

DiätassistentInnen 2020: Berufs- und Tätigkeitsfeldanalyse

Implikationen für die Reform des Berufsgesetzes

Katrin Fuhse, Daniel Buchholz, Sabine Ohlrich-Hahn

Abstract

Das Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (DiatAssG 1994) sichert staatlichen Einfluss, um PatientInnenschutz zu gewährleisten und den Beruf an erhöhte Anforderungen, z. B. zunehmende Komplexität von Erkrankungen und strukturelle Änderungen der Gesundheitsversorgung, anzupassen.

Eine aktuelle Online-Querschnitterhebung, anknüpfend an die 2010 erfolgte Berufs- und Tätigkeitsfeldanalyse, erfasste Berufsfelder, Art und Umfang der Tätigkeiten, Fort- und Weiterbildungen, Studienabschlüsse, Berufszufriedenheit sowie demografische Daten. Im Februar 2020 fand mit einem von einer ExpertInnengruppe erstellten Fragebogen eine Onlinebefragung statt. 1 256 Rückläufe von DiätassistentInnen (DA) erfolgten.

Tätigkeitsschwerpunkte von DA fokussieren danach auf patientennahe Aufgaben. Verglichen mit den Daten von 2010 erhöhte sich der Anteil der in der Ernährungstherapie Tätigen; im Verpflegungsmanagement arbeiten weniger DA, gleichzeitig nahmen Tätigkeiten mit Anleitung-, Steuerungs- und Überwachungsfunktion zu, ernährungsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung sind zu einem relevanten Tätigkeitsfeld geworden. Einen (bevorstehenden) Bachelorabschluss weisen 1/5 der Befragten auf.

Die Befragungsergebnisse sprechen für einen Reformbedarf des Berufsgesetzes und stützen die Forderungen des Berufsverbandes VDD nach neuem Berufstitel und Vollakademisierung.

Schlüsselwörter: DiätassistentInnen, Ernährungstherapie, Ernährungsintervention, VDD Berufsfeldanalyse 2020

Hintergrund

DiätassistentInnen stellen den einzigen gesetzlich reglementierten Gesundheitsfachberuf in der Ernährungstherapie und -prävention dar. Gemäß Ausbildungsziel (§ 3) des Gesetzes über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (DiatAssG), befähigt die Ausbildung zur eigenverantwortlichen Durchführung diättherapeutischer und ernährungsmedizinischer Maßnahmen und zur Mitwirkung bei der Prävention und Therapie von Krankheiten [1]. Diese gesetzliche Regelung in einem Bundesgesetz ist von hoher Bedeutung, da neben der Gewährleistung von PatientInnen- und VerbraucherInnenschutz von staatlicher Seite Einfluss auf Ausbildungsinhalte (u. a. Definition des Ausbildungsziels, einheitliche Ausbildungs- und Prüfungsverordnung) und die Verankerung im Gesundheitssystem (z. B. durch einen Therapievorbehalt) genommen werden kann. So ist es möglich, auf ein sich wandelndes Krankheitsspektrum, die zunehmende Komplexität von Erkrankungen und deren Therapien zu reagieren und den daraus resultierenden erhöhten Anforderungen an die Berufsgruppe der DiätassistentInnen nachzukommen [2]. Strukturelle Änderungen der Krankenhausversorgung (u. a. Trägerschaft, Bettenzahl), die Verkürzung der Verweildauer und die Verlagerung von Therapieangeboten vom stationären in den ambulanten Sektor [3, 4] haben Auswirkungen auf die Tätigkeit der Berufsgruppe [2]. Folgende Aspekte brachten für die Berufsgruppe eine neue Positionierung im Gesundheitssystem mit sich und führten zu einem Entwicklungsschub:

- Das Präventionsgesetz und die damit verbundene Entwicklung neuer Angebote im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung [5],
- die Etablierung von Disease-Management-Programmen [6],
- die Bestätigung durch das Urteil des Bundessozialgerichtes von 2000, dass es sich bei der

Zitierweise

Fuhse K, Buchholz D, Ohlrich-Hahn S: Dietitians 2020: Analyses of the dietetic workforce in Germany. Implications for the revision of the German Dietitian Law. *Ernahrungs Umschau* 67(12): 230–9. The English version of this article is available online: DOI: 10.4455/eu.2020.059

Peer-Review-Verfahren

Manuskript (Original) eingereicht: 24. Juni 2020
Überarbeitung angenommen: 11. September 2020

Korrespondierende Autorin

Dipl. med. päd. Sabine Ohlrich-Hahn
ohlrich@hs-nb.de

Diättherapie um ein Heilmittel handelt und über die Aufnahme in die Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien zu entscheiden sei [7] und • in besonderer Weise der G-BA-Beschluss zur Aufnahme der Ernährungstherapie für seltene angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose in die Heilmittelrichtlinie [8]

Auch die *European Federation of the Associations of Dietitians* (EFAD) setzte – z. B. mit den *Academic and Practitioner Standards* [9, 10] – Impulse zur weiteren Professionalisierung von DiätassistentInnen in Europa, die vom Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) und vom Bund für Ausbildung und Lehre in der Diätetik (BALD) aufgegriffen wurden.

Konsequenzen aus den hier beschriebenen Entwicklungen der letzten Jahre waren zunehmende Professionalisierungsbestrebungen, wie bspw. die Etablierung berufsspezifischer Bachelorstudiengänge für Diätetik, in denen zusätzlich zum reglementierten Berufsabschluss im dualen bzw. additiven Modell der Bachelor-Abschluss in Diätetik (B. Sc.) erworben werden kann [11] und die Implementierung des *German-Nutrition Care Process* (G-NCP), um das prozessgeleitete Handeln in der Diätetik transparent zu machen [12].

Trotz der sich ändernden beruflichen Anforderungen an DiätassistentInnen blieben die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Berufsgesetzes seit 1994 unverändert. Im Jahr 2019 wurde die Novellierung der gesetzlichen Grundlagen angekündigt [2].

Um die Entwicklung der Berufsgruppe auch mit wissenschaftlich gestützten Daten zu begleiten, wurden vom VDD mehrere Berufs- und Tätigkeitsfeldanalysen durchgeführt, zuletzt im Jahr 2010 [13]. 10 Jahre danach wurden nun mit der „VDD Berufsfeldanalyse 2020“ erneut Daten zu in Deutschland lebenden, examinierten DiätassistentInnen erhoben, die es erlauben, Aussagen zur aktuellen beruflichen Situation von DiätassistentInnen in Deutschland zu treffen. Sie sind nicht die einzigen AkteurInnen in den untersuchten Tätigkeitsfeldern, doch die Umfrage adressierte explizit nur Angehörige dieses gesetzlich geregelten Gesundheitsfachberufs.

Methode

Mitte 2019 bildete sich eine Arbeitsgruppe aus ExpertInnen des VDD (♦ Kasten 1 im Online-Supplement), die selbst in unterschiedlichen Berufsfeldern von DiätassistentInnen tätig sind: in der klinischen und ambulanten Ernährungstherapie, in der Prävention und Gesundheitsförderung, im Bereich Rehabilitation, im Verpflegungsmanagement sowie in der berufs- und hochschulischen Lehre. Basierend auf der Befragung aus dem Jahr 2010 wurden in einem ersten Schritt Fragen ausgewählt, angepasst bzw. neu erarbeitet und in mehreren Runden in der Arbeitsgruppe diskutiert und abgestimmt. Anfang 2020 wurde basierend auf diesem Abstimmungsprozess ein Onlinefragebogen mittels SurveyMonkey® für eine Querschnitterhebung entwickelt. Im Januar 2020 wurde ein Pretest mit 20 Teilnehmenden durchgeführt, der Fragebogen daraufhin final überarbeitet und endgültig angepasst. Die Befragung erfolgte anonym und freiwillig, eine Rückverfolgbarkeit der Absendenden war nicht möglich.

Der Onlinefragebogen umfasste insgesamt 53 Fragen, davon 23 geschlossene, 26 halboffene sowie 4 offene Fragen (♦ Abbildung 8 im Online-Supplement). Die Fragenkomplexe umfassten v. a. die Berufsfelder, Art und Umfang der Tätigkeiten, Fort- und Weiterbildungen, Studienabschlüsse, Berufszufriedenheit sowie die demografischen Daten der Teilnehmenden. Die Beteiligung an der Erhebung war möglich, wenn die Eingangsfrage, ob eine Ausbildung zum/zur DiätassistentIn abgeschlossen wurde, bejaht wurde. SchülerInnen waren bei dieser Befragung nicht adressiert. Die Mitgliedschaft in einem Berufs- oder Fachverband war nicht notwendig. DiätassistentInnen, die nicht mehr beruflich aktiv sind bzw. angaben, berufsfremd zu arbeiten, wurden nicht zu den einzelnen Berufsfeldern befragt, Vollzeitstudierende nur zum Berufsfeld Forschung. Für alle anderen wies der Fragebogen mehrere Verzweigungen zu den verschiedenen Berufsfeldern auf, sodass nicht jede/r alle Fragen beantworten musste.

Die Akquise der Teilnehmenden erfolgte über einen Online-Link im Sonder-Newsletter des VDD am 3.2.2020; zusätzlich erschienen die Ankündigung der Befragung und der Aufruf zur Teilnahme in der Verbandszeitung D & I 1/2020, in den vom VDD genutzten sozialen Medien (Facebook und Instagram) und der Teilnahmelink wurde Mitte Februar im Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) versandt. In allen Medien wurde dazu aufgefordert, den Link an weitere DiätassistentInnen aus dem privaten und beruflichen Umfeld weiterzugeben, sodass zusätzlich eine Verteilung mittels Schneeballsystem stattfand. Der Erhebungszeitraum umfasste 28 Tage vom 03.02. – 01.03.2020.

Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte überwiegend deskriptiv mittels IBM SPSS Statistics 25 (IBM, Armonk, New York, USA). Im Rahmen der inferentiellen Statistik wurden ergänzend der Chi²-Test oder der exakte Test nach Fisher verwendet. Für die Beurteilung der Werte wurde ein Signifikanzniveau von 0,05 festgelegt.

Die halboffenen und offenen Fragen wurden in Anlehnung an die Vorgehensweise der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert [14].

Die Altersstruktur der Befragten wurde mit den entsprechenden Daten aus der Mitgliederstatistik des VDD verglichen, um die Repräsentativität der Rückläufe abzuschätzen.

Datenschutz

Für die Auswertung zeichnete die Hochschule Neubrandenburg verantwortlich, diese ist eine öffentlich-rechtliche Einrichtung des Landes Mecklenburg-Vorpommern (MV). Die Auswertung der Daten erfolgte entsprechend in Übereinstimmung mit dem Datenschutzgesetz des Landes MV (DSG M-V vom 22. Mai 2018).

Ergebnisse

Response

Insgesamt beteiligten sich 1 311 Personen. Die Daten von 55 Teilnehmenden flossen nicht in die Analyse ein, da die Befragten angaben, keine Qualifikation als DiätassistentIn zu haben. Die Datensätze der verbleibenden 1 256 teilnehmenden DiätassistentInnen flossen in die Auswertung ein. Zu allen Fragen wurden die jeweils vorliegenden Antworten ausgewertet.

Demografische Angaben

Die Frage wurde von 84 % (n = 1 055) der Teilnehmenden beantwortet, hiervon waren 96 % weiblich und 4 % männlich. ♦ Abbildung 1 zeigt die Altersverteilung im Vergleich zur Altersstruktur der Mitglieder des VDD. 60 % geben (Fach-)Abitur oder die Fachhochschulreife und 39 % mittlere Reife als höchsten Schulabschluss an, weniger als 1 % haben einen Hauptschulabschluss. 34 % haben zum Umfragezeitpunkt > 20, 28 % 0–5, 23 % >10–20 und 15 % > 5–10 aktive Berufsjahre absolviert.

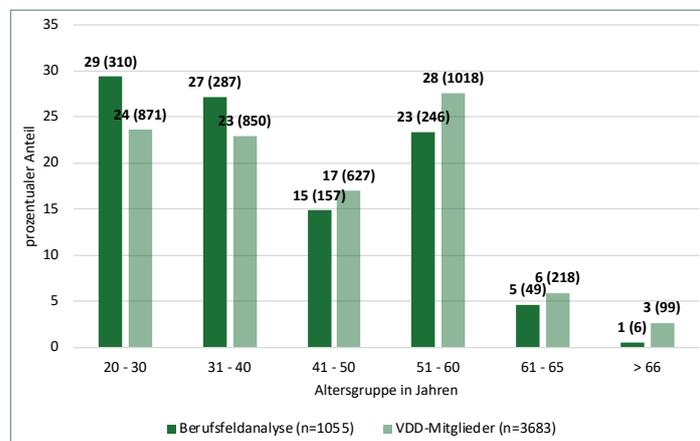


Abb. 1: Altersstruktur der Teilnehmenden an der VDD-Berufsfeldanalyse 2020 im Vergleich zu VDD-Mitgliedern

Arbeitsmodelle

Die Frage wurde von 84 % (n = 1 050) beantwortet. Davon üben 89 % der DiätassistentInnen ihre Tätigkeit im Angestelltenverhältnis aus, 10 % sind ausschließlich selbstständig tätig, weniger als 1 % arbeiten als UnternehmerIn, der/die weitere Angestellte beschäftigt. Von den Angestellten arbeiten 51 % der Teilnehmenden in Vollzeit und 38 % in Teilzeit. Von den angestellt tätigen DiätassistentInnen übernehmen zusätzlich 12 % bei Vollzeittätigkeit und 17 % bei Teilzeittätigkeit selbstständige Tätigkeiten. DiätassistentInnen arbeiten überwiegend allein bzw. in kleinen Teams. Es gab von 81 % (n = 1 020) Antworten, davon gaben

80 % an, dass 1–5 DiätassistentInnen bzw. Personen in vergleichbarer Tätigkeit in der Einrichtung bzw. Praxis tätig sind, bei 17 % sind es zwischen 6 und 15 pro Einrichtung, bei 3 % mehr als 16.

Tätigkeitsschwerpunkt ernährungsbezogene Interventionen mit direktem PatientInnenkontakt¹

Auf diese Frage gab es 83 % (n = 1 043) Antworten. Bezogen auf diese sind 89 % ernährungstherapeutisch¹ tätig, davon 44 % ausschließlich und 45 % für einen Teil der Arbeitsaufgaben. 11 % verneinten diese Frage. 71 % (n = 890) der Teilnehmenden antworteten auf die Frage zu den häufigsten Fachgebieten, in denen DiätassistentInnen arbeiten. Das sind Adipositas/Adipositaschirurgie (77 %), Gastroenterologie/Hepatology (65 %), Fettstoffwechselstörungen (64 %), Diabetologie (59 %), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (48 %), Onkologie (44 %), Allergologie/Dermatologie (35 %), Essstörungen (31 %) und Geriatrie (30 %). Auf die Frage zur Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen erfolgten 67 % (n = 840) Antworten, mit 83 % wurden am häufigsten ÄrztInnen genannt, danach folgen Pflegekräfte mit 61 %. Häufig aufgeführt wurden auch andere Therapieberufe mit 43 % sowie PsychologInnen mit 39 %. 79 % gaben an, mit anderen DiätassistentInnen, weitere 35 % mit AbsolventInnen ökotrophologischer und ernährungswissenschaftlicher Studiengänge zusammenzuarbeiten.

71 % (n = 890) der Teilnehmenden beantworteten die Frage nach den Tätigkeitsschwerpunkten im Bereich Ernährungstherapie. Dies sind für 67 % Einzelberatungen zu bestimmten diätetischen Themen, für 32 % Gruppenschulungen, für 31 % Prävention und Therapie von Mangelernährung, für 28 % Prävention und Gesundheitsförderung, für 19 % Screening und Assessment von Mangelernährung, für 15 % Ernährungssupport (enterale/parenterale Ernährung), für 9 % Insulin- bzw. Medikationsanpassung, für 9 % Qualitätssicherung/-management sowie für 5 % Entlassmanagement.

¹ Im weiteren Verlauf wird zur Vereinfachung des Leseflusses der Begriff Ernährungstherapie verwendet, da ernährungstherapeutische Leistungen überwiegen, auch wenn im Einzelfall Maßnahmen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung sowie Rehabilitation gemeint sind.

Tätigkeit im ambulanten Bereich

84 % (n = 1 051) der Befragten antworteten, davon gaben 56 % an, im ambulanten Bereich tätig zu sein. Bezogen auf diese Gruppe konnten folgende Tätigkeitsschwerpunkte ermittelt werden: 85 % führen Ernährungstherapie nach § 43 SGB V sowie Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung (48 %) bzw. im betrieblichen Gesundheitsmanagement (22 %) nach § 20 SGB V durch. Weniger häufig sind strukturierte Patientenschulungen (17 %) sowie Homecare im Bereich künstliche Ernährung (5 %) vertreten. 6 % erfüllen die Voraussetzung für die Tätigkeit gemäß Heilmittel Ernährungstherapie für seltene angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose und sind in diesem Bereich tätig (♦ Abbildung 2).

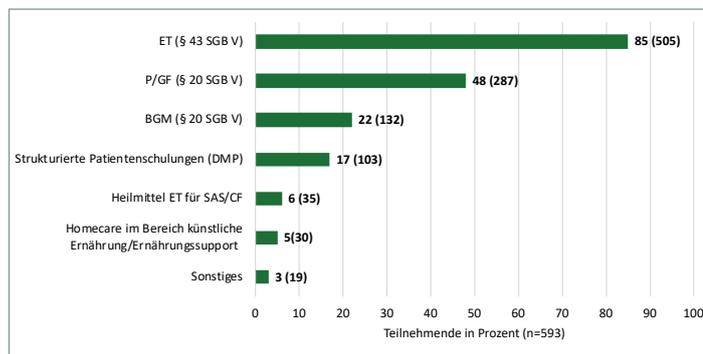


Abb. 2: Tätigkeitsschwerpunkte von DiätassistentInnen im ambulanten Bereich

BGM = Betriebliches Gesundheitsmanagement, ET = Ernährungstherapie, P/GF = Prävention und Gesundheitsförderung, SAS/CF = seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen/Mukoviszidose

Ernährungstherapie im stationären Bereich

Bei einem Rücklauf von 83 % (n = 1 039) gaben 63 % an, im stationären Bereich von Krankenhäusern oder Rehabilitationskliniken zu arbeiten. Bezogen auf diese sind mit 56 % die meisten Teilnehmenden in kleineren und mittleren stationären Einrichtungen (100–500 Betten) tätig, 18 % arbeiten in Häusern mit 500–999, 20 % in Einrichtungen mit 1 000 und mehr Betten. Bei 6 % sind

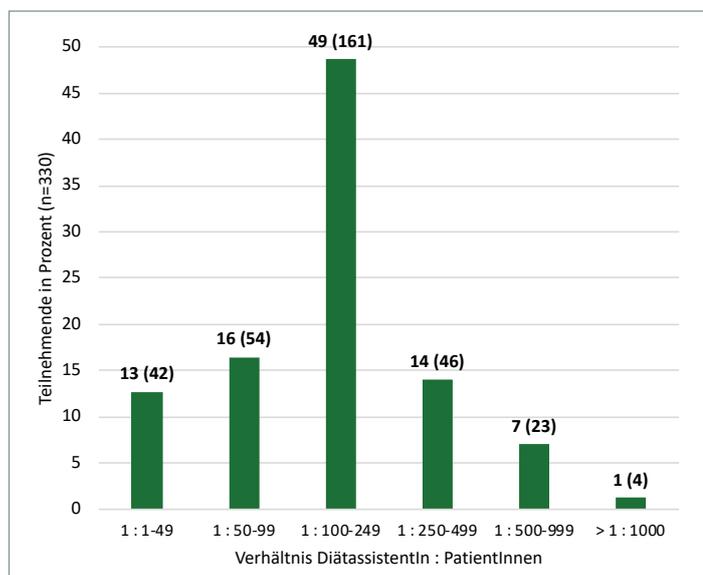


Abb. 3: Dietitian-Patient-Ratio im stationären Bereich

es weniger als 99 Betten pro Einrichtung. Auf die Frage, für wie viele PatientInnen im stationären Bereich ein/e DiätassistentIn zuständig ist (*Dietitian-Patient-Ratio*), antworteten 26 % (n = 330). Es ergab sich eine durchschnittliche *Dietitian-Patient-Ratio* von 1:188, wobei die Varianz zum Teil beträchtlich ist (♦ Abbildung 3).

In weniger als der Hälfte (43 %) der Einrichtungen existiert ein Ernährungsteam, bei weiteren 10 % ist eine Gründung zeitnah geplant (n = 612).

Schwerpunkt Pflege- und Versorgungsmanagement

Von 79 % (n = 995) der Antwortenden gaben 9 % an, ausschließlich und 35 % für einen Teil der Arbeitsaufgaben im Pflege- und Versorgungsmanagement zu arbeiten. 32 % (n = 400) der Befragten gaben Auskunft, was ihre Tätigkeit beinhaltet. Von diesen führen 11 % Aufgaben ohne PatientInnenkontakt aus, 9 % ausschließlich administrative Aufgaben. Zusätzlich zu den Aufgaben im Pflegebereich übernehmen 29 % Ernährungsberatungen² in einem fest definierten Umfang, 28 % Ernährungsberatungen auf Anfrage und 14 % sprechen die Kostformen mit den PatientInnen ab. 8 % arbeiten als FachberaterIn für die Gemeinschaftsverpflegung. 33 % (n = 417) der Teilnehmenden antworteten auf die Frage zu Tätigkeiten, die immer und häufig im Bereich Pflege- und Versorgungsmanagement ausgeübt werden. Dabei wurden mit 63 % Allergenkennzeichnung, 60 % Qualitätssicherung inkl. Band-Endkontrolle und 54 % Speiseplanerstellung und -berechnung am häufigsten benannt.

Schwerpunkt Forschung

Bezogen auf 80 % (n = 1 008) Antworten zu dieser Frage gaben 19 % der DiätassistentInnen an, in Forschungsaufgaben involviert zu sein. Von diesen wiederum gaben 44 % an, Forschungsaufgaben im Rahmen des Studiums ausgeübt zu haben bzw. dies aktuell zu tun. Für 39 % stellt Forschung eine reguläre Arbeitsaufgabe dar. 30 % arbeiten oder arbeiteten zeitweise als Teammitglied an Forschungsvorhaben und 2 % übernehmen bzw. übernahmen Forschungsaufgaben im Rahmen ihrer Promotion.

² Dieser Begriff inkludiert auch alle kommunikativen Interventionsformen gemäß G-NCP [12].

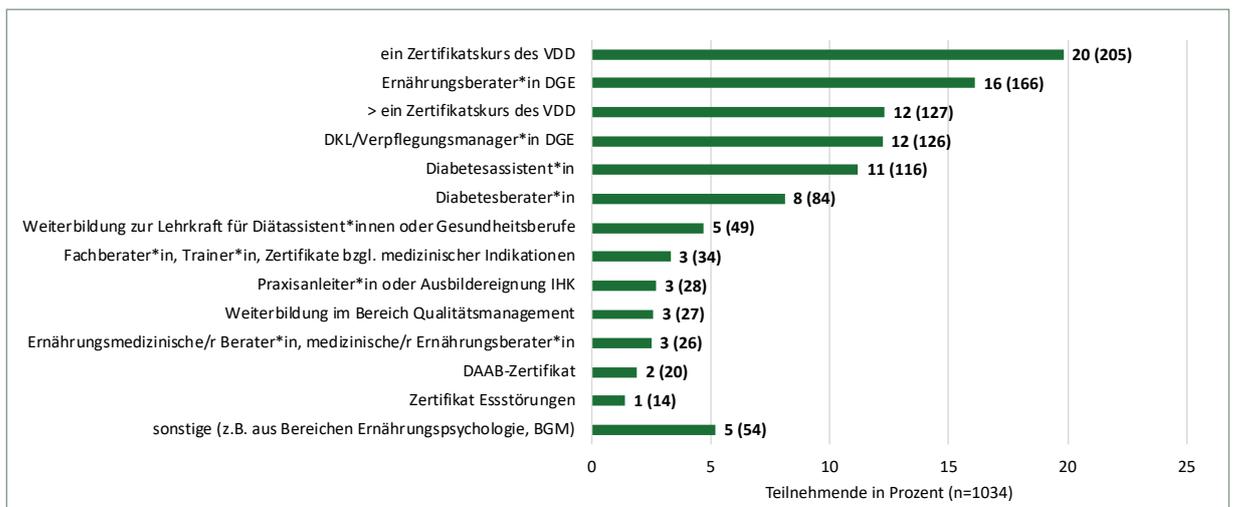


Abb. 4: Weiterbildungen mit Zertifikat, die von DiätassistentInnen absolviert wurden

BGM = Betriebliches Gesundheitsmanagement, DAAB = Deutscher Allergie- und Asthmabund, DGE = Deutsche Gesellschaft für Ernährung, DKL = Diätküchenleiter, IHK = Industrie- und Handelskammer, VDD = Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V.

Studium, Fort- und Weiterbildung

Zu diesem Fragenkomplex konnten 82 % (n = 1 034) Antworten ausgewertet werden. 56 % davon nehmen jährlich mehr als 20 Stunden an Fortbildungsveranstaltungen teil, 27 % sogar mehr als 30 Stunden. 66 % haben Weiterbildungen absolviert, die mit einer Zusatzbezeichnung oder einem Zertifikat abgeschlossen wurden (♦ Abbildung 4). In Bezug auf begonnene oder absolvierte akademische Abschlüsse gaben 20 % der Befragten einen Bachelorstudiengang, 9 % einen Masterstudiengang und 3 % eine Promotion an.

Zufriedenheit mit dem Beruf

Bei 82 % (n = 1 031) auswertbaren Antworten gaben 85 % der DiätassistentInnen an, mit ihrer derzeitigen Tätigkeit zufrieden zu sein (♦ Abbildung 5). Teilnehmende mit mehr aktiven Berufsjahren ($r_s = -0,192$, $p < 0,001$), mit einer höheren Fortbildungsaktivität ($r_s = -0,254$, $p < 0,001$) und einem hohen prozentualen Anteil an Tätigkeiten, die ihrer Qualifikation entsprechen ($r_s = 0,377$, $p < 0,001$), sind laut der Befragung zufriedener. Zudem zeigen Teilnehmende, die ausschließlich im Bereich Ernährungstherapie

arbeiten, häufiger an, mit dem Beruf zufrieden zu sein, als solche, die ausschließlich im Verpflegungsmanagement arbeiten (♦ Abbildung 6).

Zur Frage, ob der Beruf noch einmal ergriffen würde, gingen 84 % (n = 1 052) Rückläufe ein. Davon antworteten fast drei Viertel (73 %) mit ja. Zudem wurde nach Gründen für die Entscheidung gefragt, den Beruf noch einmal oder nicht wieder ergreifen zu wollen, eine Zusammenfassung der häufigsten Gründe zeigt ♦ Abbildung 7.

Diskussion

Demografische Angaben und Art der Tätigkeit

Anhand der demografischen Angaben lassen sich Veränderungen innerhalb der Berufsgruppe in den letzten 10 Jahren aufzeigen. In Bezug auf den höchsten Schulabschluss hat sich die Zahl der Personen mit Hochschulzugangsberechtigung von 42 auf 60 % erhöht und damit den schon 2010 festgestellten Trend weiter bestätigt. Im gleichen Zug verringerte sich der Personenkreis mit Realschulabschluss von 56 auf 39 %. Die Berufsgruppe ist weiterhin weiblich dominiert. In der Befragung von 2010 wurde ein Anteil männlicher Schüler von 6 % ermittelt, was seinerzeit zu der Prognose führte, dass der Anteil männlicher Berufsangehöriger steigen wird [13]. Dies kann durch die aktuelle Befragung bestätigt werden, denn gegenüber 2010 hat sich der Männeranteil von 2 auf 4 % verdoppelt.

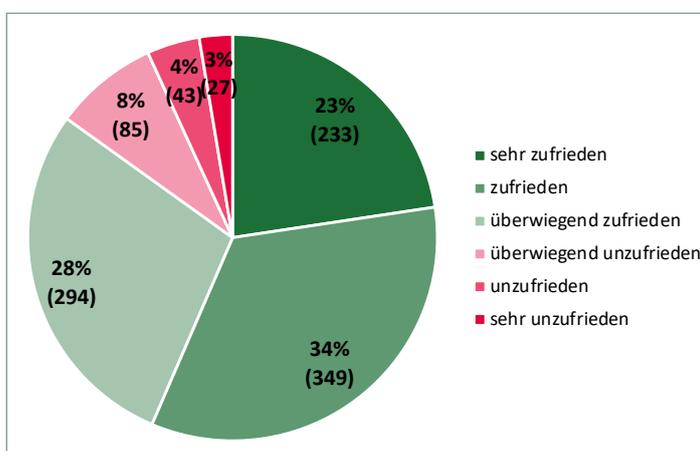


Abb. 5: Zufriedenheit von DiätassistentInnen mit ihrer aktuellen Tätigkeit (n = 1 031)

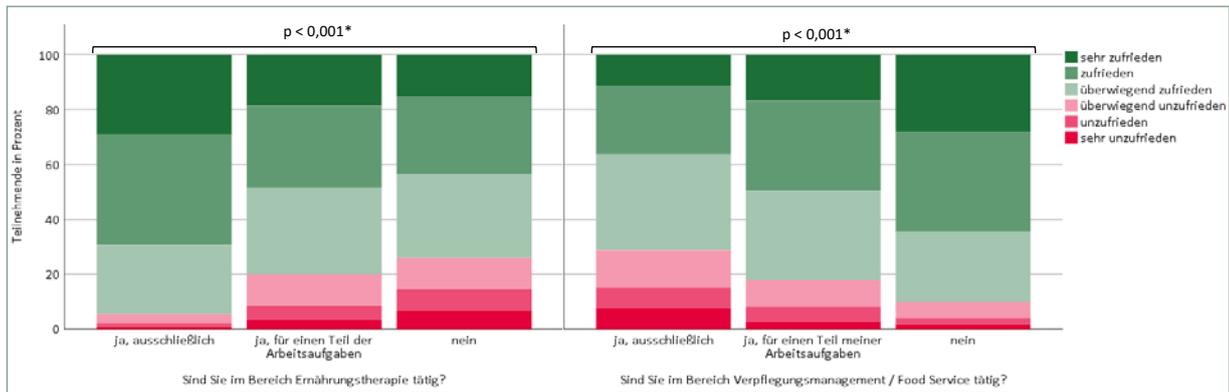


Abb. 6: Zufriedenheit mit der Tätigkeit in Abhängigkeit von der Arbeit in der Ernährungstherapie und dem Verpflegungsmanagement (* Chi²-Test)

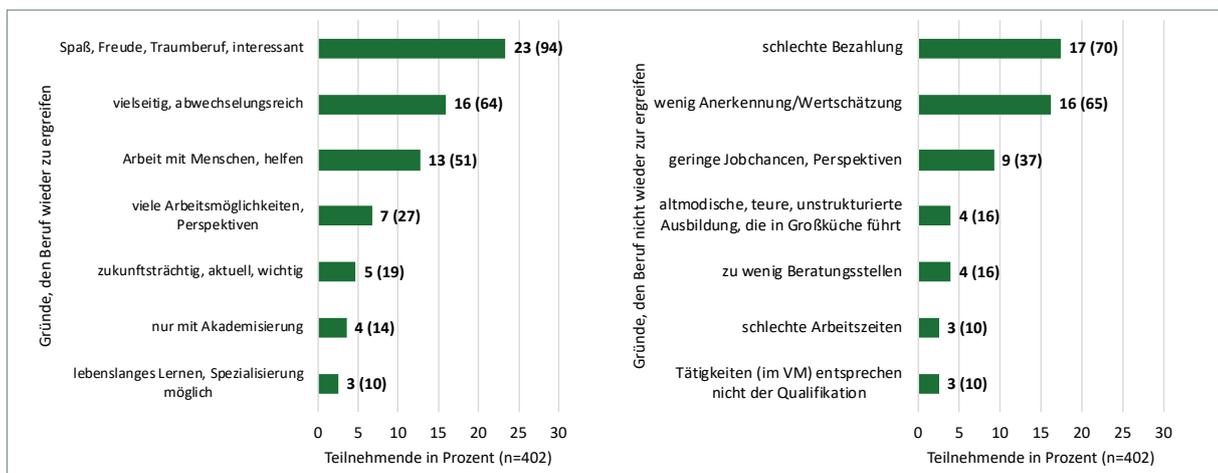


Abb. 7: Gründe von DiätassistentInnen, den Beruf (nicht) noch einmal zu ergreifen

Das Angestelltenverhältnis ist wie bereits 2010 die häufigste Beschäftigungsform für DiätassistentInnen. Mit 89 % ist der Wert im Vergleich zu den Daten aus dem Jahr 2010 um 4 % angestiegen bei gleichzeitigem Rückgang der selbstständig Tätigen um 5 %. Der Rückgang selbstständiger DiätassistentInnen könnte u. a. darin begründet sein, dass sich nach wie vor die Verankerung ambulanter ernährungstherapeutischer Leistungen im Gesundheitssystem und deren Abrechnung als unzureichend und betriebswirtschaftlich unsicher darstellt [15]. Die ambulante Ernährungstherapie nach § 43 SGB V ist als *Kannleistung* der GKV angelegt [15, 16] und die Vergütung/Erstattung wird je nach Krankenkasse unterschiedlich gehandhabt. Ein Rechtsanspruch auf ambulante Ernährungstherapie in Form eines Heilmittels ist derzeit ausschließlich bei den Indikationen seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose gegeben [8]. Das stellt einen wesentlichen Unterschied zu anderen Therapieberufen dar, bspw. PhysiotherapeutInnen. Der Heilmittelbericht 2019 weist aus, dass auf 1 000 GKV-Versicherte im Kalenderjahr 2018 ca. 483 physiotherapeutische Leistungen aus dem Heilmittelkatalog entfielen [17]. Für das Heilmittel Ernährungstherapie liegen leider noch keine Angaben vor, diese dürften jedoch aufgrund der Indikationseinschränkung und der vergleichsweise kleinen Fallzahl von Menschen mit angeborenen Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose nur einen sehr geringen Umfang aufweisen.

Mit der individuellen verhaltensbezogenen Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V (Handlungsfeld Ernährung) [5] haben sich neue Arbeitsmöglichkeiten ergeben. Jedoch sind beim VDD Rückmeldungen von Mitgliedern zu verzeichnen, dass sich die Zulassung von Kursangeboten bei der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) als komplex und bürokratisch aufwendig herausstellt, was wiederum erklären könnte, dass der Anteil an ernährungsbezogenen Maßnahmen für individuelle Präventionsangebote nur einen Kostenanteil von 3 % der GKV-Gesamtausgaben für diesen Bereich umfasst [18].

Nur 4 (0,4 %) der teilnehmenden DiätassistentInnen führen eigene Praxen mit Angestellten, weitere 108 (10 %) Personen arbeiten selbstständig in eigener Niederlassung ohne Angestellte. Sowohl die hohen Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas, Diabetes mellitus und anderer nicht übertragbarer Erkrankungen als auch die Nationalen Gesundheitsziele (♦ Übersicht 1) [19, 20] belegen den Bedarf an

Übs. 1: Nationale Gesundheitsziele [20]

- Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln
- Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen
- Tabakkonsum reduzieren
- Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung
- Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, PatientInnensouveränität stärken
- Depressive Erkrankungen verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln
- Gesund älter werden
- Alkoholkonsum reduzieren
- Gesundheit rund um die Geburt

ernährungstherapeutischer und ernährungspräventiver ambulanter Versorgung. Dass dennoch so wenige DiätassistentInnen selbstständig in Praxen tätig sind, zeigt möglicherweise gesundheitssystemische Missverhältnisse auf: Die selbstständige Tätigkeit lässt sich betriebswirtschaftlich nicht sicher gestalten. Für diese Vermutung spricht, dass mit 29 % fast dreimal so viele DiätassistentInnen ihre freiberufliche Tätigkeit mit der sozialen Sicherheit eines Anstellungsverhältnisses kombinieren (müssen).

Für die stationäre Rehabilitation weist die Deutsche Rentenversicherung einen Stellenschlüssel von 0,8 DiätassistentInnen (oder vergleichbar) auf 100 PatientInnen in der Orthopädie, in der Onkologie von 1:100, in der Kardiologie und Gastroenterologie von 1,25:100 aus [21]. Vergleichbare Strukturanforderungen für Krankenhäuser in Deutschland existieren nicht. Die *Academy of Nutrition and Dietetics* empfiehlt für klinisch tätige DiätassistentInnen in den USA eine *Dietitian-Patient-Ratio* von 1:65 bis 1:75 [22, 23]. Die hier vorgestellte Befragung ergab im Durchschnitt eine Ratio von 1:188. Diese Zahl stellt jedoch den Durchschnittswert von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen dar. Die Ratio ist insbesondere in den Krankenhäusern viel ungünstiger. So gaben 22 % der Befragten an, dass ein/e DiätassistentIn mehr als 250, vereinzelt bis zu 1 000 PatientInnen betreut. Gemäß Bundesstatistik gibt es in Deutschland 1 942 Krankenhäuser mit 497 182 Betten [24]. Nur 801 Krankenhäuser, weniger als die Hälfte der existierenden Einrichtungen, geben an, dass sie insgesamt 2 417 DiätassistentInnen (darunter 1 277 Teilzeitkräfte) beschäftigen [24]. Ein Bezug zur Bettenzahl erfolgt dabei nicht. Eine *Dietitian-Patient-Ratio* lässt sich durch diese Statistik nicht ermitteln. Es ist jedoch ableitbar, dass es eine hohe Anzahl von Krankenhäusern gibt, die selbst keine DiätassistentInnen beschäftigen.

Der Anteil der im Bereich Ernährungstherapie tätigen DiätassistentInnen hat sich mit 89 % im Vergleich zu 85 % im Jahr 2010 leicht erhöht. PatientInnennahe Tätigkeiten in der ernährungstherapeutischen Versorgung stellen mit steigender Tendenz das Hauptarbeitsfeld von DiätassistentInnen dar. Gleichzeitig ist der Anteil der DiätassistentInnen, die im Verpflegungsmanagement tätig sind, von 54 % auf 43 % gesunken. Hervorzuheben ist jedoch, dass sich im Verpflegungsmanagement die Tätigkeiten hin zu mehr Anleitungs-, Steuerungs- und Überwachungsfunktion verlagert haben. Dies lässt sich mit der Etablierung neuer Verpflegungssysteme und der fortschreitenden Zentralisierung der

Krankenhausverpflegung (Entstehung sog. Verteilzentren) erklären [25].

Der Anteil der in Eigenregie betriebenen Krankenhausküchen ist zwischen 2005 und 2019 um 15 % gesunken [26].

Berufliche Zufriedenheit

Die qualitative Auswertung zur Berufszufriedenheit lässt eine große Heterogenität erkennen. 23 % empfinden den Beruf als „Traumberuf“, dagegen bemängeln 16 % geringe Anerkennung und Wertschätzung und 9 % fehlende Perspektiven. Diese Einschätzung dürfte in erster Linie mit den ausgeführten Tätigkeiten zusammenhängen, wobei die vorliegenden Daten dafür sprechen, dass patientInnennahe Tätigkeiten die Berufszufriedenheit erhöhen (♦ Abbildung 6).

Das Ausmaß der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen blieb gegenüber 2010 fast unverändert. Das unterstreicht den Vorschlag des VDD, bei der Gesetzesnovellierung der Ausprägung von Kompetenzen zur interdisziplinären Zusammenarbeit deutliches Gewicht beizumessen und diese explizit im Ausbildungsziel zu verankern [27]. Dieser Vorschlag basiert auch auf den Empfehlungen der Gutachten des Sachverständigenrates von 2018 bzw. 2007, in denen die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen als essenziell für eine gute Gesundheitsversorgung betrachtet wird [28, 29].

Die schon in der Befragung von 2010 festgestellte hohe Weiterbildungsaktivität der Berufsgruppe ist auch nach der aktuellen Befragung nahezu unverändert hoch. Der Anteil weitergebildeter Berufsangehöriger liegt mit 66 % etwa im gleichen Bereich wie 2010. Erstmals wurde der Anteil akademisch qualifizierter DiätassistentInnen erfasst. Vom VDD erhobene Daten aus einer Befragung der AbsolventInnen des Abschlussjahrganges 2019 (n = 147), der zufolge 38 % direkt bzw. innerhalb von 3–5 Jahren nach der Ausbildung ein Studium anstreben [30], weist auf das hohe Interesse an einem akademischen Abschluss hin, sodass von einem weiterhin steigenden Anteil akademisch qualifizierter DiätassistentInnen auszugehen ist. Dies wiederum untermauert den Bedarf der grundständigen Akademisierung der DiätassistentInnen aus Perspektive der Berufsgruppenangehörigen.

Ein grundständiges Studienmodell lässt das geltende Berufsgesetz jedoch nicht zu [1]. Deshalb ist in Deutschland ein Bachelorabschluss in der Diätetik bisher ausschließlich in berufsspezifischen dualen oder additiven Studiengängen möglich, wovon bisher drei existieren. In diesem Kontext ist zu betonen, dass Deutschland weltweit das einzige hochentwickelte Land darstellt, das keine grundständige akademische Ausbildung für DiätassistentInnen vorsieht.

Diese Isolation von in Deutschland qualifizierten DiätassistentInnen resultiert zunehmend in Problemen in der europäischen und internationalen Anschlussfähigkeit in Forschung und Lehre sowie bei der berufsrechtlichen Anerkennung. Eine fehlende grundständige akademische Ausbildung führt aber auch zu einer massiven Verlängerung der Ausbildungszeit bis zum akademischen Abschluss auf 4,5 bzw. 5 Jahre. Grundständige Studiengänge für DiätassistentInnen im Ausland dauern in der Regel zwischen 3 und 4 Jahren. EFAD empfiehlt 3,5 Jahre (7 Semester) für den ersten berufsqualifizierenden Abschluss in der Diätetik [9].

Stärken und Limitationen

Die vorliegenden Daten basieren auf einem Fragebogenrücklauf, der verglichen mit 14 000 gemäß Gesundheitsberichtserstattung des Bundes erreichbaren Berufsangehörigen [31] bei 9 % liegt. Für Deutschland liegen keine Daten vor, wie viele ausgebildete DiätassistentInnen tatsächlich im Beruf tätig sind, eine Registrierung von Berufsangehörigen wie bspw. in Großbritannien oder in Skandinavien ist nicht üblich. Bedingt durch die Methodik der Online-Befragung mit der Weitergabe des Links über den VDD bzw. DGE-Newsletter und soziale Medien war die Grundgesamtheit der erreichten DiätassistentInnen nicht zu ermitteln. Zudem implizieren Online-Befragungen, dass eher eine medienaffine Zielgruppe angesprochen wird. Die höchste Beteiligung wurde in der Altersgruppe der 20- bis 30-Jährigen erreicht. Der Vergleich des Rücklaufs mit der Altersstruktur der VDD-Mitglieder spricht jedoch dafür, dass die verschiedenen Altersgruppen annähernd repräsentativ erfasst wurden (♦ Abbildung 1). SurveyMonkey® lässt nur eine Rückantwort pro IP-Adresse zu. Mehrfachteilnahmen lassen sich jedoch nicht ausschließen, sollte eine Person Endgeräte mit unterschiedlichen IP-Adressen genutzt haben.

Die Untersuchung basiert auf einer Querschnitterhebung mittels Fragebogen. Verzerrungen, weil sich bevorzugt am Thema Interessierte beteiligten sowie aufgrund unwahrer Antworten sind somit möglich. Ebenso könnten trotz Pretest Fragen durch die Teilnehmenden anders verstanden worden sein, als beabsichtigt war. Die zur Verfügung stehenden Kapazitäten ließen jedoch keine Alternative der Datenerhebung zu.

Die häufig als Vergleich herangezogene Berufsfeldanalyse von 2010 [13] (♦ Abbildung 9 im Online-Supplement) basierte auf einer schriftlichen Befragung, die sich gemäß dem damaligen Auftrag des VDD ausschließlich an Mitglieder des Berufsverbandes richtete und bei der auch SchülerInnen einbezogen wurden. Zu diesem Zeitpunkt waren Online-Befragungen noch kein üblicher Standard. Die aktuelle Untersuchung knüpft zwar an die Befragung von 2010 an und übernimmt wesentliche Fragenthemen, ist mit dieser jedoch nicht identisch. So haben sich berufliche Tä-

tigkeiten sowie deren Begrifflichkeiten in den letzten 10 Jahren erweitert bzw. verändert, weshalb Anpassungen und Ergänzungen notwendig waren. Andere Vergleichswerte konnten nicht aufgefunden werden.

Die Homogenität der Antworten, die Altersstruktur sowie die prozentuale Verteilung des Geschlechts der Befragten im Vergleich zur Mitgliederstruktur des VDD sowie die Frageergebnisse, die zwar Unterschiede zur Befragung aus dem Jahr 2010 erkennen lassen, jedoch plausibel sind, sprechen zumindest für eine Repräsentativität der Ergebnisse für die Mitglieder des VDD. Aufgrund der fehlenden Registrierung kann zur Repräsentativität der Ergebnisse für alle in Deutschland lebenden bzw. tätigen DiätassistentInnen keine Aussage getroffen werden.

Implikationen und Schlussfolgerung

Die erhobenen Daten unterstreichen, dass die Tätigkeitsschwerpunkte der Berufsgruppe der DiätassistentInnen auf patientInnennahe Aufgaben im Bereich Ernährungstherapie fokussieren. Die fachlichen Herausforderungen der Berufs- und Tätigkeitsfelder von DiätassistentInnen in Deutschland spiegeln sich aber nicht immer bzw. teilweise nur unzureichend in der seit 1994 gültigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wider, was deren Reformbedarf erkennen lässt. Die hohe Fort- und Weiterbildungsbereitschaft und die zunehmende Tendenz der Akademisierung der DiätassistentInnen ermöglicht es jedoch bisher, diese Defizite weitestgehend zu kompensieren. Allerdings – wie z. B. bei den additiven und dualen Studiengängen in Diätetik – unter hohem zeitlichen und finanziellen Aufwand, der im europäischen und internationalen Kontext unüblich ist und eine fragwürdige Besonderheit darstellt.

Die nötige/geforderte Evidenzbasierung in der Diätetik sowie höhere Anforderungen bei stationärer und ambulanter Ernährungstherapie, die Notwendigkeit der verstärkten interdisziplinären Zusammenarbeit, ein Anstieg von Tätigkeiten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung sowie die mehr auf Überwachung und Steuerung ausgelegten Anforderungen im Pflege- und Versorgungsmanagement weisen darauf hin, dass das geltende Ausbildungsziel und die inhaltliche und strukturelle Ausrichtung der Ausbildung einer Anpassung und Modernisierung bedürfen und die Vollakademisierung erforderlich ist.

Diese Vollakademisierung ist außerdem vor dem Hintergrund notwendig, dass Diätassis-

tentInnen innerhalb der Berufsgruppe in kleinen Teams oder häufig sogar allein für eine hohe Zahl von PatientInnen verantwortlich sind. Möglichkeiten für eine Aufgabenteilung und -abstufung sind kaum gegeben. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe Gesundheitsberufe hält es für wichtig, insbesondere kleine Berufsgruppen voll zu akademisieren, weil jede/r Berufsangehörige in der Lage sein muss, das gesamte Tätigkeitsspektrum des Berufes zu beherrschen [2].

Hieran anknüpfend bildet die aktuelle Berufsbezeichnung („AssistentIn“) das Tätigkeitsspektrum und die juristische und fachliche Durchführungsverantwortung insbesondere in der Ernährungstherapie schon lange nicht mehr ab. Eine entsprechende Anpassung ist mehr als überfällig und wird – wie auch die Akademisierung der Berufsgruppe vom VDD seit dem Jahr 2007 (!) gefordert. Die Sinnhaftigkeit bzw. Berechtigung der vom VDD geforderten künftigen Bezeichnung „ErnährungstherapeutIn“ [27] wird durch die Befragungsergebnisse untermauert.

Die vorliegende Analyse ist ein wichtiges Instrument, um Aussagen zum Berufs- und Tätigkeitsfeld von DiätassistentInnen zu treffen, deren Veränderungen aufzuzeigen sowie entsprechend berufspolitisch intervenieren zu können. Ein obligatorisches Monitoring steigert die Aussagekraft. Ergänzende qualitative Untersuchungen bzw. Befragungen von StakeholderInnen und AkteurInnen im Gesundheitssystem, mit denen DiätassistentInnen unmittelbar zusammenarbeiten, verbessern die Datenlage zusätzlich. Eine bereits für das Jahr 2025 geplante kleinere Umfrage wird v. a. die Karrierewege akademisch qualifizierter DiätassistentInnen aufgreifen.

Katrin Fuhse, B.Sc. Diätetik¹

Dr. Daniel Buchholz, MPH²

Dipl. med. päd. Sabine Ohlrich-Hahn^{1,3}

¹ Hochschule Neubrandenburg, Studiengang Diätetik

² Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, Staatlich anerkannte Schule für Diätassistenten

³ ohlrich@hs-nb.de

Interessenkonflikt

Katrin Fuhse erhielt vom VDD einmalig eine Aufwandsentschädigung.

Die AutorInnen erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucher-schutz: Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (DiätAssG). www.gesetze-im-internet.de/di_tassg_1994/ (last accessed on 21 September 2020).
2. Bundesgesundheitsministerium. Bund-Länder-Arbeitsgruppe Gesundheitsberufe: Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“. www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2020/gesamtkonzept-gesundheitsberufe.html (last accessed on 21 September 2020).
3. Statistisches Bundesamt: Durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 1992 bis 2018. de.statista.com/statistik/daten/studie/2604/umfrage/durchschnittliche-verweildauer-im-krankenhaus-seit-1992/ (last accessed on 25 May 2020).
4. RKI: Wie haben sich Angebot und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung verändert (Gesundheitsberichterstattung 05) 2015. www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/05_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile (last accessed on 04 April 2020).
5. GKV: Leitfaden Prävention vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 1. Oktober 2018. www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp (last accessed on 03 June 2020).
6. Gemeinsamer Bundesausschuss: Disease Management Programme. www.g-ba.de/themen/disease-management-programme/ (last accessed on 26 May 2020).
7. Bundessozialgericht: Urteil vom 28.6.2000 - B 6 KA 26/99 R. www.judicialis.de/Bundessozialgericht_B-6-KA-26-99-R_Urteil_28.06.2000.html (last accessed on 11 June 2020).
8. Gemeinsamer Bundesausschuss: Beschluss Heilmittelrichtlinie: Ernährungstherapie und weitere Änderungen. www.g-ba.de/beschluesse/3972/ (last accessed on 26 May 2020).
9. EFAD: European Academic and Practitioner Standards for Dietetics 2005. www.efad.org/en-us/reports-and-papers/efad-standards/ (last accessed on 26 May 2020).
10. EFAD: EFAD Academic Standards – 2018 revision. www.efad.org/media/1633/efad-academic-standards-revised-june-2018.pdf (last accessed on 26 May 2020).
11. Buchholz D, Meier J: Wissen & Handeln: Zur Akademisierung und Professionalisierung der Diätassistenten in Deutschland. *Ernahrungs Umschau* 2015; 62(5): 75–80.
12. VDD (ed.): VDD-Leitlinie für die Ernährungstherapie und das prozessgeleitete Handeln in der Diätetik. Band 1, Manual für den German-Nutrition Care Prozess (GNCP). 3. ed., Lengerich: Pabst Science Publishers 2015.
13. Buchholz D et al.: Berufs- und Tätigkeitsfeldanalyse der Diätassistentinnen und Diätassistenten in Deutschland.

- Ernährungs Umschau 2010; 58(5): 258–64.
14. Mayring P: *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 12. ed., Weinheim und Basel: Beltz 2015.
 15. Steinkamp D, Richard L: *Die Ernährungsberatung in Deutschland und die Krankenkassen*. D&I 2016(4): 22–6.
 16. Sozialgesetzbuch V, § 43. www.sozialgesetzbuch-sgb.de. (last accessed on 26 May 2020).
 17. Waltersbacher A: *Heilmittelbericht 2019*. Wissenschaftliches Institut der AOK. www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_hmb_2019.pdf (last accessed on 21 June 2020).
 18. GKV Spitzenverband: *SPV-Kennzahlen 2019*. www.gkv-spitzenverband.de/presse/zahlen_und_grafiken/zahlen_und_grafiken.jsp (last accessed on 03 June 2020).
 19. RKI, Destatis: *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheitliche Lage*. www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_sprache=D&p_knoten=TR3600www.gbe-bund.de (last accessed on 16 June 2020).
 20. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. *Nationale Gesundheitsziele*. www.gesundheitsziele.de (last accessed on 16 June 2020).
 21. Deutsche Rentenversicherung. *Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung*. www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_strukturqualitaet/Broschuere_Strukturanforderungen.html (last accessed on 11 June 2020).
 22. Marcason W: *What is ADA's staffing ratio for clinical dietitians?* *J Am Diet Assoc* 2006; 106(11): 1916.
 23. Phillips W: *Clinical nutrition staffing benchmarks for acute care hospitals*. *J Acad Nutr Diet* 2015; 115(7): 1054–6.
 24. Statistisches Bundesamt: *Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2017*. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177004.pdf?__blob=publicationFile (last accessed on 11 June 2020).
 25. FoodService: *Care Studie. Zentralisierung und Systeme im Kommen*. www.food-service.de/maerkte/news/care-studie-zentralisierung-und-systeme-im-kommen-44367 (last accessed on 09 September 2020).
 26. *Ärzteblatt: Mängel beim Essen in Krankenhäusern*. www.aerzteblatt.de/nachrichten/108634/Maengel-beim-Essen-in-Krankenhaeusern (last accessed on 09 September 2020).
 27. VDD: *Unsere Forderungen*. www.vdd.de/der-vdd/unsere-forderungen/ (last accessed on 04 June 2020).
 28. SVR: *Gutachten 2018. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*. www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf (last accessed on 04 June 2020).
 29. SVR: *Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen für eine zielorientierte Gesundheitsversorgung*. www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf (last accessed on 04 June 2020).
 30. VDD: *Onlineumfrage Absolventen 2019. Bisher unveröffentlichtes Datenmaterial*.
 31. RKI, Destatis: *Gesundheitsberichterstattung, Juni 2009. Anlage 2: Gesundheitspersonal nach Berufen*. www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=12202 (last accessed on 26 May 2020).

DOI: 10.4455/eu.2020.059