entwickelt (Edelmann/Wittmann, 2012: 170).

Die Tätigkeiten der ernährungstherapeutischen Fachpersonen im Sinne einer bewussten und zielgerichteten Handlung laufen organisiert nach bestimmten Strukturen und Prozessverläufen ab. Das *Modell der vollständigen Handlung* beschreibt folgende Teilschritte einer planvollen Handlung: Antizipation, Realisation und Handlungskontrolle (s. **Abb. 1-3**) (Gudjons, 2008: 48). Diese Teilschritte sind im Sinne eines Regelkreislaufs voneinander abhängig, wobei dieser nicht linear sein muss, Schritte übersprungen werden oder sich auch wiederholen können.

Diese grundsätzliche Auseinandersetzung mit dem menschlichen Handeln bildet eine wichtige Grundlage, um die Tätigkeiten ernährungstherapeutischer Fachpersonen zu beschreiben. Besonders in Kapitel 11 werden diese ausführlicher mit dem Berufsfeld der ernährungstherapeutischen Fachpersonen verknüpft.

1.4.2 Handlungsregulation

Gezielte und bewusste Handlungen laufen also organisiert nach einem bestimmten Prozess ab. Dabei spielt die Innensteuerung eine zentrale Rolle (Edelmann/Wittmann, 2012: 177). Bewusste Handlungen beruhen somit einerseits auf Wissen und Können. Andererseits beeinflussen Aspekte wie Emotionen, Motive, Normen oder Werte die handelnde Person (Edelmann/Wittmann, 2012: 173; Widulle, 2009: 24). Insofern reagieren Handelnde zwar aufgrund ihres Wissens und Könnens auf eine bestimmte Situation, können dabei aber durch aktuelle Emotionen und die eigenen Motive, Normen und Werte entschei-

dend beeinflusst werden. Sie erarbeiten für sich einen Handlungsplan. Dieser umfasst Vorstellungen über die anzustrebenden Ziele und Überlegungen, wie diese Ziele erreicht werden können, und ist von vielen unbekanntem Variablen abhängig (s. **Abb. 1-4**). Somit kann der Plan als Vorwegnahme oder Antizipation der Handlung verstan-

den werden, welche die Durchführung der eigentlichen Tätigkeit steuert (Edelmann/Wittmann, 2012: 173). Bei sozialen Handlungen wird von diesen Handlungsplänen eine große Flexibilität verlangt, weil das Gegenüber nicht immer vorhersehbar agiert und reagiert und die eigenen Handlungen daran angepasst werden müssen.

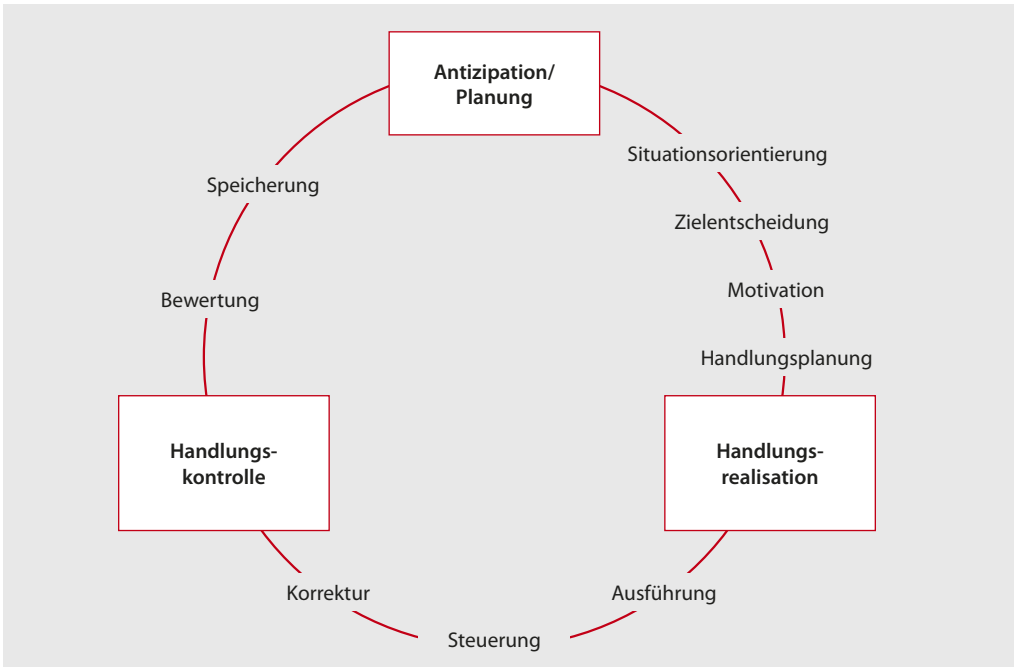


Abbildung 1-3: Modell der vollständigen Handlung (Quelle: Gudjons, 2008: 46)

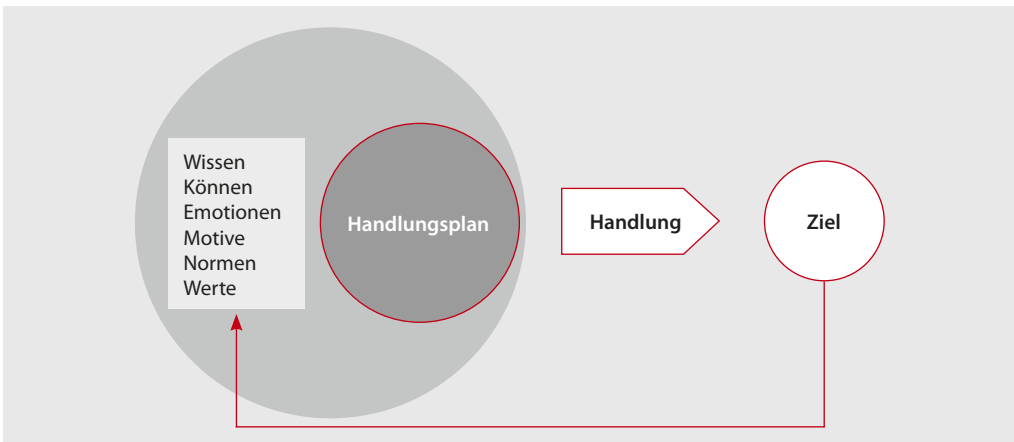


Abbildung 1-4: Schematische Darstellung einer Handlung (Quelle: mod. nach Edelmann/Wittmann, 2012: 173)

Die erneute Reaktion des Gegenübers auf die Handlung liefert Hinweise, wie adäquat die Handlungen waren. Diese Erkenntnisse werden als Erfahrungswissen gespeichert und bei zukünftigen (gleichen) Tätigkeiten wieder hervorgeholt und angewendet. Mit wachsendem Erfahrungswissen können die Handlungen allmählich sicherer und routinierter erledigt werden. Hier zeigt sich wiederum, dass mit steigender Routine weniger Bedarf an kognitiver Steuerung besteht. Je häufiger die Tätigkeiten durchgeführt werden, desto ausgeprägter ist das Erfahrungswissen und desto routinierter können die Tätigkeiten durchgeführt werden. Situationen können zusehends gezielter und exakter erfasst und auf Probleme analysiert werden. So entwickeln sich sogenannte Handlungsprototypen, die das Handeln der Fachperson immer sicherer leiten und das erfolgreiche Meistern der Situation unterstützen. *Hans Aebli (1980)* formuliert dies auf seine Weise:

Indessen ergibt schon eine oberflächliche Betrachtung des Menschen, dass im Strome seiner Handlungen Wiederholungen vorkommen. Zwar steigt man nie zweimal in den gleichen Fluss. Indessen: die Badeszenen gleichen sich! (*Aebli, 1980: 83*)

Eine Handlungssituation kann als Verzahnung von Situationsauffassung und Handlungsauffassung verstanden werden (Wahl, 2006: 26).

Mit «Situationsauffassungen» sind dabei die individuellen Sichtweisen einer Person bezüglich der spezifischen Situation gemeint: Wie beurteilt sie diese, wie nimmt sie diese wahr? «Handlungsauffassung» hingegen ist eine Bezeichnung für die individuelle Auffassung, welche Handlungen in der aktuellen Situation möglich und angebracht sind. Menschen können situationsbezogen auf eine oder mehrere Handlungsmöglichkeiten zurückgreifen, die als Handlungsprototypen bezeichnet werden. Anders ausgedrückt: Menschen rufen passend zu bestimmten Situationsprototypen entsprechende Handlungsprototypen oder Handlungsmöglichkeiten ab (s. **Abb. 1-5**).

Aufgrund unserer begrenzten kognitiven Kapazität in einer Situation haben wir pro Situationsprototyp nur eine beschränkte Anzahl Handlungsprototypen zur Verfügung. Durch diese Vereinfachung der Realität werden Situationen überhaupt erst bearbeitbar. Wahl spricht von maximal sechs unterschiedlichen Handlungsprototypen, in vielen Situationen haben Menschen aber sogar nur einen einzigen zur Verfügung (Wahl, 2006).

Die Theorie der Handlungsregulation bilden für ernährungstherapeutische Fachpersonen eine wichtige Grundlage, um ein Beratungsgespräch gezielt gestalten zu können. In Kapitel 10

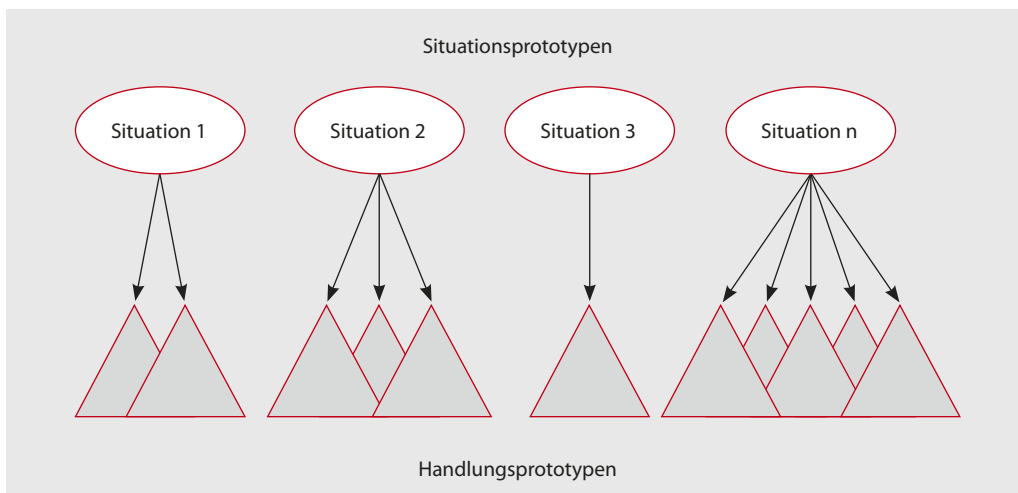


Abbildung 1-5: Situations- und Handlungsprototypen beim menschlichen Handeln (Quelle: Wahl, 2006: 25)

werden diese Grundlagen ausführlicher mit dem Berufsfeld der ernährungstherapeutischen Fachperson verknüpft.

1.4.3 Soziales Handeln

Nach dieser eher grundsätzlichen Auseinandersetzung mit dem Handeln und der Handlungsregulation soll nun das Berufsfeld der ernährungstherapeutischen Fachperson auf Tätigkeiten hin analysiert werden. Diese beinhalten vor allem die Durchführung eines therapeutisch geleiteten Beratungsgesprächs (**Kasten 1-4**). Die Rolle der ernährungstherapeutischen Fachperson zeichnet sich dabei besonders durch die Interaktion mit einem Gegenüber aus, das von der ernährungstherapeutischen Fachperson Unterstützung in seinen Anliegen und Fragen zur Ernährung erwartet.

Wesentliche Merkmale der Tätigkeiten der ernährungstherapeutischen Fachperson sind also die Interaktion und die Kommunikation mit einem Gegenüber. Sie können somit als soziales Handeln bezeichnet werden (von Cranach/Bangerter, 2000: 242; Widulle, 2009: 32). Wahl (1991) prägte in diesem Zusammenhang den Begriff «Interaktionshandeln» und beschrieb es als Handeln unter Druck, weil die Problemstellungen beim Interaktionshandeln äußerst komplex sind, während die Zeit für eine fundierte Entscheidungsfindung häufig knapp ist. Die ernährungstherapeutische Fachperson muss in kürzester Zeit Probleme erfassen und therapeutisch angezeigte Entscheidungen treffen. Dabei nimmt die Anzahl verfügbarer Handlungsprototypen mit steigender Komplexität einer Situation ab (s. Kap. 1.4.2 Handlungsregulation). Zudem kann unter Zeitdruck theoretisches Wissen schlechter abgerufen werden (Wahl, 2006: 26), daher greifen Personen beim Interaktionshandeln unter Druck vermehrt auf biografisch erworbenes Wissen zurück, das oft nicht theoriegeleitet ist. Diese Art von Handlungsprototypen wird subjektive Theorien kurzer Reichweite genannt und ist häufig sehr stabil und nur schwer veränderbar. Eine ernährungstherapeutische Fachperson benötigt also gut ausgebildetes und reflektiertes Erfahrungswissen, das in Form verdichteter und gut

Kasten 1-4: Unterschied zwischen Therapie und Beratung

In der Literatur wird verschiedentlich die Unterscheidung zwischen Therapie und Beratung diskutiert (Gölz, 1997; Grawe et al., 2001; Merkle/Knopf, 2005; Metz, 1988; Pudiel/Westenhöfer, 1991). In dieser Diskussion wird Therapie meist als Betreuung von Kranken und Beratung als Betreuung von Gesunden verstanden. In Deutschland wurde diese Abgrenzung in einer Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung für den Bereich der ernährungstherapeutischen Fachpersonen schriftlich festgehalten (Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung, 2014).

Da jedoch die Grenze zwischen gesund und krank fließend ist, ist eine klare Abgrenzung nicht immer möglich. Es ist fraglich, ob diese eher linguistisch geprägte Auseinandersetzung für die Beschreibung der Tätigkeiten ernährungstherapeutischer Fachpersonen tatsächlich zielführend ist, zumal die Schlussfolgerungen häufig darauf hinauslaufen, dass zwar eine subjektive Unterscheidung wahrgenommen wird, aber keine trennscharfe Abgrenzung vorgenommen werden kann (Merkle/Knopf, 2005: 24–28).

Im vorliegenden Buch werden die Begriffe «Therapie» und «Beratung» für das Arbeitsgebiet «Clinical Dietitian» als voneinander abhängig verstanden: Eine fundierte Beratung erfordert therapeutisch geleitete Entscheidungen, wobei die Therapie an der entsprechend geleiteten Beratung deutlich wird.

Die Beratung entspricht somit der Interaktion mit dem Gegenüber, während die Therapie eher den Gesprächsinhalt bezeichnet.

verknüpfter Netzwerke verfügbar sein muss, wie im Detail in den Kapiteln 3.2 und 4.4.1 beschrieben wird. Dieses reflektierte Erfahrungswissen in Form von Netzwerken ist die Grundlage, um auch während der Interaktion flexibel, situationsgerecht und sicher auf das Wissen zugreifen zu können. Aufgrund dieser Routine kann die bewusste Handlungssteuerung entlastet und flexibler auf Unvorhergesehenes reagiert werden (Widulle, 2009: 28).

Das Interaktionshandeln wird durch beide Gesprächspartner gleichermaßen beeinflusst, wobei sich diese wiederum gegenseitig beeinflussen. Dieser Aspekt trägt dazu bei, dass solche Situationen sehr komplex sind. Ein bewusstes Handeln ist aufgrund der unterschiedlichen Einflussfaktoren in der Gesprächssituation und der Ergebnisoffenheit der Beratungsbeziehung meist nur schwer umsetzbar (Hochuli Freund/Stotz, 2013: 54). Man reagiert quasi rekursiv auf die Reaktionen des Anderen. Mit diesen Eigenschaften entsprechen die Tätigkeiten beim sozialen Handeln im Verständnis von Edelmann und Wittmann (2012: 77) meist eher dem Verhalten als dem bewussten Handeln. Dieses während der Aktivität bewusst beeinflussen zu können, gilt als höchst anspruchsvoll bis fast unmöglich (Henninger/Mandl, 2000; Lunney et al., 2007; Wahl, 2006; Widulle, 2009). Um in solchen Situationen besser handlungsfähig zu werden, müssen die implizit leitenden Verhaltensmuster auf eine der Bearbeitung zugängliche Ebene gebracht werden. Dies kann durch eine bewusste Auseinandersetzung mit der Tätigkeit möglichst zeitnah nach der Handlung erreicht werden (s. Kap. 1.4.4.3 und Kap. 5).

Beim Interaktionshandeln werden in erster Linie personenbezogene Dienstleistungen vollbracht. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass weder reale noch materielle Güter produziert werden, sondern die Dienstleistung im Moment der Interaktion im Gespräch entsteht und sich untrennbar auf eine Person bezieht (Hochuli Freund/Stotz, 2013: 54). Das Ergebnis dieser Handlungen ist somit nur schwer feststellbar. Entsprechend sind Professionen, bei denen das Interaktionshandeln den Kern der beruflichen Tätigkeiten ausmacht, speziell gefordert, ihre Handlungen sichtbar zu machen und erzielte Resultate gegen außen zu kommunizieren. Ernährungstherapeutische Fachpersonen wenden weder medikamentöse noch manuelle Therapien an, um ihr Gegenüber bei der Lösung von Ernährungsproblemen zu unterstützen. Sie sind auf die Sprache angewiesen, um therapeutische Ergebnisse zu erzielen. Die Handlungen der ernährungstherapeutischen Fachpersonen werden somit an deren kommunikativen Tätigkeiten

deutlich. Die kommunikativen Tätigkeiten werden durch vielfältige kognitive Prozesse gelenkt. Aufgrund der kognitiven Steuerung können ernährungstherapeutische Fachpersonen therapeutisch begründete und gelenkte Beratungsgespräche durchführen. Kommunikative und kognitive Tätigkeiten können somit als zentrales Merkmal der Handlungen ernährungstherapeutischer Fachpersonen bezeichnet werden, daher werden diese in den folgenden Kapiteln eingehender betrachtet.

1.4.4 Kognitive Handlungen

Wie in Kapitel 1.4.2 angesprochen wird die Durchführung von Tätigkeiten durch (meist kognitiv repräsentierte) Handlungspläne gesteuert. Dabei laufen vielfältige kognitive Prozesse ab. Deren Qualität wird letztlich an der situationsangepassten und theoriegeleiteten Steuerung des Beratungsgesprächs und somit an den kommunikativen Tätigkeiten deutlich. Denken und Sprache sind beim Menschen eng verknüpft, daher fällt eine klare Trennung schwer. Da das Denken jedoch nicht notwendigerweise auf die Sprache angewiesen ist (Strube/Herrmann, 2006), erscheint diese Unterscheidung wichtig für die Analyse der Tätigkeiten ernährungstherapeutischer Fachpersonen. Während des therapeutischen Handelns laufen viele Denk- und Entscheidungsprozesse ab, die nicht von außen beobachtet werden können, sondern bewusst oder unbewusst im Gehirn stattfinden.

Funke (2003: 22) schreibt dem problemlösenden Denken eine wichtige Schlüsselstellung der Handlungsregulation zu. Menschliches Handeln wird in diesem Verständnis durch problemlösendes Denken kontrolliert. Dabei definiert er problemlösendes Denken als einen Sonderfall des geordneten oder planvollen Denkens. Weitere Formen des Denkens sind analytisches und synthetisches, konvergentes und divergentes sowie schlussfolgerndes Denken (vgl. Funke, 2003; Klemme/Siegmann, 2006). Die Gesamtheit des Denkens kann auch Kognition genannt werden und ist ein wichtiger Bestandteil therapeutischer Tätigkeiten (Klemme/Siegmann, 2006: 15).

In den folgenden Kapiteln wird im Detail auf problemlösendes Denken, therapeutische Entscheidungen und metakognitive Handlungen eingegangen.

1.4.4.1 Problemlösendes Denken

Problemlösen ist ein Sonderfall des bewussten und gezielten Handelns, bei dem das Ziel aufgrund eines Hindernisses nicht auf direktem Weg erreichbar ist (Edelmann/Wittmann, 2012: 179). Nach Dörner (1979) kann ein Problem wie folgt definiert werden:

Ein Individuum steht einem Problem gegenüber, wenn es sich in einem inneren oder äußeren Zustand befindet, den es aus irgendwelchen Gründen nicht für wünschenswert hält, aber im Moment nicht über die Mittel verfügt, um den unerwünschten Zustand in den wünschenswerten Zustand zu überführen. (Dörner, 1979: 109)

Probleme können somit als Abweichung eines Ist-Zustands von einem Soll-Zustand bezeichnet werden (Opwis et al., 2006) (**Kasten 1-5**). Funke (2003) ging in seinen Ausführungen noch weiter und hielt fest, dass Probleme entstehen, weil Menschen Ziele verfolgen. Er bezeichnete problemlösendes Denken als Teil der menschlichen Handlungsregulation in Situationen, in denen Hindernisse den Weg zu diesem Ziel versperren und zielführende Aktionen überdacht werden müssen (Funke, 2003: 38). Dabei müssen Lösungsstrategien durch Denkvorgänge entwickelt werden (Klemme/Siegmann, 2006: 16).

Edelmann und Wittmann (2012: 179) unterscheiden ein Problem von einer Aufgabe. Dabei gehen sie davon aus, dass eine Person bei der Lösung einer Aufgabe auf erworbene Regeln zu-

rückgreift und das Ziel auf (mehr oder weniger) direktem Weg erreichen kann. Fehlen diese Regeln, kann von einem Problem gesprochen werden. Ausgehend von subjektiven Erfahrungen ist die Wahrnehmung, wann eine Situation als Problem beurteilt wird, von Person zu Person unterschiedlich (s. **Abb. 1-6**).

Damit eine Person mögliche Lösungswege identifizieren kann, muss der Problemraum eingehend analysiert und das angestrebte Ziel geklärt werden. Dazu müssen sämtliche Teilaspekte des Problems erfasst, geordnet und ausgewertet werden, um Ursachen des Problems erkennen zu können. Daraus lassen sich Lösungsstrategien ableiten. Somit geht es beim Problemlösen um eine Problemtransformation in Richtung Lösung (Edelmann/Wittmann, 2012: 191). Diese Transformation kann durch unterschiedliche Formen des problemlösenden Denkens stattfinden:

- *Problemlösen durch Versuch und Irrtum:* Sukzessiv werden mögliche Hypothesen geprüft.
- *Problemlösen durch Umstrukturieren:* Die Lösung des Problems stellt sich nach einer sehr guten Situationsanalyse fast von selber ein.
- *Problemlösen durch Anwendung von Strategien:* Die Lösung besteht aus einer längeren Kette von Entscheidungen.
- *Problemlösen durch Kreativität:* Die Lösung taucht spontan als Inspiration auf.
- *Problemlösen durch Systemdenken:* Ausgehend von Erfahrungen bei der Lösung anderer Probleme können Ähnlichkeiten erkannt und ein erfolgreicher Transfer einer Lösung durchgeführt werden.

Edelmann und Wittmann (2012: 191) haben ausgehend von den zentralen Merkmalen dieser unterschiedlichen Formen des problemlösenden Denkens versucht, ein allgemeines Modell des Ablaufs eines Problemlöseprozesses zu entwickeln (s. **Abb. 1-7**).

Problemlösende Denkprozesse bilden einen wichtigen Teil der kognitiven Tätigkeiten ernährungstherapeutischer Fachpersonen bei der Interaktion mit einem Klienten. Die Problemstellungen, die sie dabei bearbeiten müssen, sind laut Wahl (1991: 10) häufig:

Kasten 1-5: Definition eines Problems

Ein Problem ist durch drei Komponenten gekennzeichnet (Edelmann/Wittmann, 2012: 179):

- unerwünschter Ausgangszustand
- erwünschter Zielzustand
- Hindernis, das die Überführung des Anfangszustands in den Zielzustand im Augenblick verhindert.

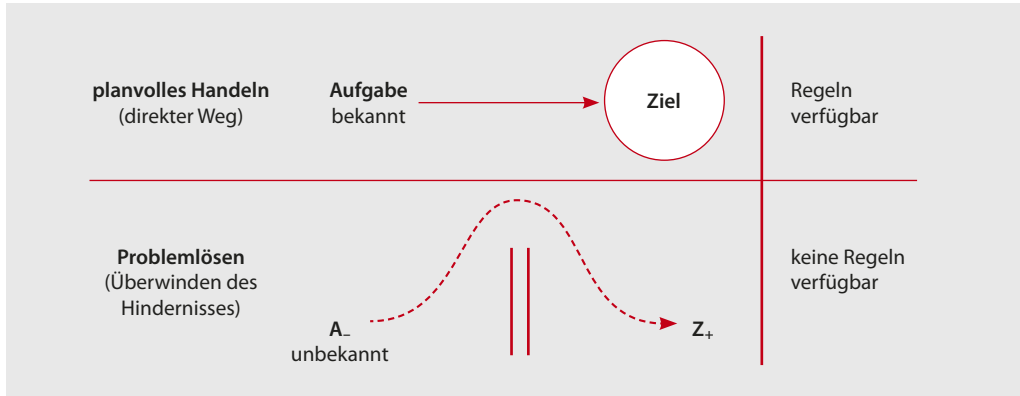


Abbildung 1-6: Verhältnis von Aufgabe und Problem (Quelle: mod. nach Edelmann/Wittmann, 2012: 179)

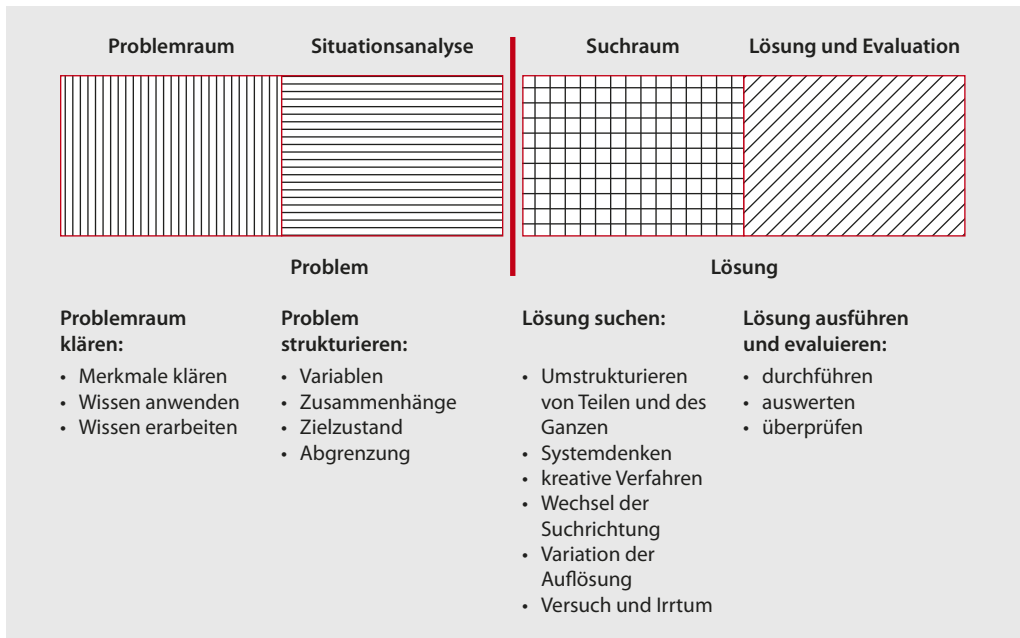


Abbildung 1-7: Problemlöseprozess als stufenweise Umstrukturierung (Quelle: Edelmann/Wittmann, 2012: 191)

- komplex, das heißt auf verschiedenen Ebenen zu verstehen und zu behandeln
- interdependent, das heißt abhängig von Interaktionspartnern, anderen Personen und dem Umfeld
- teilweise intransparent, das heißt nur begrenzt einsehbar und verstehbar und ungewissheitsbelastet
- polytelisch, das heißt von vielen Zielen geprägt, die sich eventuell widersprechenden können
- eigendynamisch, das heißt durch das Tempo der Interaktion und unvorhergesehener Ereignisse geprägt
- mitgeprägt durch autonome Interaktionspartner mit eigenen Wahrnehmungen, Sichtweisen, Theorien und Werten.

Die Handlungssituationen ernährungstherapeutischer Fachpersonen bestehen somit aus sehr vielen, unterschiedlichen Variablen, die sich gegenseitig mehr oder weniger beeinflussen, wobei man meist nicht alles sieht, was man sehen möchte, und sich die Situationen von selbst weiterentwickeln können. Entsprechend anspruchsvoll ist eine umfassende Analyse dieser Problemsituationen.

Gute Problemlöser weisen nach Dörner (1979) die folgenden Merkmale auf:

- 1) *Umgang mit Komplexität*: Sie verfügen über einen relativ guten Überblick über die komplexe Problemsituation und schaffen es, die Struktur und Dynamik des Systems zu erfassen.
- 2) *spezifische intellektuelle Leistungsfähigkeit*: Die Intelligenz, wie sie in Intelligenztests gemessen wird, ist nicht von Bedeutung. Allerdings sind ein breit gefächertes Wissen und die Fähigkeit zur Analogiebildung wichtig. Die Möglichkeit, die Problemsituation zu strukturieren, bewirkt, dass die Person neuartigen Situationen nicht hilflos gegenübersteht.
- 3) *Entscheidungsfreudigkeit*: Es werden relativ viele Hypothesen gebildet und die daraus erarbeiteten Maßnahmen anschließend auf ihre Effizienz überprüft.
- 4) *Selbstsicherheit*: Gute Problemlöser haben die Fähigkeit, Unsicherheit zu ertragen, und die Bereitschaft, sich als falsch erweisende Hypothesen zu korrigieren. Sie tendieren wenig dazu, ein überzogen positives Bild der eigenen Kompetenz zu bewahren.
- 5) *Verantwortung und Stabilität des Handelns*: Das Problemlösen wird auch dadurch erreicht, dass das eigene Handeln kritisch reflektiert wird («Erst muss ich mich mit A beschäftigen, dann mit dem Problem B und dann darf ich nicht vergessen, mich um C zu kümmern»), Probleme nicht delegiert werden und nicht auf Nebenfragen ausgewichen wird. Sie verfügen über ausgeprägte Reflexionskompetenzen.

Eine zentrale Schwierigkeit beim Problemlösen ist dabei die Organisation des Lösungsprozesses, da in einer Problemsituation oft mehrere Pro-

blemlösehandlungen möglich sind (Opwis et al., 2006: 210). Entsprechend müssen sich ernährungstherapeutische Fachpersonen bei der Lösung von Problemen situationsabhängig für die beste Lösung entscheiden. Dabei müssen im Beratungsgespräch Entscheidungen für die eine und gegen eine andere Maßnahme getroffen und Kompromisse eingegangen werden.

1.4.4.2 Entscheiden

Therapeutische Prozesse benötigen neben analytischen auch synthetische Fähigkeiten (Klemme/Siegmann, 2006). Die vielfältigen Analyseergebnisse müssen im Sinne einer Synthese zusammengeführt, verknüpft oder vereinigt werden. Das Resultat dieser Synthese könnte in einem therapeutischen Prozess beispielsweise die Formulierung einer therapeutischen Diagnose oder einer angezeigten Intervention sein. Dabei greift eine Fachperson auf deduktive und induktive Denkstrategien zurück (Opwis et al., 2006):

- *deduktive Denkstrategien*: Ausgehend von allgemeingültigem Wissen werden Schlussfolgerungen für eine konkrete Situation hergeleitet.
- *induktive Denkstrategien*: Ausgehend von empirisch beobachteten Situationen werden mögliche Erklärungsansätze hergeleitet.

Bei der Synthese sollten ernährungstherapeutische Fachpersonen ausgehend von einer ersten Idee möglichst vielfältige Alternativen sammeln, um so letztlich die beste Lösung herauszukristallisieren (s. **Abb. 1-8**). Dabei ist zu beachten, dass in einer Problemsituation meist mehrere Problemlösehandlungen möglich sind (Opwis et al., 2006: 210) und die Fachpersonen in der Zusammenarbeit mit dem Klienten gefordert sind, die beste Lösung zu erkennen.

Beim problemlösenden Denken laufen somit (meist parallel) immer auch Entscheidungsprozesse ab. Ausgehend von der analytischen und synthetischen Auseinandersetzung mit den Problemen sind Fachpersonen gefordert, fachlich fundierte Entscheidungen zu treffen, die zur Lösung der Probleme beitragen. Da Problemlösen ein dynamischer Vorgang ist (Opwis et al., 2006: 210), muss sich eine ernährungstherapeutische Fachperson in der Interaktion mit dem

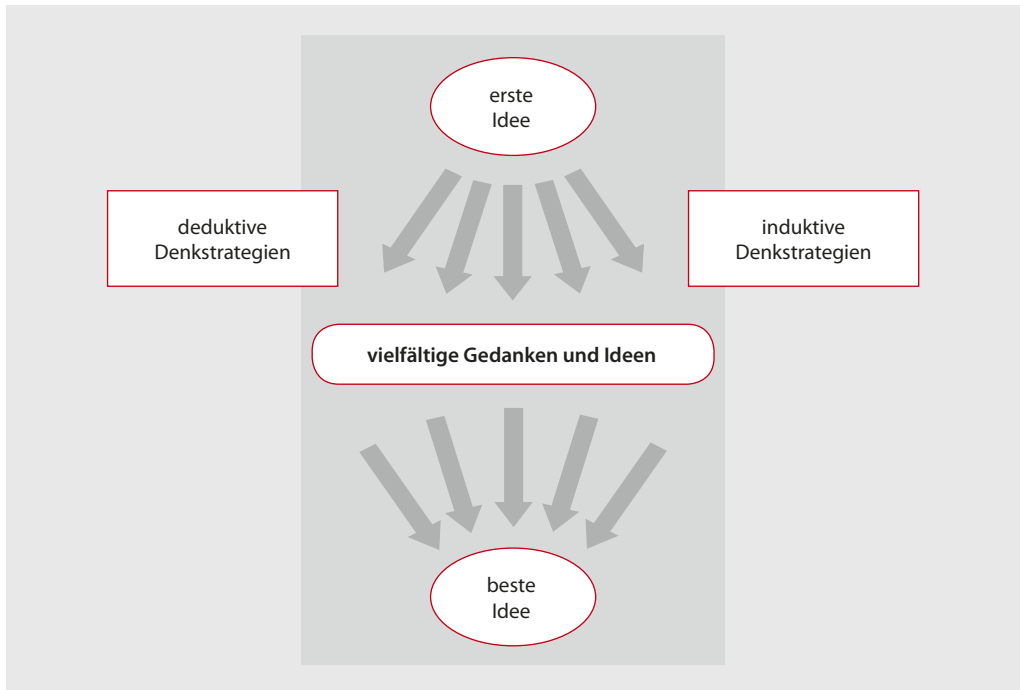


Abbildung 1-8: Entscheidungsfindung beim problemlösenden Denken (Quelle: Klemme/Siegmann, 2006:17)

Gegenüber fortlaufend für mögliche Problemlösehandlungen entscheiden. Dazu greift sie auf bisherige Erfahrungen zurück und nutzt diese gezielt, um Optimierungsmöglichkeiten – angepasst an erkannte Unterschiede zwischen Ist- und Soll-Zustand – herzuleiten. Bei der Beurteilung der verschiedenen Problemlösehandlungen sollte der zu erwartende Nutzen der verschiedenen Möglichkeiten berücksichtigt werden. Dabei werden die Entscheidungen aufgrund wissenschaftlich begründeter Theorien getroffen. In konkreten Berufssituationen wird jedoch häufig eher zu wenig in Wahrscheinlichkeiten gedacht und wissenschaftlich fundiertes Wissen nur ungenügend als Grundlage für Entscheidungen genutzt. Viel häufiger wird auf Erfahrungswissen zurückgegriffen, das bereits in einfachen Situationen meist nicht mit normativem Wissen übereinstimmt. In diesem Zusammenhang sei erneut auf die subjektiven Theorien kurzer Reichweite verwiesen (s. Kap. 1.4.3). Diese umfassen biografisch erworbenes Wissen und sind einerseits beim Handeln unter Druck

handlungsleitend, andererseits auch schwer veränderbar (Wahl, 2006: 17; 20).

Der Beitrag des Klienten zu diesen Entscheidungen wurde in diesem Kapitel nur am Rande besprochen, ist jedoch eine wichtige Voraussetzung, um ein Beratungsgespräch erfolgreich zu gestalten. In Kapitel 11 wird dieser Aspekt eingehender erörtert.

1.4.4.3 Metakognition

Denken kann als aktiver Prozess verstanden werden, der die Durchführung von Handlungen anleitet (s. Kap. 2.2). Die Verarbeitung von Informationen, die der Mensch aus seiner Umwelt aufnimmt, steht bei diesen Prozessen im Mittelpunkt. Kaiser und Kaiser (2006: 16–28) zeigten die zentrale Rolle der Metakognition zur Steuerung dieser Prozesse auf (**Kasten 1-6**).

Sie definierten die Metakognition als Planungs-, Kontroll- und Steuerungsinstanz, die allen anderen kognitiven Tätigkeiten übergeordnet ist. Diese zentrale Rolle der Metakognition wird auch im Modell des triarchischen In-

Kasten 1-6: Was ist Metakognition?

Metakognition kann, vereinfacht gesagt, als Denken über das Denken verstanden werden und wird in sozialen Berufen häufig auch als Reflexion bezeichnet (s. Kap. 5). Dabei macht sich ein Mensch seine eigenen Denkprozesse bewusst und kann diese analysieren und bewerten. Diese Auseinandersetzung richtet sich auf sehr unterschiedliche Bereiche, wie beispielsweise die Situationsanalyse, das verfügbare Wissen, die Handlungsplanung, die getroffenen Entscheidungen oder die Tätigkeiten. Dies stellt letztlich die Grundlage dar, um Erfahrungen auf ihre Richtigkeit zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen. Metakognition ist somit wichtig für die Entwicklung von Handlungskompetenzen. (Kaiser/Kaiser, 2006)

tellekts nach Sternberg (1988) gezeigt. In diesem Modell nimmt Metakognition bei der Steuerung von Handlungen, aber auch bei der Lenkung von Lernprozessen eine übergeordnete Funktion ein. Anders ausgedrückt: Es besteht eine gegenseitige Abhängigkeit von Metakognition, Handlungen und Lernen (s. **Abb. 1-9**). Die Metakognition nimmt dabei eine aktive Rolle bei der Steuerung der Handlungen und des Lernens wahr. Die Handlungen werden durch bewusst gesteuerte Lernprozesse überprüft. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse wiederum können zur Bearbeitung zukünftiger, vergleichbarer Situationen dienen. Mit der Zeit wird so ein Erfahrungsschatz aufgebaut, wodurch sich der Bedarf an kognitiver Kontrolle reduziert. Die Fachperson braucht immer weniger Zeit für die Bearbeitung der Probleme und kann immer besser intuitiv richtig reagieren und ihre Fehlerquote möglichst gering halten. Fehler erkennt sie automatisch und leitet notwendige Lernprozesse ein. Zunehmend kann der Nutzen der verschiedenen Handlungsoptionen besser abgeschätzt werden (Jones, 1997).

Wie zuvor ausgeführt, spielen problemlösende Denkprozesse für das professionelle Handeln ernährungstherapeutischer Fachpersonen eine wichtige Rolle. Die Effizienz von Problemlöseprozessen und -resultaten lässt sich durch die Anwendung metakognitiver Denkstrategien

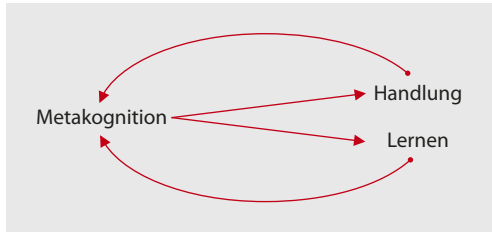


Abbildung 1-9: Metakognition steuert Handlungen und Lernen (Quelle: eigene Darstellung, nach Lunney)

erhöhen (Kaiser/Kaiser, 2006: 123). Dabei stellen sich die Handelnden idealerweise während der Durchführung der Problemlöseprozesse Fragen über «diejenigen Denkabläufe, die sich mit der Lösung einer Aufgabe oder eines Problems beschäftigen.» (Kaiser/Kaiser, 2006: 112):

- Welche Informationen benötige ich für die Situationsbeurteilung?
- In welchem Zusammenhang stehen diese Informationen?
- Zu welchen schon bekannten Kenntnissen sind sie in Beziehung zu setzen?
- Welche Ziele erkenne ich?
- Welche Lösungen erkenne ich?
- Auf welches Wissen kann ich zur Problemstrukturierung zurückgreifen?
- Wie entscheide ich?
- Weshalb entscheide ich so?
- Woher weiß ich, dass dies eine gute Entscheidung ist?
- Welche Konsequenzen erwarte ich von meiner Entscheidung?
- Wie beurteile ich die Entscheidung?

Die bewusste Berücksichtigung der metakognitiven Ebene, die dadurch gewonnenen Erkenntnisse und die daraus resultierende reflektierte Umsetzung in eigene Handlungen ermöglicht es der ernährungstherapeutischen Fachperson, qualitativ hochstehende Leistungen zu erbringen. Dabei setzt sie sich mit den zugrunde liegenden therapeutischen Denkprozessen auseinander (s. Kap. 10), die in deklarative und exekutive Aspekte unterteilt werden können (Kaiser/Kaiser, 2006: 32):

- *Deklarative Aspekte* beschreiben die metakognitive Auseinandersetzung mit verfügbarem

Wissen, Personenvariablen, Aufgabenvariablen und Strategievariablen.

- *Exekutive Aspekte* beziehen sich demgegenüber auf die metakognitive Überprüfung und Steuerung des eigenen Handelns, die planende, steuernde und kontrollierende Denkprozesse berücksichtigen.

Bezogen auf die therapeutischen Denkprozesse ernährungstherapeutischer Fachpersonen ergeben sich verschiedene Aspekte, die bei der Durchführung metakognitiver Prozesse durchdacht werden müssen (s. **Tab. 1-1**).

Ziel der Metakognition ist es dementsprechend, vermehrt bewusste Entscheidungen zu treffen. Wie in Kapitel 1.4.3 besprochen, steht beim Interaktionshandeln während der Handlung weder genügend Zeit noch ausreichend kognitive Kapazität zur Verfügung, um sich eingehend mit diesen Fragen auseinanderzusetzen. Dies dürfte auch der Grund sein, weshalb besonders Berufseinsteigerinnen in diesen Handlungen vermehrt auf unreflektierte subjektive Theorien zurückgreifen und somit eher intuitiv reagieren als begründet zu agieren. Daher scheint es sinnvoll, innerhalb einer sozialen Handlung immer wieder Momente einzuplanen,

in denen metakognitive Denkstrategien bewusst umgesetzt werden. Mit zunehmender Erfahrung werden sich gewisse Denkprozesse automatisieren, wodurch der Bedarf an mentaler Kontrolle abnimmt. Aufgrund dieser bewusst erlebten Erfahrungen gelingt es zusehends besser, intuitiv richtig zu handeln. Dieser Aspekt wird in Kapitel 3.1 nochmals aufgegriffen und hat aus didaktischer Sicht große Bedeutung.

1.4.4.4 Kritisches Denken

Die selbstreflexive Steuerung des Denkens kann auch als kritisches Denken («critical thinking») bezeichnet werden (Alfaro-LeFevre, 2013: 68). Das kritische Denken einer Fachperson zeigt sich durch eine fragende Haltung, bei welcher der Einsatz von Fakten, Prinzipien, Theorien, Abstraktionen, Deduktionen, Interpretationen und die Analyse von Argumenten hinterfragt und beurteilt werden (Matthews/Gaul, 1979). Allerdings ist es wichtig zu erkennen, dass subjektives Denken eher unzuverlässig ist, da es in hohem Maß anfällig für systematische Denkfehler ist (Kahneman, 2011). Dabei erliegt der Mensch dem Trugschluss, über objektive Informationen zu verfügen, obwohl diese aufgrund systematischer Denkfehler verzerrt sind. Zu akzeptieren, dass wir uns ge-

Tabelle 1-1: Bereiche der Metakognition (Quelle: eigene Darstellung, nach Kaiser/Kaiser, 2006)

Art des Wissens	Merkmale
Personenbezogenes Wissen	<ul style="list-style-type: none"> • Wissen über die eigene Person • Wissen über die andere Person • generalisierte Denkmuster zum Denken und Handeln von Menschen
Aufgabenspezifisches Wissen	<ul style="list-style-type: none"> • aufgabenbezogene Beschaffenheit der Informationen • benötigte Informationen zur Situationsbeurteilung • erkennbare Ziele • Wissen über die eigene Rolle und die damit einhergehenden Verantwortlichkeiten
Strategiebezogenes Wissen	<ul style="list-style-type: none"> • Lösungswege zur Bearbeitung der Situation • Eignung der einzelnen Lösungswege • erwartete Wirksamkeit der Lösungswege
Exekutives Wissen	<ul style="list-style-type: none"> • Planen des jeweils nächsten Handlungsschrittes • Steuerung des eigenen Problemlöse- und Handlungsprozesses • Kontrolle des Vorgehens • Überprüfung der erzielten Resultate