



Supplement:

Dietitians 2020: Analyses of the dietetic workforce in Germany

Implications for the revision of the German Dietitian Law

Katrin Fuhse, Daniel Buchholz, Sabine Ohlrich-Hahn

Group of experts:

The following experts contributed to creating the questionnaire:

Dipl. med. päd. Birgit Blumenschein, Münster

Dr. Daniel Buchholz MPH, Mainz

Candy Cermak, Chemnitz

Birgit Leuchtmann-Wagner, Wolfsburg

Ursula Lukas M.Sc., Dormagen

Dennis Papanouskas M.Ed., Münster

Nathalie Wayand, Rheinzabern

Evelyn Beyer-Reiners, Essen

Dipl. päd. Uta Köpcke, Bad Liebenzell

Matthias Zöpke, Berlin

Dipl. med. päd. Sabine Ohlrich-Hahn, Neubrandenburg.

All experts are experienced dietitians working in different settings in dietetic and nutrition care as well as in teaching and research.



Fragebogen VDD Berufsfeldanalyse 2020

* 1. Haben Sie eine Ausbildung zur Diätassistentin / zum Diätassistenten abgeschlossen?

- ja
- ich befinde mich noch in der Ausbildung
- nein

* 2. Sind Sie derzeit als Diätassistentin / als Diätassistent in einem Handlungsfeld unserer Berufsgruppe, das inkludiert auch Ausbildung und Lehre, tätig?

- ja
- nein

* 3. Aus welchem Grund arbeiten Sie derzeit nicht in einem Handlungsfeld unserer Berufsgruppe?

- Mutterschutz/ Elternzeit
- ich bin längerfristig erkrankt
- Studium bzw. Weiterbildung in Vollzeit
- ich bin Alters- bzw. EU-Rentner*in
- ich bin arbeitssuchend
- ich arbeite berufsfremd
- Sonstiges (bitte angeben)
- _____

* 4. Ist für Ihre derzeitige Tätigkeit die berufliche Qualifikation als Diätassistent*in Voraussetzung?

- ja
- nein
- wenn nein, bitte geben Sie eine kurze Begründung an
- _____

* 5. Welches Arbeitsmodell trifft am ehesten auf Sie zu?

- Ich arbeite **Vollzeit** im Angestelltenverhältnis und übe **keine** freiberuflichen Tätigkeiten aus
- Ich arbeite **Teilzeit** im Angestelltenverhältnis und übernehme **freiberuflich Einzelaufträge**
- Ich arbeite **Vollzeit** im Angestelltenverhältnis und übernehme **freiberuflich Einzelaufträge**
- Ich arbeite **50 % Teilzeit** und **50 % selbstständig/freiberuflich**
- Ich arbeite **nur selbstständig / freiberuflich**
- Ich arbeite **mehr als 50 % Teilzeit** und **weniger als 50 % selbstständig/freiberuflich**
- Ich arbeite als **Unternehmerin** und beschäftige weitere Mitarbeiter*innen
- Ich arbeite **weniger als 50 % Teilzeit** und **mehr als 50 % selbstständig/ freiberuflich**
- Ich arbeite **Teilzeit** im Angestelltenverhältnis und übe **keine** freiberuflichen Tätigkeiten aus

* 6. In welchem Handlungsfeld von Diätassistenten sind Sie tätig? Mehrfachantworten sind möglich.

- stationärer Bereich - vorwiegend Verpflegungsmanagement
- stationärer Bereich - vorwiegend Ernährungstherapie und Ernährungsberatung
- ambulanter Bereich - Ernährungstherapie/Ernährungsberatung
- ambulanter Bereich - Prävention und Gesundheitsförderung
- stationäre Rehabilitation
- ambulante Rehabilitation
- Senioren- / Pflegeeinrichtung
- betriebliches Verpflegungsmanagement (Betriebskantinen, Mensen, Schulkantinen o.ä.)
- Ausbildung und Lehre
- Forschung
- Sonstiges (bitte angeben)
- _____

* 8. In welchem Beschäftigungsverhältnis üben Sie die bei der vorangegangenen Frage genannten Tätigkeiten vorwiegend aus?

- trifft für mich nicht zu, da ich nicht im ambulanten Bereich arbeite
- im Angestelltenverhältnis in einem MVZ, einer Klinikambulanz oder ambulanten Rehaeinrichtung
- im Angestelltenverhältnis in einer Praxis für Ernährungstherapie/-beratung **ohne** ärztliche Leitung
- freiberuflich in eigener Praxis
- im Angestelltenverhältnis in einer Arztpraxis, z.B. Schwerpunktpraxis für Ernährungsmedizin oder diabetologische Praxis
- sowohl angestellt als auch freiberuflich
- auf der Basis von Honoraraufträgen
- im Angestelltenverhältnis einer Krankenkasse
- im Angestelltenverhältnis einer Apotheke
- Sonstiges (bitte angeben)
- _____

9. Wenn Sie im stationären Bereich (inklusive Rehabilitationskliniken) arbeiten, wie viele Betten hat die Einrichtung?

- trifft für mich nicht zu, da ich nicht im stationären Bereich arbeite
- 500 - 999
- 1 - 99
- 1000 - 1499
- 100 - 249
- mehr als 1500
- 250 - 499

* 10. Wenn Sie im stationären Bereich (inkl. Rehabilitationseinrichtungen) arbeiten, für wie viele Patienten ist ein/e Diätassistent*in (oder Personen in vergleichbarer Tätigkeit) im Durchschnitt verantwortlich?

Bitte geben Sie das Verhältnis in Bezug auf Vollzeitstellen an, z.B. 1 VK : 50

- trifft für mich nicht zu, da ich nicht im stationären Bereich arbeite
- diese Frage kann ich nicht beantworten
- Das Verhältnis beträgt:

11. Wie viele Diätassistent*innen (oder vergleichbar Personen in der Tätigkeit von Diätassistenten) arbeiten insgesamt in der Einrichtung/Praxis, in der Sie tätig sind?

- 1 - 5
- 16 - 20
- 6 - 10
- über 20
- 11 - 15

* 12. Gibt es derzeit bei Ihnen unbesetzte Stellen?

- ja, im Bereich Verpflegungsmanagement
- nein
- ja, im Bereich Ernährungstherapie/-beratung
- keine Antwort möglich
- ja, im Bereich Ausbildung und Lehre

* 13. Ist eine Erweiterung des derzeitigen Stellenpools geplant?

- ja, im Bereich Verpflegungsmanagement
- nein
- ja, im Bereich Ernährungstherapie/-beratung
- keine Antwort möglich
- ja, im Bereich Ausbildung und Lehre

* 14. Wie viel Prozent Ihrer wöchentlichen Arbeitszeit widmen Sie im Durchschnitt Tätigkeiten, die Ihrer fachlichen Qualifikation (inkl. Fort- und Weiterbildungen) und Ihrem Tätigkeitsprofil entsprechen?

- 100 %
- mehr als 25 - 50 %
- mehr als 75 - 100 %
- weniger als 25 %
- mehr als 50 bis 75 %



* 15. Führen Sie Schulungs- bzw. Fortbildungsmaßnahmen durch? Hierbei sind keine Patientenschulungen und keine regulären Ausbildungsmaßnahmen (Diätassistentenschulen) gemeint. Mehrfachnennungen sind möglich.

- ja, für Küchenpersonal
- ja, für andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen
- ja, für Verpflegungsassistenten / Servicekräfte
- ja, für Ärzte
- ja, für Diätassistenten
- nein, ich führe keine Schulungs- bzw. Fortbildungsmaßnahmen durch
- ja, für Pflegepersonal
- ja, für sonstige Gruppen (bitte angeben)

* 17. Sind Sie im Bereich Ernährungstherapie/Ernährungsberatung tätig?

- ja, ausschließlich
- ja, für einen Teil der Arbeitsaufgaben
- nein

* 25. Für welche medizinischen Fachgebieten sind Sie tätig? Mehrfachnennungen sind möglich.

- Adipositas / Adipositaschirurgie
- Allergologie / Dermatologie
- Chirurgie / Viszeralchirurgie
- Diabetologie
- Endokrinologie
- Essstörungen
- Fettstoffwechselstörungen
- Gastroenterologie / Hepatologie
- Geriatrie
- Gynäkologie / Geburtshilfe
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Sonstige (bitte angeben)
- HNO
- Intensivmedizin / Stroke Unit
- Nephrologie
- Neurologie
- Onkologie
- Orthopädie
- Pädiatrie
- Psychiatrie
- Pulmologie
- Rheumatologie
- Sportmedizin

* 26. Wenn Sie im stationären Bereich tätig sind, existiert in Ihrer Einrichtung ein Ernährungsteam?

- trifft für mich nicht zu, da ich nicht im stationären Bereich arbeite
- ja
- nein, aber die Gründung eines Ernährungsteams ist (zeitnah) geplant
- nein

* 27. Was sind Ihre Tätigkeitsschwerpunkte im Bereich Ernährungstherapie /-beratung? Mehrfachnennungen sind möglich?

- Screening / Erfassung von Mangelernährung
- Prävention und Therapie von Mangelernährung
- Ernährungssupport (enterale/parenterale Ernährung)
- Gruppenschulungen
- Einzelberatungen zu bestimmten diätetischen Themen
- Sonstiges (bitte eintragen)
- Insulin- bzw. Medikationsanpassung
- Prävention und Gesundheitsförderung
- Entlassmanagement
- Qualitätssicherung / Qualitätsmanagement

* 28. Sind Sie im Bereich Verpflegungsmanagement / Food Service tätig?

- ja, ausschließlich
- ja, für einen Teil meiner Arbeitsaufgaben
- nein

* 29. Welche dieser Tätigkeiten fällt in Ihren Aufgabenbereich?

	immer	häufig	selten	nie
Betriebswirtschaftliche Verantwortung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erstellen und Pflegen des Diätakatalogs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spelseplanerstellung und -berechnung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rezepterstellung und -berechnung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Produktionsplanung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualitätsüberwachung inkl. Bandendkontrolle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tätigkeit am Speisenverteilterband	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tätigkeit in der Speisenausgabe oder am Büffet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herstellung von Speisen und Gerichten, Ausführen von Kochtätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wareneinkauf- und -kalkulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hygienekonzept und Überwachung kritischer Kontrollpunkte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergienkennzeichnung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menübestellsystem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Warenwirtschaftssystem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. Was beinhaltet Ihre Tätigkeit?

- ausschließlich Aufgaben im Küchenbereich ohne Patientenkontakt
- Aufgaben im Küchenbereich und Patientenkontakt zur Auswahl geeigneter Kostformen
- Aufgaben im Küchenbereich und auf Anforderung Ernährungsberatung und/oder Patientenschulung
- Sonstiges (bitte angeben)
- Aufgaben im Küchenbereich und regelmäßig zu einem bestimmten Anteil Ernährungsberatung und/oder Patientenschulung
- Aufgaben als Fachberater*in / Ansprechpartner*in für mehrere Küchen

31. Welches Verpflegungssystem findet bei Ihnen Anwendung? Mehrfachnennungen sind möglich.

- Cook and Serve
- Cook and Chill
- Cook and Freeze
- Sonstiges (bitte angeben)
- Cook and Hold
- Sous-vide-Verfahren

32. Welche Organisationsform trifft auf die Einrichtung zu, in der Sie tätig sind?

- nur Inhouseversorgung vor Ort
- Inhouseversorgung und Verteilzentrum für weitere Einrichtungen
- nur Verteilzentrum für mehrere Einrichtungen
- Sonstiges (bitte angeben)
- externer Produktionsstandort für mehrere Einrichtungen
- externer Produktionsstandort mit Verteilzentrum für mehrere Einrichtungen

* 33. Wie wird die Einrichtung, in der Sie tätig sind, bewirtschaftet?

- in Eigenregie
- von einer Servicegesellschaft
- von einem Caterer
- Sonstiges (bitte angeben)

34. Sind Sie haupt- oder nebenberuflich in Ausbildung und/oder Lehre tätig?

- ja
- nein



* 35. In welchem Beschäftigungsverhältnis üben Sie Lehrtätigkeiten aus?

- hauptberuflich
- nebenberuflich mit festem, regelmäßigem Honorarauftrag
- nebenberuflich, sporadisch auf Anfrage

* 36. Für welchen Teilnehmerkreis übernehmen Sie Lehrtätigkeiten?
Mehrfachnennungen sind möglich.

- in der beruflichen Ausbildung von Diätassistenten*innen
- in der Fort- und Weiterbildung von Diätassistenten*innen
- in der beruflichen Ausbildung von Pflegekräften oder anderen Gesundheitsberufen
- in der Fort- und Weiterbildung von Diabetesberater*innen/Diabetesassistenten*innen
- in der hochschulischen Lehre
- in der Fort- und Weiterbildung anderer Berufsgruppen
- Sonstiges (bitte angeben)

* 37. Sind oder waren Sie im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit oder im Rahmen Ihres Studiums in Forschungsaufgaben involviert?

- ja
- nein

38. In welcher Form sind oder waren Sie an Forschungstätigkeiten beteiligt?
Mehrfachnennungen sind möglich.

- im Rahmen meines Studiums (Bachelor-/Masterarbeit)
- im Rahmen meiner Promotion
- als reguläre Arbeitsaufgabe
- als zeitweiliges Teammitglied
- Sonstiges (bitte angeben)

39. Wenn möglich, nennen Sie bitte den/die Schwerpunkt/e der Forschungsaufgaben, an denen Sie beteiligt sind oder waren.

* 40. Wo haben Sie Ihre Ausbildung absolviert?

- in Deutschland (inkl. DDR)
- in einem Land der EU
- in einem Land außerhalb der EU (bitte angeben)

* 41. Wie viele Stunden im Jahr nehmen Sie an Fortbildungsveranstaltungen teil?

- unter 10 Stunden
- 10 - 20 Stunden
- 20 - 30 Stunden
- mehr als 30 Stunden

* 42. Nehmen Sie an zertifizierten Online-Fortbildungen (z.B. Ernährungsumschau) teil?

- ja, regelmäßig
- ja, ab und zu
- nein

* 43. Welche Weiterbildungen, die mit einem Zertifikat oder einer Zusatzbezeichnung enden, haben Sie abgeschlossen?
Mehrfachnennungen sind möglich.

- DKL / Verpflegungsmanager*in DGE
- Ernährungsberater*in DGE
- Ernährungsmedizinische/r Berater*in / medizinische/r Ernährungsberater*in oder vergleichbar
- Praxisanleiter*in oder Ausbilder*in IHK
- 1 Zertifikatskurs der VDD
- mehr als 1 Zertifikatskurs des VDD
- Sonstige (bitte angeben)
- Diabetesberater*in
- Diabetesassistent*in
- Weiterbildung zur Lehrkraft für Diätassistenten oder Gesundheitsberufe
- Weiterbildung im Bereich Qualitätsmanagement
- keine

* 44. Haben Sie ein Studium abgeschlossen oder studieren Sie gerade?
Mehrfachnennungen sind möglich.

	abschlossen	angestrebt
nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ja, Abschlussgrad Bachelor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ja, Abschlussgrad Master oder vergleichbar (Diplom)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ja, Abschlussgrad Promotion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 45. Bei welchem Verband sind Sie fortbildungszertifiziert?
Mehrfachnennungen sind möglich.

- VDD
- VFED
- DGE
- QUETHEB
- Sonstige (bitte angeben)
- VBDB
- VDOe
- bei keinem Verband

* 46. In welchem Verband sind Sie Mitglied?
Mehrfachnennungen sind möglich.

- VDD
- VFED
- DGE
- QUETHEB
- VDBD
- Sonstige (bitte angeben)
- DGEM
- DAG
- VDOe
- in keinem Verband

* 47. Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Tätigkeit...

sehr zufrieden	zufrieden	überwiegend zufrieden	überwiegend unzufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte geben Sie eine kurze Begründung an.

* 48. Bitte geben Sie Ihre Altersgruppe an.

- 20 - 30 Jahre
- 31 - 40 Jahre
- 41 - 50 Jahre
- 51 - 60 Jahre
- 61 - 65 Jahre
- 66 Jahre und älter

* 49. Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an.

- Hauptschulabschluss / Volksschule
- Mittlere Reife (10. Klasse, MSA, Realschule oder vergleichbar)
- Fachhochschulreife
- Sonstiges (bitte angeben)
- Fachabitur
- Abitur

* 50. Wie viele aktive Berufsjahre haben Sie (bisher) absolviert? Vollzeitstudium, Familienpausen o.ä. bitte **nicht** mitzählen.

- 0 - 5 Jahre
- mehr als 5 - 10 Jahre
- mehr als 10 bis 20 Jahre
- mehr als 20 Jahre

* 51. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an?

- weiblich
- männlich
- divers



52. Würden Sie aus heutiger Sicht den Beruf noch einmal ergreifen?

- ja
- nein
- Bitte geben Sie eine kurze Begründung für Ihre Entscheidung an.

53. Über welchen Weg haben Sie sich an dieser Befragung beteiligt?

- über den Link im VDD-Newsletter
- über die Veröffentlichung des Links in der D und I bzw. auf der VDD-Homepage
- über den Link via Facebook oder Instagram
- Sonstiges (bitte angeben)
- ich wurde direkt per E-Mail kontaktiert
- der Link wurde mir durch bekannte Kollegen*innen weitergeleitet



Liebe DiätassistentInnen und SchülerInnen,

bei dieser Umfrage sollten Sie auf jeden Fall mitmachen. **Ziel ist es, das Berufsbild von DiätassistentInnen zu erfassen bzw. mehr über die zukünftigen DiätassistentInnen zu erfahren.** Die Umfrage wird vom Verband der Diätassistenten (VDD) – Deutscher Bundesverband e. V. unterstützt und finanziert. Durchgeführt wird sie von der Berlin School of Public Health an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Ihre Teilnahme ist freiwillig!

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. 20 Minuten. Die erhobenen Daten werden zweckgebunden und streng vertraulich, auf Grundlage des Berliner Datenschutzgesetzes, verarbeitet. Senden Sie die Antwort kostenfrei im beigefügten Kuvert ohne Absenderangabe bis zum **15.01.2010** zurück. Es handelt sich um eine anonyme Datenerhebung. Bitte achten Sie darauf, dass durch Ihre Freitextangaben Ihre Anonymität gewahrt bleibt.

Beim Ausfüllen des Fragebogens beachten Sie bitte Folgendes:

DiätassistentInnen mit abgeschlossener Berufsausbildung: Bitte beantworten Sie alle für Sie zutreffenden Fragen.

SchülerInnen: Bitte ausschließlich die mit * gekennzeichneten Fragen beantworten und bei Frage 23 beginnen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Wir sind gespannt auf die Ergebnisse und freuen uns, Ihnen diese auf der Verbandstagung im Mai 2010 und in der D+I präsentieren zu können.

Prof. Dr. Birgit Babitsch (Projektleitung)

1 Sind Sie derzeit als DiätassistentIn tätig? (Bitte gehen Sie von Ihrer Grundqualifikation aus.)	
<input type="checkbox"/> Ja (→ Bitte weiter mit Frage 2) <input type="checkbox"/> Nein, weil ... (Bitte die für Sie zutreffende Kategorie ankreuzen und mit Frage 21 fortfahren.)	
<input type="checkbox"/> Mutterschutz/ Elternzeit <input type="checkbox"/> Weiterbildung <input type="checkbox"/> Arbeitssuche <input type="checkbox"/> Andere Tätigkeit	
<input type="checkbox"/> Gesundheitliche Gründe <input type="checkbox"/> Umschulung <input type="checkbox"/> Pensionierung <input type="checkbox"/> Andere Gründe	
2 Wie hoch ist Ihre durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit? (Bitte in <u>Stunden</u> eintragen.)	_____ Stunden/Woche
3 Wie viel Prozent Ihrer Arbeitszeit widmen Sie im Durchschnitt Arbeiten, die Ihren fachlichen Aus-, Fort- und Weiterbildungen entsprechen?	_____ % der Arbeitszeit entspricht meiner fachlichen Qualifikation
4 Arbeiten Sie zurzeit angestellt und/oder freiberuflich? Wie viel Prozent Ihrer Arbeitszeit sind sie freiberuflich und/oder angestellt tätig? (Bsp. 1: <input checked="" type="checkbox"/> ja, angestellt zu 60 %; <input checked="" type="checkbox"/> ja, freiberuflich zu 40 % / Bsp 2: <input checked="" type="checkbox"/> ja, angestellt zu 100 %)	
<input type="checkbox"/> Ja, angestellt zu _____ % <input type="checkbox"/> Ja, freiberuflich zu _____ % (→ Bei 100% Freiberuflichkeit bitte weiter mit Frage 10)	
5 Wo arbeiten Sie?	
<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Senioren-/Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Reha-Einrichtung <input type="checkbox"/> andere Einrichtung: _____	
6 Wie viele Betten hat die Einrichtung in der Sie arbeiten?	
<input type="checkbox"/> bis 99 <input type="checkbox"/> 100 - 249 <input type="checkbox"/> 250 - 499 <input type="checkbox"/> 500 - 999 <input type="checkbox"/> 1.000 - 1.499 <input type="checkbox"/> mehr als 1.500	
7 Wie viele DiätassistentInnen* arbeiten insgesamt in der Einrichtung in der Sie tätig sind? * oder vergleichbare Berufsgruppen die Diätassistenten-typischen Aufgaben nachgehen.	
<input type="checkbox"/> 1 - 5 <input type="checkbox"/> 6 - 10 <input type="checkbox"/> 11 - 15 <input type="checkbox"/> 16 - 20 <input type="checkbox"/> 21 - 25 <input type="checkbox"/> mehr als 26	
8 In welchem Arbeitsbereich sind Sie tätig? (Mehrere Antworten sind möglich.)	
<input type="checkbox"/> Verpflegungsmanagement/Küche <input type="checkbox"/> Lehre <input type="checkbox"/> Öffentlichkeitsarbeit	
<input type="checkbox"/> Diättherapie/Ernährungsberatung/-schulung <input type="checkbox"/> Forschung <input type="checkbox"/> In einem anderem Bereich: _____	
9 Wem sind Sie dienstrechtlich unmittelbar zugeordnet? (Bitte die für Sie <u>am besten</u> zutreffende Antwort auswählen.)	
<input type="checkbox"/> Ärztliche Leitung <input type="checkbox"/> Verwaltungsdirektion <input type="checkbox"/> Pflegedirektion	
<input type="checkbox"/> Leitende/r DiätassistentIn <input type="checkbox"/> Küchenleitung/Küchenverwaltung <input type="checkbox"/> Jemand anderem, und zwar: _____	
10 Arbeiten Sie ...	
<input type="checkbox"/> alleine (→ Bitte weiter mit Frage 12) <input type="checkbox"/> in einem interprofessionellem Team (z.B. Ernährungsteam) <input type="checkbox"/> in mehreren interprof. Teams (z.B. Ernährungsteam/Qualitätszirkel)	


11 Aus welchen Berufsgruppen besteht Ihr Team?

(Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Berufsgruppen an. Bei Weiterbildungen, z.B. Diabetesberater DDG, bitte die berufliche Grundqualifikation, wie DiätassistentIn oder Pflegefachkraft, ankreuzen.)

- ₁ ÄrztInnen ₂ PharmazeutInnen ₃ Pflegefachkraft
₄ PsychologInnen ₅ Hebammen/Entbindungspfleger ₆ DiätassistentInnen
₇ ErnährungswissenschaftlerInnen ₈ OecotrophologInnen ₉ (Diät-)Koch/-Köchin
₁₀ Andere, und zwar: _____

12 In welchen Bereichen sind Sie derzeit schwerpunktmäßig als Angestellte und/oder als FreiberuflerIn tätig?

(Bitte schätzen Sie für die genannten Bereiche den zeitlichen Umfang in Ihrem Arbeitsalltag ab. Gehen Sie dabei von einer „typischen“ Arbeitswoche aus und vergeben Sie entsprechend folgende Werte: 0 = nicht zutreffend/nie, 1 = kleiner Zeitaufwand, 2 = mittlerer Zeitaufwand, 3 = großer Zeitaufwand. Differenzieren Sie - sofern zutreffend - zwischen Ihrer angestellten und freiberuflichen Tätigkeit.)

	Angestellt				Freiberuflich			
	0	1	2	3	0	1	2	3
Diättherapie/Ernährungsberatung/-schulung	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Untersuchungen/Diagnostik	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Verpflegungsmanagement/Küche	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Diabetesberatung/-schulung	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Gesundheitsförderung/Prävention	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Enterale Ernährung	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Forschung	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Lehre	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Öffentlichkeitsarbeit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Vortragstätigkeit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Andere Tätigkeit: _____	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

13 Für welche medizinischen Fachgebiete sind Sie tätig?

(Bitte schätzen Sie für die genannten Bereiche die Häufigkeit in Ihrem Arbeitsalltag ab. Gehen Sie dabei von einer „typischen“ Arbeitswoche aus und vergeben Sie folgende Werte: 0 = nicht zutreffend/nie, 1 = kleiner Zeitaufwand, 2 = mittlerer Zeitaufwand, 3 = großer Zeitaufwand)

	Angestellt				Freiberuflich			
	0	1	2	3	0	1	2	3
Allergologie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Allgemeinmedizin	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Dermatologie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Diabetologie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Gastroenterologie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Geriatric	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
HNO	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Innere Medizin	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Intensivmedizin	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Kardiologie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Komplementärmedizin	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Nephrologie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Neurologie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Onkologie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Pädiatrie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Psychiatrie/Psychotherapie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Anderes Fachgebiet: _____	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃



14 Sind Sie zertifiziert oder registriert bei einem der folgenden Verbände?

₁ VDD ₂ DGE ₃ VFED ₄ QUETHEB ₅ VDBD ₆ VDO_E ₇ Andere: _____

15 Bitte schätzen Sie, wie sich Ihre Arbeitszeit auf nachstehende Bereiche verteilt:

_____ % stationärer Bereich _____ % Küchenbereich _____ % ambulant _____ % anderer Bereich

16 Wie oft nehmen Sie teil an:

	Immer	Häufig	Selten	Nie
Vollkostspeisenplanerstellung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Diätspeisenplanerstellung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Rezepturerstellung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Produktionsplanerstellung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Wareneinkauf und Bestellung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Kochprozess	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

17 Schulen Sie:

	Immer	Häufig	Selten	Nie
Pflegepersonal/med. Personal	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Küchenpersonal	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
VerpflegungsassistentInnen/ Servicekräfte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
PatientInnen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Andere: _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

18 Haben Sie Kontroll-/Koordinationsfunktionen?

	Immer	Häufig	Selten	Nie
Küchenverwaltung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Küchenpersonal	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
VerpflegungsassistentInnen/ Servicekräfte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Speisenzubereitung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Speisenverteilung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Qualität der Speisen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Überwachung der kritischen Kontrollpunkte (HACCP)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ernährungsteam	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ausbildung von SchülerInnen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Andere: _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

19 Wie oft führen Sie folgende Aufgaben im Rahmen Ihrer Tätigkeit durch?

	Immer	Häufig	Selten	Nie
Teilnahme an Visiten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Erstellen von Diätplänen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Nährwertberechnungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Durchführung individueller Diät-/Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Dokumentation/Evaluation	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Anderes: _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

20 Führen Sie pflegerische, diagnostische und/oder andere Tätigkeiten im stationären Bereich durch, die Ihrer Meinung nach eher nicht zum Berufsprofil der DiätassistentInnen gehören?

₁ Nein ₂ Ja, immer ₃ Ja, manchmal ₄ Ja, selten

Wenn ja, welche: _____



Fortbildung	
21	Haben Sie an einer Fortbildung erfolgreich teilgenommen? <input type="checkbox"/> ₁ Ja <input type="checkbox"/> ₂ Nein (→ Bitte weiter mit Frage 23)
22	An welcher der folgenden Fortbildungen haben Sie teilgenommen? (Bitte geben Sie nur Fortbildungsmaßnahmen an, die mindestens 5 Tage (ca. 30 Std.) dauerten und in direkten Kontext mit Ihrem Beruf stehen. Mehrfachnennungen sind möglich)
	<input type="checkbox"/> ₁ ErnährungsberaterIn DGE <input type="checkbox"/> ₂ Ernährungsmed. BeraterIn DGE/ Medizinische ErnährungsberaterIn <input type="checkbox"/> ₃ DiabetesassistentIn DDG <input type="checkbox"/> ₄ DiabetesberaterIn DDG <input type="checkbox"/> ₅ DiätküchenleiterIn <input type="checkbox"/> ₆ Z Kurs VDD, wenn ja, welcher?: _____ <input type="checkbox"/> ₇ Sonstige: _____ <input type="checkbox"/> ₆ Z Kurs VDD, wenn ja, welcher?: _____
Erwartungen an das Berufsbild	
23*	Was waren die Hauptmotive für Sie den Beruf zu ergreifen? (Bitte die für Sie am besten zutreffende Antwort auswählen.)
	<input type="checkbox"/> ₁ Vorerfahrung mit Ernährungsberatung <input type="checkbox"/> ₂ Medizinisches Interesse <input type="checkbox"/> ₃ Interesse an Ernährung <input type="checkbox"/> ₄ Interesse an einem Gesundheitsberuf <input type="checkbox"/> ₅ Viel versprechendes Berufsfeld <input type="checkbox"/> ₆ Kurze Ausbildung <input type="checkbox"/> ₇ Keine anderen beruflichen Alternativen <input type="checkbox"/> ₈ Sonstiges, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> ₉ Kein Studienplatz <input type="checkbox"/> ₁₀ Trifft alles nicht zu Wenn ja, was wollten Sie studieren? _____
24*	Würden Sie den Beruf noch einmal ergreifen/die Ausbildung beginnen?
	<input type="checkbox"/> ₁ Ja <input type="checkbox"/> ₂ Nein Wenn nein, welche/n Beruf/Ausbildung würden Sie heute anstatt dessen ergreifen: _____
25*	Was können aus Ihrer Sicht nur Sie als DiätassistentIn für die PatientInnen/KlientInnen/KundInnen leisten?
26	Welche Bereiche sollten oder werden in Ihrer Berufsausübung zukünftig an Bedeutung gewinnen?
27*	Welche Erwartungen haben Sie an den Verband der Diätassistenten (VDD)? (z. B. besondere Angebote/Fortbildungen?)
Ein paar Fragen zu Ihrer Person	
28*	Wie alt sind Sie? _____ Jahre
29*	Sind sie: <input type="checkbox"/> ₁ weiblich <input type="checkbox"/> ₂ männlich
30*	Was ist Ihr höchster Schulabschluss?
	<input type="checkbox"/> ₁ Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> ₂ Mittlere Reife <input type="checkbox"/> ₃ Fachabitur <input type="checkbox"/> ₄ Abitur <input type="checkbox"/> ₅ Anderer Abschluss
31*	Haben Sie noch weitere Berufsausbildungen?
	<input type="checkbox"/> ₁ Ja <input type="checkbox"/> ₂ Nein
32	Wie lange üben/übten Sie den Beruf als DiätassistentIn aus?
	<input type="checkbox"/> ₁ unter 5 Jahre <input type="checkbox"/> ₂ 5 - 10 Jahre <input type="checkbox"/> ₃ 11 – 20 Jahre <input type="checkbox"/> ₄ 21 Jahre und länger
33*	Für Schüler/innen: Was sind Ihre Pläne nach Beendigung der Ausbildung? (Bitte das am besten Zutreffende wählen.)
	<input type="checkbox"/> ₁ Angestellte/r DiätassistentIn <input type="checkbox"/> ₂ Selbstständige/r DiätassistentIn <input type="checkbox"/> ₃ Spezialisierung (z.B. DiabetesberaterIn) <input type="checkbox"/> ₄ Andere Berufsausbildung, welche? _____ <input type="checkbox"/> ₅ Studium, welches? _____ <input type="checkbox"/> ₆ Etwas anderes, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> ₇ Weiß ich noch nicht

Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen und zum Gelingen der Studie beigetragen haben!