
VDD-Berufsfeldanalyse

Diätassistenten 2020: Tätigkeitsspektrum im Wandel

Die letzte Berufsfeldanalyse für Diätassistenten liegt zehn Jahre zurück [1]. In dieser Zeit haben sich viele Veränderungen in der Berufsgruppe selbst sowie im Gesundheitssystem vollzogen. Zeigen sich diesbezüglich Auswirkungen im Berufsfeld? Anlass also für eine aktuelle Bestandsaufnahme. Die Vorstellung der Ergebnisse durch die VDD-Berufsfeldanalyse 2020 war auf dem diesjährigen Kongress in Wolfsburg geplant. Alternativ werden erste Ergebnisse¹ nun hier vorgestellt.

Anfang Februar rief der VDD in seinen Medien, so in der D&I 1/2020, über einen Newsletter sowie über Facebook und Instagram (VDD-Junioren) zur Beteiligung an der Online-Umfrage zur VDD-Berufsfeldanalyse 2020 auf. Dieser Appell wurde durch Mitteilungen u. a. im DGE-Newsletter unterstützt. Gleichzeitig wurde in allen Medien dazu aufgefordert, den Umfragelink auch im privaten und beruflichen Umfeld an Diätassistenten weiterzugeben, um so eine zusätzliche Verteilung mittels Schneeballsystem zu ermöglichen. Die Mitgliedschaft im VDD war für die Teilnahme an der Umfrage unerheblich. Die Befragung fand vom 3. Februar bis 1. März 2020 statt. 1.256 Diätassistenten beteiligten sich an der Umfrage. Die meisten Teilnehmer wurden über den VDD-Newsletter (40 %, n = 1050) erreicht, weitere 25 Prozent über Facebook und Instagram. An 29 Prozent wurde der Link durch bekannte Kolleginnen weitergeleitet oder sie wurden direkt per E-Mail kontaktiert.

Befragung

Der Online-Fragebogen wurde durch eine Arbeitsgruppe entwickelt, der Birgit Blumenschein, Dr. Daniel Buchholz, Candy Cermak, Birgit Leuchtmann-Wagner, Ursula Lukas, Dennis Papanouskas, Nathalie Wayand sowie die Geschäftsführerin des VDD Evelyn Beyer-Reiners und die Präsidiumsmitglieder Uta Köpcke, Matthias Zöpke und Sabine Ohlrich-Hahn angehörten. Es gab eine Orientierung an der Befragung von 2010, aber alle Arbeitsgruppenmitglieder brachten zusätzlich neue und aktuelle Impulse aus ihrer eigenen Tätigkeit ein, die in unterschiedlichen Bereichen angesiedelt ist. Da die digitalen Medien sich mittlerweile enorm entwickelt haben und Online-Befragungen derzeit übliche

Praxis sind, fiel die Entscheidung diesmal für dieses Befragungsmedium, auch in der Hoffnung, dass damit eine größere Teilnahmeaktivität erreicht werden kann. Da es um Erfahrungen aus der beruflichen Tätigkeit ging, wurden Schüler nicht in die Umfrage einbezogen. Der in mehreren Abstimmungsrunden entstandene Fragebogen wurde zunächst einem Pretest unterzogen, an dem sich 20 Verbandsmitglieder beteiligten und zum Teil wichtige Rückmeldungen gaben, für die sich das Präsidium an dieser Stelle herzlich bedankt. Daraufhin wurde der Fragebogen nochmals überarbeitet und über SurveyMonkey® programmiert. Der Fragebogen hatte insgesamt 48 Fragen. Ein Teil der Fragen richtete sich an alle Teilnehmer. Zudem gab es spezielle Teile zu den einzelnen Berufsfeldern, die nur dann angezeigt wurden, wenn der Befragte angab, in diesem Feld

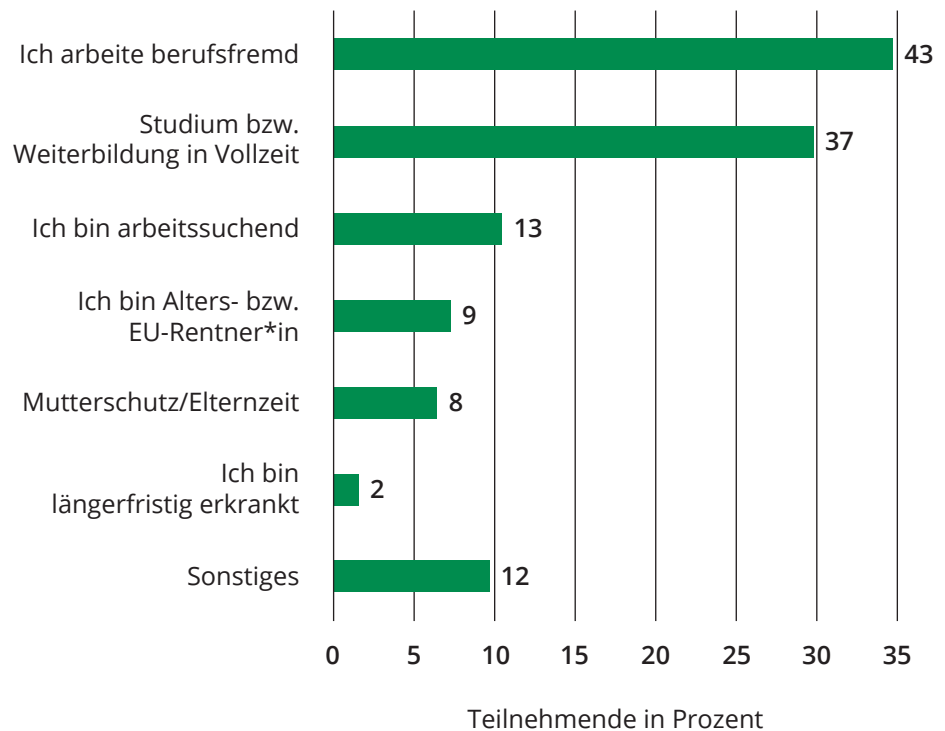
tätig zu sein. So war die Anzahl der zu beantwortenden Fragen zum Teil unterschiedlich.

Im März und April erfolgte die statistische Auswertung mittels IBM SPSS Statistics 25 (IBM, Armonk, New York, USA). Es fand eine deskriptive Auswertung statt, die bei den offenen und halboffenen Fragen qualitativ ergänzt wurde. Einige Antworten bei halboffenen Fragen unter „Sonstiges“ ließen sich nachträglich bereits vorgegebenen Kategorien zuordnen. Alle neuen Antworten und die Antworten auf offene Fragen wurden kategorisiert und gemäß der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [2] ausgewertet.

Ergebnisse und Entwicklungen

Die Berufsgruppe ist weiterhin weiblich bestimmt, denn 96 Prozent (n = 1055) der Befragten sind Frauen. Im Vergleich zu 2010 hat sich der Anteil männlicher Berufs-

Abbildung 1: Gründe für eine Tätigkeit außerhalb des Berufsfeldes von Diätassistenten (n = 124)



¹ Da weitere Veröffentlichungen in Vorbereitung sind, kann in diesem Beitrag nicht auf alle Ergebnisse eingegangen werden.

² Ernährungstherapie, Prävention und Gesundheitsförderung sowie Rehabilitation.

angehöriger von 2 auf 4 Prozent erhöht. Der Anteil von Berufsangehörigen mit Hochschulzugang (Abitur/Fachhochschulreife oder vergleichbar) liegt inzwischen bei 60 Prozent (n = 1055) und ist im Vergleich zu 2010 um 18 Prozent gestiegen. 99 Prozent (n = 1034) aller Befragten haben ihre Ausbildung in Deutschland absolviert, 19 Prozent verfügen zusätzlich über einen akademischen Abschluss. 34 Prozent (n = 1033) üben eine Leitungs- bzw. Führungsfunktion aus. 61 Prozent (n = 348) der Führungstätigkeiten sind im Bereich Ernährungstherapie, 26 Prozent im Bereich Pflegeleistungsmanagement, 8 Prozent in der Lehre angesiedelt. 5 Prozent bekleiden sonstige Führungspositionen. Berufsangehörige, die in eigener Praxis arbeiten, wurden nicht mitgezählt, weil dies automatisch eine Führungsfunktion impliziert. 89 Prozent (n = 1254) der Befra-

gungsteilnehmer arbeiten in einem Berufsfeld von Diätassistenten, wobei hier auch Ausbildung und Lehre in der Diätetik inkludiert sind. 11 Prozent arbeiten derzeit nicht in einem derartigen Berufsfeld. Die Gründe zeigt Abbildung 1.

Bei den Arbeitsmodellen insgesamt bildet die Angestelltentätigkeit den Hauptanteil, 89 Prozent (n = 1050) arbeiten Vollzeit oder Teilzeit als Angestellte. 10 Prozent sind ausschließlich selbstständig tätig, 0,4 Prozent arbeiten als Unternehmer/-in und beschäftigen weitere Angestellte. Einen genaueren Überblick gibt Abbildung 2.

Patientenbezogene Tätigkeiten

Bei näherer Betrachtung der patientenbezogenen Tätigkeit² im ambulanten Bereich sind 53 Prozent (n = 598) der Diätassistenten ausschließlich angestellt tätig, 9 Prozent arbeiten in einem Mischverhältnis aus angestellter und frei-

beruflicher Tätigkeit. 26 Prozent arbeiten freiberuflich im ambulanten Bereich, 9 Prozent übernehmen Honoraraufträge, bei 3 Prozent wurde Sonstiges gewählt. Zum Ort der Angestelltentätigkeit wurden folgende Angaben gemacht: 31 Prozent (n = 598) sind in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), einer Klinikambulanz oder in einem Zentrum für ambulante Rehabilitation, 11 Prozent in einer Arztpraxis, 5 Prozent in einer Ernährungspraxis ohne ärztliche Leitung, 4 Prozent bei einer Krankenkasse und 2 Prozent in einer Apotheke beschäftigt.

Geht es um die Tätigkeitsfelder, dann sind 80 Prozent (n = 1051, Mehrfachnennungen möglich) der Diätassistenten in der ambulanten und stationären Ernährungstherapie, weitere 21 Prozent in der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung und 27 Prozent in der stationären und ambulanten Rehabilitation tätig. 31 Prozent arbeiten im klinischen oder betrieblichen Pflegeleistungsmanagement, 17 Prozent im Bereich Ausbildung und Lehre. Im Gegensatz zu 2010 ist der Anteil der in Senioren- und Pflegeeinrichtungen Tätigen von 3 auf 5 Prozent gestiegen. 3 Prozent geben an, in der Forschung tätig zu sein (Abb. 3).

Die Frage nach derzeit in ihrem Arbeitsbereich unbesetzten Stellen verneinen 73 Prozent (n = 1050), 8 Prozent konnten auf diese Frage keine Antwort geben. 10 Prozent wiesen auf unbesetzte Stellen im Bereich Pflegeleistungsmanagement, 8 Prozent im Bereich Ernährungstherapie und 1 Prozent im Bereich Ausbildung und Lehre hin. Im Hinblick auf die Entwicklung gaben 17 Prozent (n = 1050) an, dass eine Erweiterung des bestehenden Stellenpools in ihrem Arbeitsbereich geplant ist. 12 Prozent der Stellen sollen gemäß diesen Angaben im Bereich Ernährungstherapie entstehen.

Diätassistenten sind auch an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen beteiligt, die nicht zur Patienten-

Abbildung 2: Am ehesten zutreffendes Arbeitsmodell für Diätassistenten (n = 1050)

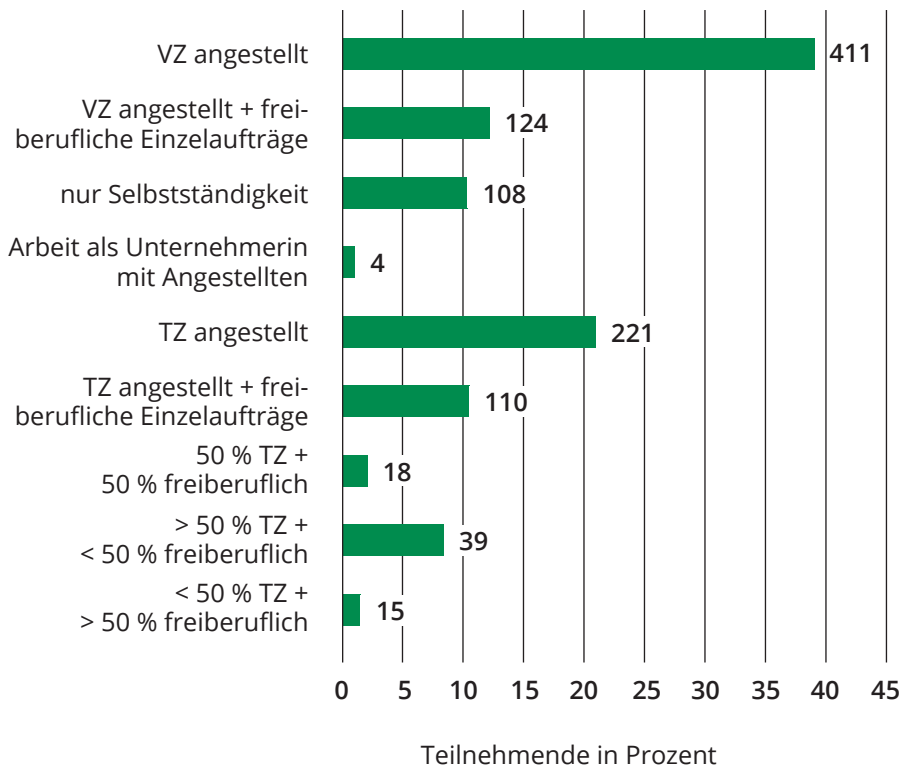
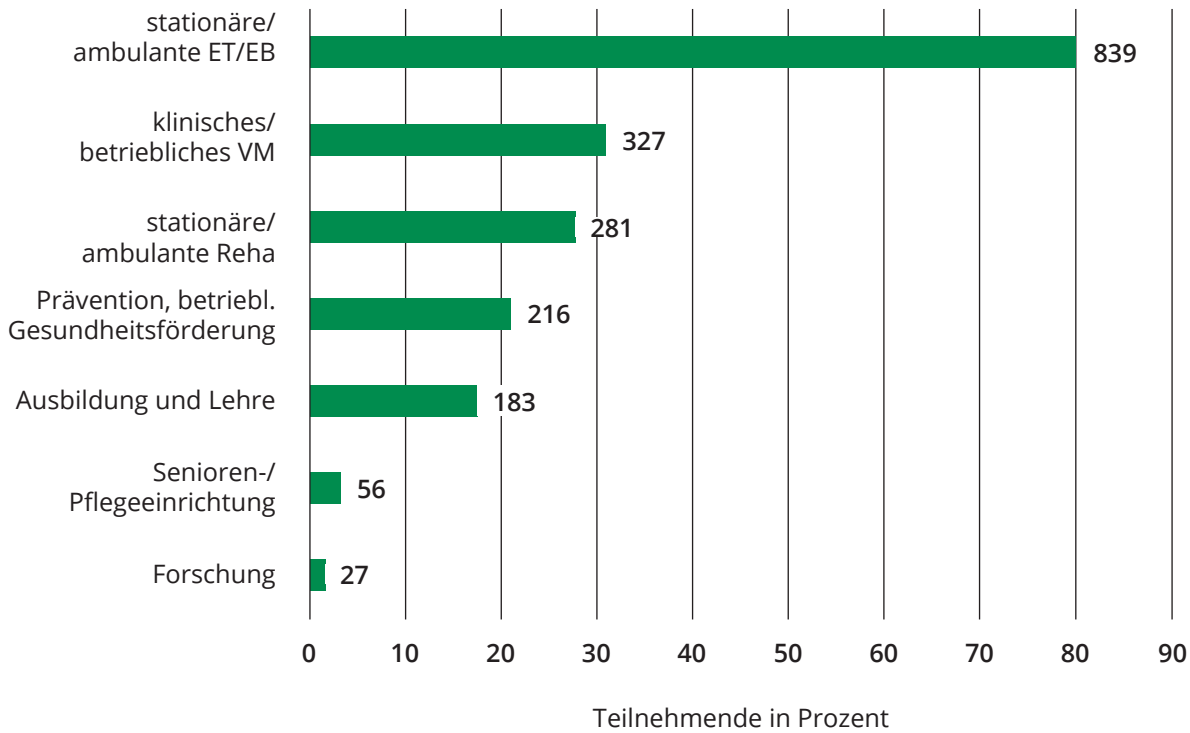


Abbildung 3: Tätigkeitsfelder von Diätassistenten (n = 1051)



tenschulung und nicht zu regulären Ausbildungsmaßnahmen für Diätassistenten zählen. Diese werden von 50 Prozent (n = 1051, Mehrfachnennungen möglich) der Befragten durchgeführt, mit 25 Prozent am häufigsten für das Pflegepersonal, dann folgen das Küchenpersonal (22 %) sowie Verpflegungsassistenten und Servicekräfte (17 %). 17 Prozent der Diätassistenten sind an Schulungsmaßnahmen für Ärzte, 18 Prozent für andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen und 10 Prozent innerhalb der eigenen Berufsgruppe beteiligt.

Auf die Frage nach der subjektiven Einschätzung, wie viel Prozent der Arbeitszeit der derzeit ausgeübten Tätigkeit der eigenen fachlichen Qualifikation (inkl. Fort- und Weiterbildung) entsprechen, gab die Mehrheit (55 % n = 1050) mindestens 75 Prozent an. Allerdings schätzen auch 16 Prozent ein, weniger als 25 Prozent der Arbeitszeit ihrer Qualifikation gemäß gefordert zu sein. Eine genaue Übersicht liefert Abbildung 4.

Abbildung 4: Prozentualer Anteil der Arbeitszeit, in der Tätigkeiten ausgeübt werden, die der fachlichen Qualifikation entsprechen (n = 1050)

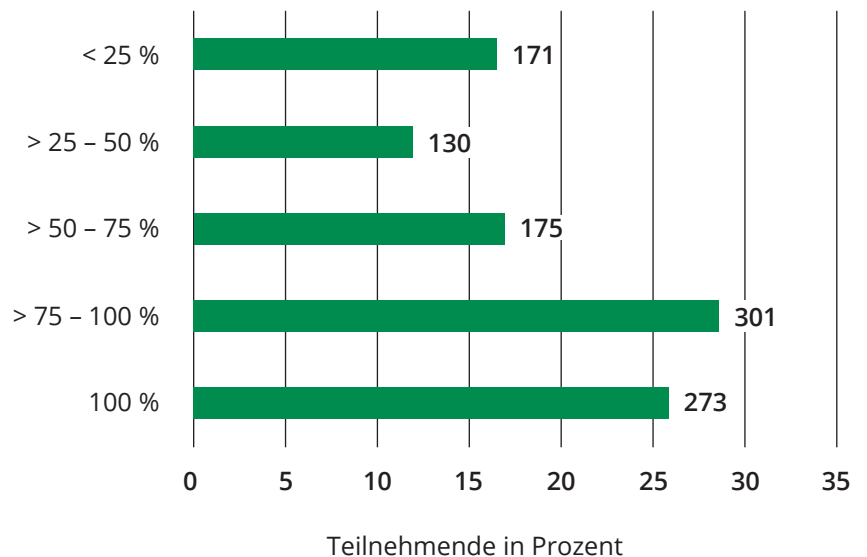
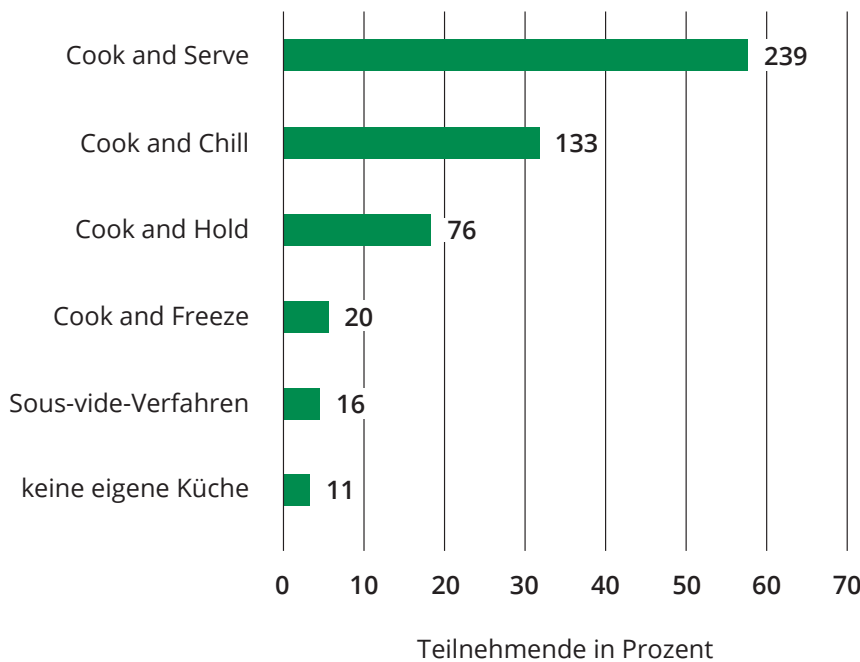


Abbildung 5: Verpflegungssysteme in den Einrichtungen, in denen Diätassistenten im Verpflegungsmanagement arbeiten (n = 417, Mehrfachnennungen möglich)



den die Antwortkategorien für Tätigkeiten zusammengezählt, die immer und häufig in den Aufgabenbereich fallen, ergibt sich folgendes Bild (Mehrfachnennungen möglich): Für 63 Prozent gehören Allergenkennzeichnung, für 60 Prozent Qualitätssicherung inkl. Bandendkontrolle, für 54 Prozent Speiseplanerstellung und -berechnung (für weitere 42 % Rezepterstellung und -berechnung) und für 52 Prozent Mitarbeit am Hygienekonzept bzw. bei der Hygieneüberwachung zum Arbeitsalltag. 49 Prozent sind an Kochtätigkeiten beteiligt, 39 Prozent arbeiten am Speisenverteilsband, 29 Prozent in der Speisenausgabe oder am Buffet. Tätigkeiten im Zusammenhang mit der betriebswirtschaftlichen Verantwortung werden von 29 Prozent, für Wareneinkauf und Kalkulation von 24 Prozent der Befragten immer oder häufig ausgeführt.

Befragte (n = 890), die ernährungstherapeutische bzw. präventive Maßnahmen durchführen, schätzen subjektiv ein, dass sie 51 Prozent ihrer Arbeitszeit im direkten Patientenkontakt verbringen. Da es bisher keine Vorgaben gibt, welcher Zeitumfang für Vorbereitung sowie Nachbereitung und Dokumentation der Tätigkeit für einen Patienten zu veranschlagen wäre, wurde auch hierzu die subjektive Angabe zur aufgewendeten Zeit erfragt. Hierbei ergaben sich im Durchschnitt jeweils 18 Minuten, also insgesamt mehr als eine halbe Stunde pro Patient. Etwa ein Drittel der Befragten gab an, dass sie die ihnen gegenwärtig zur Verfügung stehende Zeit jedoch für zu wenig halten.

Verpflegungsmanagement

9 Prozent (n = 995) der Befragten sind ausschließlich, 35 Prozent für einen Teil ihrer Arbeitsaufgaben im Verpflegungsmanagement tätig. Das Aufgabenspektrum hierbei zeigt sich sehr vielfältig und heterogen in Bezug auf die Anforderungen. Wer-

Abbildung 6: Zufriedenheit mit der derzeitigen Tätigkeit (n = 1031)

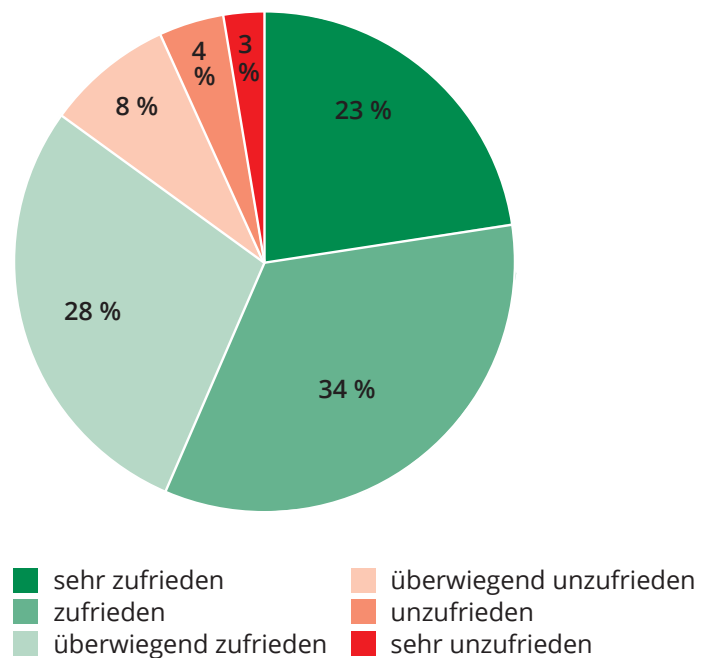
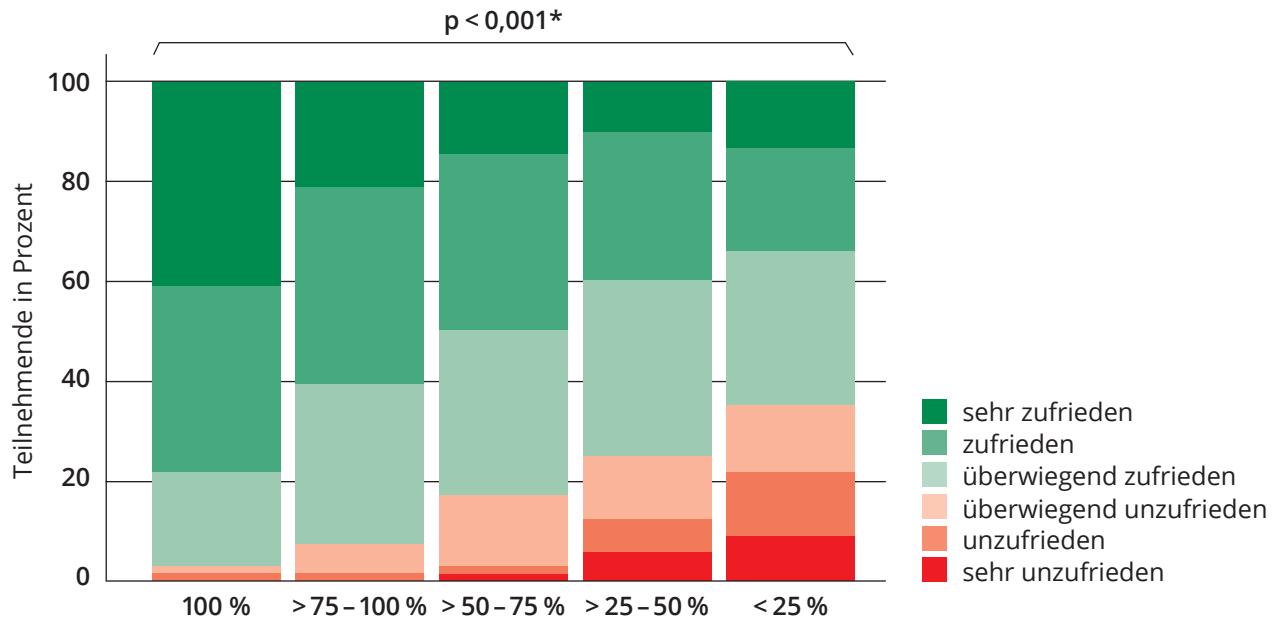


Abbildung 7: Zusammenhang zwischen der Berufszufriedenheit und einer Tätigkeit, die der Qualifikation entspricht



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

In Bezug auf die Verpflegungssysteme wird von den Befragten Cook & Serve am häufigsten genannt, dann folgt Cook & Chill. Eine genaue Auflistung zeigt Abbildung 5.

48 Prozent (n = 410) der Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung, in denen Diätassistenten arbeiten, sind nur für die Inhouse-Verpflegung zuständig, 40 Prozent sorgen für Inhouse-Verpflegung und fungieren zudem als Verteilzentrum für weitere Einrichtungen, 4 Prozent sind externer Produktionsstandort für mehrere Einrichtungen, 3 Prozent externes Verteilzentrum für mehrere Einrichtungen. 63 Prozent (n = 409) der Einrichtungen für die Gemeinschaftsverpflegung werden in Eigenregie betrieben, 20 Prozent von einer Servicegesellschaft, 15 Prozent von einem Caterer, der Rest sind Misch- oder Sonderformen.

Ausbildung und Lehre sowie Forschung

24 Prozent (n = 980) der Befragten arbeiten haupt- oder nebenberuflich in Ausbildung und Lehre. 53 Pro-

zent (n = 230, Mehrfachnennungen möglich) übernehmen die Ausbildung von Diätassistenten, 34 Prozent für Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe. 10 Prozent sind in der hochschulischen Lehre tätig, 19 Prozent arbeiten in der Fort- und Weiterbildung von Diätassistenten, 7 Prozent von Diabetesberatern bzw. Diabetesassistenten, 3 Prozent für andere, bisher nicht genannte Berufsgruppen.

19 Prozent (n = 1008) der Befragten waren und sind im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit an Forschungsaufgaben beteiligt. Die Bereiche sind dabei vielfältig, sie erstrecken sich von Forschungen zu bestimmten medizinischen Indikationen über Prävention, Lehre, Berufspolitik bis zur Digitalisierung und zum Verpflegungsmanagement.

Fort- und Weiterbildung

Wie schon bei der Befragung 2010 festgestellt wurde, ist die Fort- und Weiterbildungsaktivität innerhalb der Berufsgruppe hoch. Zwei Drittel der Befragten (66 %, n = 1034)

haben Fort- oder Weiterbildungen abgeschlossen, die zur Führung einer Zusatzbezeichnung berechtigen. 79 Prozent (n = 1034, Mehrfachnennungen möglich) sind fortbildungszertifiziert, davon 66 Prozent beim VDD. 56 Prozent (n = 1034) nehmen jährlich mehr als 20 Stunden an Fortbildungsveranstaltungen teil, 48 Prozent (n = 1034) nutzen ab und zu oder regelmäßig Online-Fortbildungen.

Berufszufriedenheit

23 Prozent (n = 1031) sind mit ihrer derzeitigen Tätigkeit sehr zufrieden, 34 Prozent zufrieden und weitere 28 Prozent überwiegend zufrieden (Abb. 6).

Wird die Berufszufriedenheit unter dem Aspekt des subjektiven Gefühls einer der Qualifikation entsprechenden Tätigkeit betrachtet, sind Teilnehmer mit einem hohen prozentualen Anteil von Tätigkeiten, die ihrer Qualifikation entsprechen, zufriedener (Abb. 7). Das lässt sich auch für die Anzahl der aktiven Berufsjahre feststellen: Wer lange im Beruf ver-

Abbildung 8: Häufige Gründe, die für oder gegen eine Berufszufriedenheit von Diätassistenten sprechen

- ▶ Spaß
- ▶ abwechslungsreich
- ▶ Teamarbeit
- ▶ Aufgabenfeld
- ▶ eigenverantwortliches Arbeiten
- ▶ interdisziplinäre Zusammenarbeit
- ▶ Traumberuf
- ▶ Patientenkontakt
- ▶ flexible Arbeitszeiten
- ▶ schlechte Vergütung
- ▶ zu wenig Wertschätzung
- ▶ Tätigkeit entspricht nicht der Qualifikation
- ▶ keine Zusammenarbeit im (interdisziplinären) Team
- ▶ zu wenig qualifiziertes Personal
- ▶ zu wenig Zeit
- ▶ hoher Küchenanteil
- ▶ zu wenig Patientenkontakt

weilt, ist zufriedener. Es könnte aber auch ein Beleg dafür sein, dass Diätassistenten, die zufrieden sind, ihren Beruf langfristig ausüben. Häufig genannte Gründe, die für oder gegen die Zufriedenheit im Beruf sprechen, sind in Abbildung 8 aufgeführt.

Fazit und Implikationen

Der wissenschaftlich-technische Fortschritt im Bereich Medizin und Ernährung, die demografische Entwicklung und das gewandelte Krankheitsspektrum, die Etablierung der Evidenzbasierung und eine sich wandelnde Rolle der Patienten von „braven Befehlsempfängern“ hin zu gut informierten und kritisch hinterfragenden stellen hohe Anforderungen an die berufliche Tätigkeit von Diätassistenten. Zugleich haben sich die Rahmenbedingungen für Tätigkeiten von Diätassistenten in den letzten Jahren erheblich verändert. Die Bedingungen für Abrechnung und Leistungserbringung von Tätigkeiten, die von Diätassistenten erbracht werden, sind sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich nach wie vor unzureichend. Aufgrund nur sehr eingeschränkter Abrechnungsmöglichkeiten im Rahmen von DRG's bzw. OPS-Kodes können Diätassistenten ihren finanziellen Mehrwert im stationären Bereich bisher nur eingeschränkt nach-

weisen [3, 4]. Der § 43 SGB V, über den im ambulanten Bereich noch die meisten Leistungen finanziert werden, stellt nur eine Kannleistung dar [5]. Tätigkeiten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung sind mit einem hohen bürokratischen Aufwand verknüpft. Trotz allem zeigt die Befragung, dass sich Diätassistenten in den klassischen Bereichen der Ernährungstherapie eine feste Position gesichert und das neu geregelte Feld Prävention und Gesundheitsförderung [6] mit erobert haben.

Die Tendenz, dass sich im Bereich Ernährungstherapie neue Stellen ergeben und der derzeitige Stellenpool in den Einsatzbereichen von 12 Prozent der Befragten erweitert werden soll, sind ein positives Zeichen. Die zunehmende Verankerung von Ernährungstherapie in diversen Leitlinien und die Ergebnisse aus der Erprobungsphase des neuen OPS-Kodes Ernährungsmmedizinische Komplexbehandlung 8-98j [4] könnten hier zu weiteren Verbesserungen führen. Diese Entwicklung muss abgewartet werden. Die strukturellen Bedingungen für die Gestaltung von Ernährungstherapie im stationären Bereich bedürfen ebenso einer Verbesserung. Stellenkennzahlen für einen Schlüssel, auf wie viele Patienten ein Diätassistent einzusetzen ist, existieren nur für Rehabilitati-

onskliniken [7]. Obwohl die Erarbeitung und Implementierung des prozessgeleiteten Handelns mittels G-NCP deutlich machen, dass die Ernährungsintervention nur erfolgversprechend durchgeführt werden kann, wenn ein umfassendes Ernährungsassessment, die Stellung der Ernährungsdiagnose und eine Interventionsplanung stattfinden, der Prozess durch Monitoring begleitet wird und eine abschließende Evaluation und Dokumentation erfolgen [8], gibt es hierfür nur sehr eingeschränkt Abrechnungskriterien. Einzig bei der Ausgestaltung der Bedingungen für das Heilmittel Ernährungstherapie für seltene angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose [9] konnten schon bessere Bedingungen erreicht werden. Die Aufnahme weiterer Indikationen für die Ernährungstherapie in die Heilmittelrichtlinie könnte perspektivisch zu einer Aufwertung der Leistungserbringung führen. Voraussetzung wäre jedoch, dass sich ein Nutznachweis für diese Indikationen erbringen lässt. Dass subjektiv eine durchschnittliche Vor- und Nachbereitungszeit von jeweils 18 Minuten benötigt und jeweils von rund einem Drittel der Teilnehmenden als nicht ausreichend empfunden wird, kann nur als erste Bestandsaufnahme gewertet werden. Hierzu wären detaillierte

und objektivierbare Erhebungen nötig, um aufzuzeigen, welche Zeiten für eine qualitätsgesicherte Durchführung der Ernährungstherapie angemessen und nötig sind. Die Angabe, dass für Tätigkeiten im Bereich Ernährungstherapie nur 51 Prozent der Arbeitszeit in direktem Patientenkontakt stattfinden, erscheint realistisch, wenn Terminabsprachen, Auswertungen von Befunden und Ernährungsprotokollen, interdisziplinäre Teamsitzungen, Dokumentationsaufwand, Wegezeiten usw. berücksichtigt werden. Insofern scheinen die aktuell üblichen Vergütungssätze im Rahmen des § 43 mehr als überarbeitungsbedürftig.

Auch im Bereich Verpflegungsmanagement haben sich Wandlungen vollzogen. Das durch die Umfrageergebnisse belegte Tätigkeitsspektrum weist darauf hin, dass für Diätassistenten, die in diesem Bereich tätig sind, zunehmend Anleitungs-, Überwachungs- und Steuerungsfunktionen zu verzeichnen sind; Aufgaben, die für eine qualitätsgesicherte und bedürfnisgerechte Ernährungsversorgung der Patienten unabdingbar sind. Die lange Zeit als klassisch angesehenen Tätigkeiten bei der Zubereitung von Speisen und Gerichten in der Diätküche sind zwar noch vorhanden, dominieren dieses Berufsfeld jedoch nicht mehr. Allerdings scheint gerade für dieses Berufsfeld der Anteil von Aufgaben vergleichsweise häufiger vorzukommen, die nicht dem eigentlichen Qualifikationsanspruch von Diätassistenten zugerechnet werden, wie einfache Tätigkeiten am Speisenverteillband, bei der Essensausgabe oder eben bei der Zubereitung von Speisen und Gerichten in der Großküche. Wer sich die Ausbildungsinhalte und das Ausbildungsziel [10] vergegenwärtigt, dem dürfte klar sein, dass sich bei Dominanz dieser Tätigkeiten auf Dauer ein Widerspruch ergibt, was sich auch bei Angaben zur Berufszufriedenheit widerspiegelt.

Unbedingt hervorzuheben und zu würdigen sind die unverändert ho-

hen Fort- und Weiterbildungsaktivitäten der Berufsgruppe. Sie zeigen das breite Spektrum und die Vielfalt von Einsatzgebieten, in die Diätassistenten ihre Kompetenzen einbringen können. Sie könnten jedoch auch darauf hinweisen, dass bestimmte Kompetenzen derzeit eben nur über diesen Weg erlangt werden können, weil sie in der Ausbildung bisher nicht vorgesehen sind und eine geregelte Aufstiegsqualifizierung seitens des Gesetzgebers fehlt. Die Angaben zur Nutzung von Onlinemedien für die Fortbildung stammen aus der „Vor-Corona-Zeit“. Hier dürfte sich in den letzten Monaten eine deutliche Zunahme ergeben haben, die sicher auch weiter bestehen bleibt und insbesondere den Fortbildungsmarkt künftig entscheidend prägen wird.

Der Trend zur Akademisierung hat auch die Berufsgruppe der Diätassistenten erreicht; hier ist es dringend an der Zeit, die Möglichkeit einer grundständigen Ausbildung und gleichzeitig die Durchlässigkeit der Ausbildung zum akademischen Abschluss, wie vom VDD gefordert [11], im Zuge der geplanten Gesetzesnovellierung festzuschreiben.

Die Berufszufriedenheit fällt gegenüber der Befragung von 2010 um 5 Prozent niedriger aus, das könnte auch damit zusammenhängen, dass sich der Anspruch und das berufliche Selbstverständnis von Diätassistenten in den letzten Jahren deutlich erhöht haben. Die Rolle als eigenständig agierender Therapieberuf wird zunehmend eingefordert, lässt sich aber unter den beschriebenen inhaltlichen und strukturellen Rahmenbedingungen nicht unumschränkt wahrnehmen. Die Ausbildungsinhalte von 1994 erweisen sich immer mehr als reformbedürftig und somit wird die angekündigte Novellierung des Berufsgesetzes [12] mit hohen Erwartungen verbunden. Ein Tätigkeitsvorbehalt, der die Tätigkeit im Bereich Ernährungstherapie an den gesetzlich reglementierten Berufsabschluss knüpft

[11], wäre ein probates Mittel, um den bestehenden „Leistungserbringungsdschungel“ zu beenden und mehr Sicherheit für die Patienten zu schaffen.

Die seit langem bestehenden Forderungen des VDD nach einer neuen Berufsbezeichnung, die sowohl dem Berufsfeld als auch der Eigenständigkeit der Leistungserbringung gerecht wird [11], können durch die Umfrageergebnisse bekräftigt werden. Die Befragung wies nach, dass im Berufsfeld Tätigkeiten in Therapie, Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsförderung zu verzeichnen sind, was der Diätetik entspricht. Somit lassen sich Begründungen für den vorgeschlagenen neuen Berufsnamen „Diätologe“ ableiten. Die Umfrageergebnisse belegen aber in besonderem Maße die Ernährungstherapie als Kernaufgabe unserer Berufsgruppe und stützen den Vorschlag, den Berufsnamen in „Ernährungstherapeut“ zu verändern.

Die Autorinnen



Katrin Fuhse
► B.Sc. Diätetik
kfuhse@gmx.de



Sabine Ohlrich-Hahn
► Dipl. med. päd.
► Hochschule
Neubrandenburg
Studiengang Diätetik,
Brodaer Straße 2,
17033 Neubrandenburg
ohlrich@hs-nb.de