

Prof. Dr. Andreas Gerber-Grote

Direktor des Departements Gesundheit

andreas.gerber-grote@zhaw.ch

Technikumstrasse 71

Postfach

CH-8401 Winterthur

Tel. +41 58 934 48 20

Tel. Sekretariat +41 58 934 43 71

www.gesundheit.zhaw.ch

Winterthur, 05.07.2019/ gerd

Antworten des Vereins zur Förderung der Wissenschaft in den Gesundheitsberufen (VFWG) auf den Fragenkatalog der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Gesamtkonzept zur Neuordnung und Stärkung der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe

Schriftliche Beteiligung der Verbände

Der Verein zur Förderung der Wissenschaft in den Gesundheitsberufen (VFWG) fördert die interdisziplinäre und interprofessionelle Wissenschaft im Feld der Gesundheitsberufe. Zu den Mitgliedern gehören Hochschulen für Gesundheit aus den Ländern Deutschland, Österreich und Schweiz. Der VFWG wurde 03. Juni 2013 gegründet. Zu den Gründungsmitgliedern gehören aus Deutschland Alice Salomon Hochschule Berlin, die Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit, HAWK Hochschule Hildesheim/Holzminen/ Göttingen, die Hochschule für Gesundheit, Bochum, das Institut für Medizinische Soziologie, Charité Universitätsmedizin Berlin, das ISIS-Institut für Supervision, Institutionsanalyse und Sozialforschung e.V., Frankfurt am Main, und der Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V., c/o Alice Salomon Hochschule Berlin, nebst Fachhochschulen aus der Schweiz, namentlich die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) und die Berner Fachhochschule (BFH) sowie aus Österreich mit der FH Campus Wien. Prof. Dr. Andreas Gerber-Grote ist derzeit Präsident des VFWG und verantwortet diese Stellungnahme im Namen des Vorstands des VFWG.

Die Zielsetzungen des VFWG basieren auf dem „3-Säulen-Prinzip“:

- Aufbau, den Betrieb und die Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Zeitschrift „International Journal of Health Professions (IJHP)“
- Community Building durch Beteiligung an Tagungen, Kolloquien oder Diskussionsforen, Organisation regelmäßiger 3-Länder-Tagungen
- Forschungsförderung durch Forschungsk Kooperationen

Der VFWG tritt für eine qualitativ hochwertige therapeutische Versorgung ein. Grundlegend hierfür ist eine vollständig hochschulische Ausbildung (Vollakademisierung) in der Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Physiotherapie, die hinreichend auf das evidenzbasierte und wissenschaftlich reflektierte Vorgehen in der Therapie vorbereitet und anschlussfähig ist an die internationalen therapiewissenschaftlichen Entwicklungsstand der einzelnen Disziplinen.

Patientinnen und Patienten haben in Deutschland das Recht auf eine „dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung“ (...) in der fachlich gebotenen Qualität“ (§ 70 SGB V). Dieser Qualitätsanspruch kann nicht durch die historisch gewachsenen deutschen Versorgungs- und Ausbildungsverhältnisse eingeschränkt werden. Im Gegenteil: In allen Ländern der EU, ausser in

Deutschland, ist die hochschulische Ausbildung und vollständige disziplinäre Entwicklung Standard. Somit sind die Therapeutinnen und Therapeuten in der Lage, Patientinnen und Patienten selbstständig, eigenverantwortlich und orientiert am aktuellen Wissens- und Forschungsstand zu versorgen.

Darüber hinaus steigt durch eine hochschulische Ausbildung die Attraktivität des Berufes und es ergeben sich Möglichkeiten zur Entlastung der Ärzteschaft und der Vermeidung von Doppelstrukturen und -leistungen. Im Kontext des demografischen Wandels und eines veränderten Spektrums an gesundheitlichen Problemen (z.B. Multimorbidität) wird es zudem neue Handlungsfelder geben in Rehabilitation, Palliativversorgung oder Prävention und zur Stärkung von Gesundheitskompetenz von Kindheit an.

In der jetzt anstehenden Novellierung der Berufsgesetze ist daher der Übergang von der derzeit berufsfachschulischen Ausbildung zur vollständig hochschulischen Ausbildung rechtlich zu vollziehen.

Der VFWG setzt sich dafür ein, dass auch andere Gesundheitsfachberufe, wie z.B. die Diätassistentinnen und -assistenten oder die Medizinisch-technischen Assistentinnen und Assistenten, die Chance erhalten, die Ausbildung auf Hochschulniveau in Modellversuchen zu erproben, um in absehbarer Zeit ebenfalls in die Vollakademisierung übergehen zu können.

l) Berufsgesetze

1. Welche Punkte der Berufsgesetze bedürfen Ihrer Ansicht nach einer Modernisierung bzw. Änderung? Welche zusätzlichen Punkte sollten einfließen? Auf welche Punkte kann Ihrer Meinung nach verzichtet werden?

In den Berufsgesetzen ist die Vollakademisierung rechtlich bindend zu regeln. Da es sich bei den berufsqualifizierenden Studiengängen um Bachelorstudiengänge handelt, sind die zu erwerbenden Qualifikationen und Kompetenzen auf dem DQR-Niveau 6 zu formulieren (die fachschulische Ausbildung ist dem DQR-Niveau 4 zugeordnet). Damit sollten auch das Ausbildungsziel und die Ziele des beruflichen Handels als Grundlage konkretisiert werden.

Der VFWG verweist in diesem Zusammenhang auf die Grundlagen, die der Hochschulverband Gesundheitsfachberufe (HVG) für die drei Berufe der Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Physiotherapie vorgelegt hat. In einem übergreifenden Fachqualifikationsrahmen werden die jeweiligen Kompetenzen auf den DQR-Niveaus 6 (Bachelor), 7 (Master) und 8 (Promotion) beschreibt (HVG 2014). Die hochschulische Ausbildung sollte durch berufsqualifizierende, auch primärqualifizierend genannte Bachelor-Studiengänge (PQS) in einem Umfang von mind. 210 ECTS resp. 7 Semestern erfolgen (HVG 2018).

2. Welche Punkte der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen bedürfen Ihrer Ansicht nach einer Modernisierung bzw. Änderung? Welche zusätzlichen Punkte sollten einfließen? Auf welche Punkte kann Ihrer Meinung nach verzichtet werden?

Durch die Vollakademisierung werden die Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und die Physiotherapie auch in Deutschland zu akademischen Heilberufen, wie es in Österreich und der Schweiz schon der Fall ist. Die Zulassung zu akademischen Heilberufen erfolgt in Deutschland in der Regel durch eine Approbationsordnung, die vom Bundesgesundheitsministerium auf Grundlage der entsprechenden Bundesgesetze erlassen wird und bundeseinheitlich die Ausbildung regelt, u. a. Mindestdauer, Ablauf und Pflichtinhalte des Studiums und weiterer notwendiger Ausbildungsabschnitte, Bedingungen für staatliche Prüfungen und andere Voraussetzungen für die Erteilung und den Widerruf der Approbation/Berufszulassung fest. Die Voraussetzungen der Approbation sind im jeweiligen Berufsgesetz zu regeln.

Hochschulen müssen eigene Prüfungsordnungen für die hochschulische Ausbildung erlassen, i.d.R. ergänzt durch Studienordnungen. Diese orientieren sich an der jeweiligen Approbationsordnung. Ausbildungs- und Prüfungsordnungen im bisherigen Sinn wären damit obsolet.

Angesichts des erwähnten Transformationszeitraums von 10-15 Jahren kann eine Modernisierung der derzeit gültigen APPrVen dennoch zu einer Qualitätssteigerung der berufsfachschulischen Ausbildung beitragen. Dabei sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Die Kooperation mit Partnern im Rahmen der praktischen hochschulischen Ausbildung muss geregelt werden. Dafür müssen auch Ressourcen bereit gestellt werden.
- Ziele, Lehr- und Lernformen müssen kompetenzorientiert formuliert werden.
- Staatliche Prüfungen zur Berufszulassung müssen unter hochschulischer Verantwortung und hochschulischen Rahmenbedingungen erfolgen.

3. Entspricht das Ausbildungsziel (falls im Berufsgesetz vorhanden) den heutigen und zukünftigen Anforderungen an Ihre Berufsgruppe? Wenn nein, wie sollte das Ausbildungsziel Ihrer Meinung nach gefasst sein?

4. Wie beurteilen Sie die Aufnahme eines Ausbildungszieles in das Berufsgesetz Ihrer Berufsgruppe (falls nicht im Berufsgesetz vorhanden)? Wenn Sie die Aufnahme befürworten, wie sollte das Ausbildungsziel Ihrer Meinung nach gefasst sein?

Zu 3. und 4.

Die derzeitigen Berufsgesetze enthalten keine adäquat formulierten und aktuellen Ausbildungsziele. Qualifikationsziele wären, präzisiert für die jeweilige Berufsgruppe, wie folgt zu fassen: „Das Studium vermittelt die fachlichen (Wissen und Fertigkeiten) und personalen (Sozialkompetenz und Selbstständigkeit) Kompetenzen, die für die selbständige, eigenverantwortliche und umfassende ergotherapeutische, logopädische/ sprachtherapeutische und physiotherapeutische Tätigkeit im klinischen sowie und ambulanten Bereich erforderlich sind.“ (s. Fachqualifikationsrahmen unter https://hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/FQR_ThGFB_%20HVG_2014_final.pdf)

Dies sind im Einzelnen:

- das wissenschaftsbasierte Planen und Durchführen/Steuern hochkomplexer Betreuungsprozesse,
- Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention,
- das selbstständige Erschließen von berufsrelevanten Forschungserkenntnissen sowie
- die Kompetenz zu interprofessioneller Kooperation.

Als Vorbild können wir in diesem Zusammenhang auf die Abschlusskompetenzen für sämtliche im Schweizer Gesundheitsberufegesetz geregelten Gesundheitsberufe hinweisen, die auf Grundlage des kanadischen Can-Meds-Modells die Kompetenzen für die Fachhochschulen verbindlich festschreibt, die Absolventinnen und Absolventen der Bachelorstudiengänge erreichen müssen (s. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstupe/bundesgesetz-ueber-die-gesundheitsberufe.html> sowie zu den Abschlusskompetenzen file:///C:/Users/gerd/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/G1A7E2NK/1Vorlage_d_Gesundheitsberufekompetenzverordnung.pdf).

5. Inwieweit lassen sich Ihrer Ansicht nach die derzeit für die Physiotherapie erforderlichen Weiterbildungen für die sogenannten Zertifikatspositionen (z.B. Manuelle Therapie, Manuelle Lymphdrainage) in die Ausbildung integrieren? Welche Folgen hätte dies für die Ausbildung?

Im Detail fällt dies nicht in die Bereiche, für die der VFWG Aussagen macht. Dennoch würden wir es befürworten, wenn die (im EU-Ausland unüblichen) heutigen Zertifikatspositionen zunächst auf Relevanz und Evidenzbasierung geprüft und auf den notwendigen Umfang reduziert würden.

Die dann noch als notwendig erachteten Kompetenzen, die derzeit ausserhalb von berufsfachschulischer Ausbildung und Studium vermittelt werden, könnten und sollten in das zukünftige Curriculum des Regel-Physiotherapiestudiums integriert werden. Nicht akzeptabel sind langwierige und teure Weiterbildungskurse, die die Ausbildungsabsolvent*innen erst nach ihrem erfolgreichen Berufsabschluss besuchen können bzw. müssen, um die am Arbeitsmarkt gefragten Qualifikationen zu erwerben.

6. Wie ist Ihre Position zur Durchlässigkeit zwischen beruflicher und akademischer Bildung?

Berufliche und akademische Bildung befinden sich nicht im Widerspruch. Im Gegenteil: Eine zukunftsfähige berufliche Bildung muss im akademischen Bildungssektor stattfinden, um die o.g. Ausbildungs-/Qualifikationsziele zu erreichen.

Aus unserer Sicht sollte die Vollakademisierung angestrebt werden. Selbst für Zahnärzte und Zahnärztinnen und andere Berufe, die noch bis Mitte des 20. Jahrhunderts Ausbildungsberufe waren, diskutiert heute niemand mehr, ob sich berufliche und akademische Ausbildung ausschliessen.

7. Welche Vorteile sehen Sie in einem allgemeinen Heilberufe-Gesetz für die Gesundheitsfachberufe?

Der VFWG spricht sich für ein Gesetz aus, das alle im Gesundheitswesen tätigen Berufe inkl. Medizin, Zahnmedizin, Pharmazie und Psychotherapie nebst Physiotherapie, Ergotherapie, Hebamme, Pflege etc. regelt. In diesem Gesetz wäre es förderlich, für die Berufsgruppen gleichartige Strukturen zu schaffen, die dann über entsprechende Verordnungen für die einzelne Berufsgruppe präzisiert wird. Dies würde auch dem internationalen Stand der Wissenschaft zur interprofessionellen Versorgung von Patientinnen und Patienten entsprechen.

Ein allgemeines Heilberufe-Gesetz würde das Denken von Abgrenzung der Berufe überwinden Kenntnisse aller Therapieberufe untereinander fördern. Die viel geforderte und wichtige Interprofessionalität in der Gesundheitsversorgung könnte auf diese Weise für alle Therapieberufe explizit curricular verankert werden. Insbesondere sind interprofessionelle Kompetenzen hervorzuheben, die die Kommunikation und Zusammenarbeit fördern.

8. Welche Nachteile sehen Sie in einem allgemeinen Heilberufe-Gesetz für die Gesundheitsfachberufe?

Der VFWG sieht in einem allgemeinen Heilberufe-Gesetz keine Nachteile. Die vom BMG in die aktuelle Entwicklung einer Neuordnung einbezogenen Gesundheitsfachberufe unterscheiden sich deutlich in ihren beruflichen Aufgaben und Tätigkeitsstrukturen. Ein allgemeines Heilberufe-Gesetz darf also nicht dazu führen, dass gemeinsame Regelungen im Hinblick auf die Ausbildungsziele und die Akademisierung auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner bzw. Niveau getroffen würden. Das Gesetz sollte zum einen erkennen lassen, dass eine erkennbare politische Ausrichtung für eine angemessene und zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung dahinter steht und zum anderen dabei so abstrakt bleiben, dass es die schnelle Anpassung der Kompetenzen der Gesundheitsberufe an die Erfordernisse der Versorgung erlaubt, die durch Digitalisierung, personalisierte Medizin und andere Entwicklungen einer schnelleren, dem Bedarf folgenden Veränderung unterliegt, als es früher der Fall war.

II) Ausbildung

1. Wie könnte ein Kompetenzkatalog für Ihre Berufsgruppe aussehen und in welcher Ausbildungsform (an Hochschulen oder Berufsfachschulen) könnten die erforderlichen Kompetenzen besser vermittelt werden?

Um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten, müssen Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Physiotherapie wissenschaftlich fundiert und evidenzbasiert angewendet werden. Die Versorgung von Patient*innen ist u. a. aufgrund von zunehmender Multimorbidität, kurzen Liegezeiten, Sektorenübergängen und alternativen Versorgungsformen komplex und interdisziplinär zu gestalten. Nur von wissenschaftlich ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten kann der internationale Bestand an wissenschaftlichem und forschungsbasiertem Grundlagen-, Theorie- und Praxis-/Interventionswissen zum Wohle aller Patient*innen individuell angewendet und weiterentwickelt werden. Ebenso wie das Medizinstudium bilden die Therapie-Studiengänge wissenschaftlich und praktisch zu einem selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Handeln aus.

Berufsfachschulen sind aufgrund ihres Auftrags und ihrer Strukturen keine Institutionen, an denen entsprechend wissenschaftlich reflektierende Praktiker*innen ausgebildet werden können. Evidenzbasierte therapeutische Diagnostik und Intervention erfordern eine wissenschaftliche Qualifikation auf mindestens Bachelor-Niveau EQR/DQR 6.

Als sehr gutes Beispiel für einen Kompetenzkatalog verweisen wir auf den Anhang zum Gesundheitsberufegesetz der Schweiz, der aktuell nach Vernehmlassung demnächst mit dem Gesetz zusammen verabschiedet wird. An diesem Katalog haben alle Fachhochschulen und Berufsverbände mitgearbeitet, so dass die Kompetenzen sowohl auf die wissenschaftliche Evidenz als auch auf die Anforderungen der Praxis abgestützt ist.

2. Welche interprofessionellen Lehrinhalte halten Sie für wichtig?

Laut Wissenschaftsrat (2018) dient die Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen der Verbesserung der Gesundheitsversorgung durch die Optimierung der Kommunikation und Kooperation zwischen den an der Gesundheitsversorgung beteiligten Professionen. Gleichzeitig erfolgt so eine bessere Vorbereitung auf die berufliche Tätigkeit in multiprofessionellen Versorgungszusammenhängen. Damit wird sichergestellt, dass zukünftige Angehörige der Gesundheitsprofessionen in der Lage sind, gemeinsam nach den besten Lösungen für Patienten zu suchen und dabei immer auch die Expertise der anderen Berufsgruppen im Blick haben.

Ein Vorzug der hochschulischen gegenüber der fachschulischen Ausbildung ist, dass Hochschulen nicht monodisziplinär, sondern multidisziplinär ausgerichtet sind, d.h. mehrere Fachrichtungen (und damit auch mehrere Berufsgruppen) unter einem Dach vereinen. Dadurch ist an den Hochschulen eine Grundvoraussetzung für interprofessionelles Lernen, auch Interprofessional Education (IPE) genannt, gegeben.

IPE wird nicht allein dadurch ermöglicht, dass unterschiedliche Berufsgruppen in ein und derselben Lehrveranstaltung zusammenkommen, sondern insb. dadurch, dass sie gemeinsam an einem Fall (Patient, Krankheitsbild) ihre eigene Rolle und die der anderen Berufe kennenlernen und erkennen, wo die Schnittstellen liegen und wie sie bearbeitet werden können. Wesentliche Lerninhalte sind die interprofessionelle Kommunikation zur Abstimmung von Diagnose und Therapieplanung, die Konfliktbearbeitung sowie die interprofessionellen, sektorenübergreifenden Versorgungsformen. Insbesondere die Zusammenarbeit im ambulanten Setting setzt kooperatives Lernen für alle Disziplinen

bereits im Studium voraus (s. Abschlussbericht des IMPP zu interprofessioneller Lehre an den Medizinischen Fakultäten vom 28. Juni 2019).

3. Halten Sie die Einführung vorbehaltener Tätigkeiten für Ihre Berufsgruppe für sinnvoll? Wenn ja, welche Tätigkeiten sollten dies Ihrer Meinung nach sein?

Die Verantwortung des Staates für die Gesundheitsversorgung seiner Bürger*innen legt es nahe, dass nur diejenige Berufsgruppe, die nach gesetzlichen Vorgaben für eine bestimmte Tätigkeit ausgebildet wurde, sie auch ausüben darf.

Im Detail kann sich dies ändern, denn Aufgaben und Kompetenzen von Berufen und ihrer Vertreter und Vertreterinnen sind nicht unveränderbar, so wie sich derzeit auch Aufgaben verschieben, die traditionellerweise den Ärzten und Ärztinnen vorbehalten waren und nun vermehrt von Pflegefachpersonen übernommen werden, wie wir das international vielfach beobachten. Diese Verschiebung z. B. auch in der Physiotherapie (Direktzugang) stützt sich auf eine gute Evidenz und führt nicht zugleich zu höheren Ausgaben im Gesundheitswesen, wie vielfach befürchtet.

III) Kompetenzerweiterung / neue Aufgaben und Übertragung einer höheren Verantwortung

1. Halten Sie eine Kompetenzerweiterung bzw. neue Aufgaben für Ihre Berufsgruppe für sinnvoll? Wenn ja, welche Kompetenzen sollten erweitert werden bzw. welche neuen Aufgaben sollten hinzukommen?

Die Entwicklung von den sogenannten „Heilhilfsberufen“ hin zu Therapieberufen mit hochspezialisiertem Interventionswissen und -können ist längst vollzogen. In der ambulanten Versorgungspraxis ist eine selbstständige therapeutische Befundung, Therapieplanung und -durchführung faktisch seit Langem etabliert. Der Gesetzgeber hat mit der Einführung der Blanko-Verordnung im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) einen ersten richtigen Schritt in Richtung Handlungsautonomie der Therapeut*innen vollzogen.

Die geplante Novellierung der Berufsgesetze sollte diesen Weg konsequent weitergehen und eine selbstständige Ausübung der Heilkunde für die Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Physiotherapie und weitere Berufe im Gesundheitswesen vorsehen. Ein Direktzugang der Patient*innen zu therapeutischen Leistungserbringern würde ineffiziente Doppelstrukturen vermeiden, Ärzt*innen entlasten und den Therapeut*innen ermöglichen, eine individuelle, auf die Diagnose, den Befund und die Bedürfnisse der Patient*innen abgestimmte Behandlung nach dem aktuellen Stand der Forschung durchzuführen. Hierbei kann auf Forschungsergebnisse zurückgegriffen werden, die sowohl die Sicherheit der Einführung eines Direktzugangs als auch die positiven ökonomischen Folgen belegen (z.B. Piscitelli et al. 2018, Bornhöft et al. 2019a+b).

Die demografische Entwicklung, der epidemiologische Wandel und der medizinische Fortschritt verursachen eine quantitative Ausweitung und qualitative Veränderung der gesundheitlichen Versorgungsbedarfe, die insbesondere eine stärker kooperativ (um-)organisierte und komplexere Versorgung erfordert. Daraus ergeben sich nach Ansicht des Wissenschaftsrats (WR 2012) wiederum neue Anforderungen an die Qualifikationen und Qualifizierungswege der Gesundheitsberufe. Der Wissenschaftsrat vertritt die Auffassung, dass bei den Gesundheitsfachberufen die übliche Ausbildung an Berufsfachschulen nicht ausreicht, die erforderlichen Kompetenzen und Fähigkeiten zu vermitteln und empfiehlt, das in komplexen Aufgabenbereichen der Pflege, der Therapieberufe und der Geburtshilfe tätige Fachpersonal künftig an Hochschulen auszubilden.

Der Direktzugang, die evidenzbasierte Praxis und die Arbeit in stärker kooperativ organisierten und komplexen Versorgungsfeldern erfordern Kompetenzerweiterungen, die nicht im Rahmen berufsfachschulischer Ausbildungen, sondern nur in hochschulischen Ausbildungen vermittelt werden können.

2. In welchen Bereichen halten Sie ggf. die Delegation ärztlicher Aufgaben an Ihre Berufsgruppe für sinnvoll?

3. In welchen Bereichen halten Sie ggf. eine Substitution ärztlicher Aufgaben durch Ihre Berufsgruppe für sinnvoll?

Siehe Frage III) 1.

4. Ist aus Ihrer Sicht die Schaffung neuer Berufsausbildungen (auch z.B. auf Assistenz-/Helferniveau) erforderlich? Wenn ja, welche halten Sie für erforderlich?

Eine Differenzierung und Hierarchisierung innerhalb der therapeutischen Berufe ist aufgrund der Unteilbarkeit eines individualisierten Therapieprozesses nicht sinnvoll (HVG & VAST 2018).

Die akademische Ausbildung einer kleinen Teilgruppe, wie durch das aktuelle Pflegeberufegesetz vorgesehen, ist nicht auf die Arbeitsaufgaben und -strukturen der Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Physiotherapie übertragbar. Das Bachelorstudium bildet wissenschaftlich und praktisch für die allgemeine klinische Tätigkeit mit Patientinnen und Patienten aus. Dabei müssen alle Therapeutinnen und Therapeuten in der Lage sein, eigenständig den gesamten Therapieprozess zu steuern. Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Physiotherapie sind berufliche Tätigkeiten, die die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse und wissenschaftlicher Methoden erfordern.

Möglich wären Assistenzberufe mit anderer Bezeichnung und anderer Ausbildung, z.B. Masseure oder Aktivierungsfachfrau/ -mann wie in der Schweiz. Letztlich arbeiten die Aktivierungsfachpersonen den Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten zu. Diese könnten weiterhin auf DQR-Niveau 4 und an Berufsfachschulen angesiedelt bleiben und für Schulabsolventinnen und -absolventen mit mittleren Abschlüssen offenstehen. Mit entsprechender Berufserfahrung, bzw. der Anpassung des entsprechenden Berufsgesetzes kann die Hochschulzugangsberechtigung erworben werden, der dann ein entsprechendes Therapiestudium ermöglicht, sodass diese letztlich auch für mittlere Bildungsabschlüsse offenbleiben (s. oben zur Durchlässigkeit).

IV) Akademisierung

1. Welche Position vertritt Ihr Berufsverband zum Thema Akademisierung der Ausbildung Ihrer Berufsgruppe?

Der VFWG ist kein Berufsverband, tritt aber für eine qualitativ hochwertige Versorgung mit Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Physiotherapie ein. Grundlegend hierfür ist aus Sicht des VFWG eine vollständig hochschulische Ausbildung (Vollakademisierung) (wie sie auch der HVG fordert) der Berufsangehörigen. Die Zielsetzung, die Gründe und die Wege dorthin sind in dem Strategiepapier von HVG und VAST (2018) ausführlich dargelegt.

Die hochschulische Ausbildung sollte durch berufsqualifizierende, auch primärqualifizierend genannte Bachelor-Studiengänge (PQS) in einem Umfang von mind. 210 ECTS resp. 7 Semestern erfolgen (HVG 2018). Kennzeichen dieser PQS ist, dass allein die Hochschule für die Konzeption und Durchführung der Ausbildung verantwortlich ist. Das gilt sowohl für die theoretischen als auch für die praktischen Ausbildungsanteile.

Der Übergang von dem derzeitigen schuldominierten zu dem vollständig hochschulischen Ausbildungssystem muss jedoch gefördert und gestaltet werden. Um den Transformationsprozess zu bewerkstelligen, sind die Hochschulen gefragt, in den nächsten Jahren mit den Berufsfachschulen Kooperationen einzugehen, um die Ausbildungskapazitäten kurz- und mittelfristig erweitern und das Lehrpersonal der Schulen adäquat integrieren zu können. Andererseits ist die Politik gefragt, die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu setzen, die den Transformationsprozess von der schulischen zur hochschulischen Ausbildung ermöglichen. Hierzu gehören insb. reformierte Berufsgesetze, die das Ziel der Vollakademisierung enthalten, sowie Bestandsschutz- und Übergangsregelungen für das berufsfachschulische Lehrpersonal und nicht-hochschulisch ausgebildete Therapeut*innen.

Ausserdem werden Hochschulausbaupläne und Förderprogramme von Bund und Ländern benötigt, um den Auf- und Ausbau der Studiengänge durchführen und finanzieren zu können. Es braucht Programme, den wissenschaftlichen Nachwuchs und Lehrende mit besonderen Aufgaben zu fördern. Hier sind insbesondere Programme unter Genderaspekten von Bedeutung. Berufsangehörige in den Therapieberufen sind zu einem hohen Anteil Frauen (s. dazu u.a. Ewers et al.).

2. Welche Vorteile sehen Sie in einer Vollakademisierung?

Das Nebeneinander von schulischer und hochschulischer Ausbildung muss durch eine flächendeckende hochschulische Ausbildung abgelöst werden. Diese politische Weichenstellung ist entscheidend, um die Qualität und Attraktivität der Ausbildung zu steigern, die bestehenden Engpässe am Arbeitsmarkt nachhaltig zu überwinden und eine angemessene Patientenversorgung zu gewährleisten und kontinuierlich zu verbessern.

Primärqualifizierende Studiengänge bilden in Theorie und Praxis für die unmittelbare Tätigkeit mit Patientinnen und Patienten aus. Wissenschaftlich qualifizierte Therapeutinnen und Therapeuten sind in der Lage zu diagnostizieren und effektive Interventionen auszuwählen, umzusetzen, anzupassen und zu evaluieren.

Darüber hinaus ergeben sich durch eine hochschulische Ausbildung Möglichkeiten zur Entlastung der Ärzteschaft und der Vermeidung von Doppelstrukturen und -leistungen. Zudem kann mit einem Hochschulstudium ein Grundstein für den Direktzugang gelegt werden, da Absolventinnen und Absolventen mit Übung in wissenschaftlichem Denken und Reflexion ihres Handelns die für ein Arbeit in komplexen und

multiprofessionell organisierten Versorgungsbereichen und der evidenzbasierten Praxis nötigen Kompetenzen mitbekommen.

Nur durch eine Vollakademisierung ist es möglich,

- das Potenzial der Therapeutinnen und Therapeuten für die gesundheitliche Versorgung,
- ihre Anschlussfähigkeit in Wissenschaft und Forschung,
- ihre Handlungsautonomie und Kooperationsfähigkeit und damit auch
- die Attraktivität der Berufe auf dem Bildungs- und Arbeitsmarkt in der Zukunft bei immer kleiner werdenden Jahrgangskohorten und einem damit einhergehenden Fachkräftemangel

zu sichern (vgl. HVG 2016).

Schliesslich wird durch eine Vollakademisierung ein Beitrag zur Beendigung der strukturellen Diskriminierung qualifizierter Frauenberufe geleistet und damit die Anschlussfähigkeit an europäische und internationale Forschungs- und Lehrtraditionen möglich. Sackgassenberufe für Frauen und Männer werden beendet und damit Berufsattraktivität angehoben. Ein innovatives Potenzial der Berufe kann in der Versorgung erst durch hochschulisch qualifizierte ausgebildet werden. Deutschland zieht auch gleich mit Europa und wird ein attraktiver Arbeitgeber im Gesundheitsbereich, da es Aufstiegs- und Entwicklungschancen für Kolleginnen und Kollegen mit Hochschulausbildungen in den Gesundheitsberufen aus den europäischen Nachbarländern geben wird. Wissenschaftliche Fragestellungen in allen Gesundheitsberufen (z. B. sind viele Standards in der Physiotherapie noch ohne wissenschaftliche Überprüfung) können so von Angehörigen der Gesundheitsberufe und somit in der Sache Kundigen beantwortet werden, wie es z. B. auch in der Medizin und der Zahnmedizin der Fall ist, wo nicht Fachfremde die wissenschaftlichen Fragen beantworten, während die Praktiker und Praktikerinnen die Patientinnen und Patienten versorgen.

3. Welche Nachteile sehen Sie in einer Vollakademisierung?

Der VFWG sieht keine Nachteile in der Vollakademisierung, sondern im Gegenteil wie bereits ausgeführt vielfältige Vorteile für die Qualität der Patientenversorgung und die Attraktivität der Berufe. Als Nachteil wäre zu werten, wenn der Prozess der Umsetzung sich erneut über weitere Dekaden erstrecken würde (siehe Modellvorhaben Primärqualifikation).

4. Welche Vorteile sehen Sie in einer Teilakademisierung?

Die Teilakademisierung hat gegenüber der Vollakademisierung keine Vorteile. Die akademische Ausbildung lediglich für eine kleine Teilgruppe vorzusehen, ist für die Therapieberufe, deren Arbeitsaufgaben und -strukturen nicht teilbar sind, nicht angemessen (HVG & VAST 2018). Die Teilakademisierung könnte den Vorteil haben, Strukturen aufzubauen. Wie aber die Schweiz und Österreich zeigen, ist eine sofortige Vollakademisierung machbar mit gutem Ergebnis für Versorgung und für die Lehrpersonen.

5. Welche Nachteile sehen Sie in einer Teilakademisierung?

Eine Teilakademisierung ist versorgungs- und bildungspolitisch nicht zu begründen. Vielmehr birgt sie Risiken. Das Ziel der Vollakademisierung muss im Berufsgesetz verankert werden um eine Richtschnur für das politische Handeln in den nächsten Jahren zu geben. Die hochschulische Ausbildung lediglich als eine Option neben die berufsfachschulische Ausbildung zu stellen, würde nicht nur bedeuten, dass die Patientinnen und Patienten auf unterschiedlichem Niveau und in Teilen unzureichend therapeutisch versorgt

werden, sondern auch dass die weitere Entwicklung der beiden Ausbildungswege dem freien Wettbewerb überlassen ist; Bund und Länder müssten über Jahre und Jahrzehnte hinweg in beide Strukturen investieren.

Weitere Nachteile einer Teilakademisierung werden vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen hier nur stichwortartig wiedergegeben: Sonderweg gegenüber der weltweit, insbesondere auch EU-weit üblichen Vollakademisierung, ein Beruf mit zwei Ausbildungswegen, keine fachlich begründbare Differenzierung der Aufgaben- und Tätigkeitsprofile, Hemmnis für die notwendige allgemeine Verbreitung von wissenschaftlich fundierter, evidenzbasierter Versorgungspraxis.

6. Wie kann Ihrer Meinung nach eine praxisorientierte Ausbildung bei einer Akademisierung der Ausbildung weiterhin gewährleistet werden?

Entgegen anderslautender Vorurteile ist die hochschulische Ausbildung keinesfalls ein Gegensatz zu einer berufspraktischen bzw. beruflichen Ausbildung. Dies zeigt sich auch in der Schweiz und Österreich, wo die Vollakademisierung vor mehr als 10 Jahre eingeführt wurde: Die Absolventinnen und Absolventen sind begehrter denn je und haben neben ihren wissenschaftlichen Fähigkeiten durch die Bachelorstudiengänge eine sehr gute Erfahrung in der Praxis erworben. Denn die praktische Ausbildung gerade auch mit Patientinnen und Patienten ist ein fester Bestandteil des Hochschulstudiums. Die Hochschulen sind in der Lage Kooperationsverträge mit Praxiseinrichtungen zu schliessen, die Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern anzuweisen und die praktische Ausbildung der Studierenden zu begleiten. An den Hochschulen selbst gibt es Einrichtungen, wie z.B. Hochschulambulatorien, Campuspraxen, die für die Ausbildung mit Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten genutzt werden (können) (Darmann-Finck 2015). Zudem können disziplinangemessene moderne Lehr-Lernformen für die praktische Ausbildung im hochschulischen Bildungssektor weiterentwickelt werden. Voraussetzung ist die Ausstattung der Hochschulen.

Nicht zuletzt fragt auch niemand, ob Ärztinnen und Ärzte nicht lieber an Fachschulen ausgebildet werden sollten, damit sie das ihnen abverlangte praktische Wissen erwerben. Denn wir für die ärztliche Wissenschaft würden sich durch die stärkere gegenseitige Durchdringung von Wissenschaft und Praxis Synergien und Qualitätsverbesserungen ergeben - auch bei den praktischen Ausbildungsanteilen.

Aufgrund der Kombination der beiden Lernorte Hochschule und Praxiseinrichtung werden primärqualifizierende Studiengänge in jüngerer Zeit auch als 'duale Studiengänge' bezeichnet. Damit ist nicht gemeint, dass die kooperierende Praxiseinrichtung für den dort stattfindenden praktischen Ausbildungsteil verantwortlich ist. Hier bedarf es der genauen Definition. Wichtig ist, dass eine Zweiteilung der curricularen Verantwortung, die für das duale Ausbildungssystem in den Branchen außerhalb des Gesundheitswesens sinnvoll sein mag, sie ist nicht für die Therapieberufe adäquat. Zudem ist eine wissenschaftlich-disziplinäre Weiterentwicklung der Therapieberufe im Kontext von dualen Studiengängen mit geteilter Ausbildungsverantwortung nur schwer möglich (Hochschulrektorenkonferenz 2019).

7. Wie beurteilen Sie den Einfluss einer Vollakademisierung auf die Entwicklung der Auszubildenden- und Absolventenzahlen in Ihrer Berufsgruppe? Erwarten Sie zurückgehende, gleichbleibende oder steigende Zahlen? (bitte begründen)

Der VFWG beruft sich hier auf das Strategiepapier des HVG (HVG & VAST 2018). Die Diskussion um das Ausbildungsniveau der Therapieberufe wird derzeit von dem Thema Fachkräftemangel dominiert.

Ausbildungsvergütung und Schulgeldfreiheit werden dabei vielfach als Mittel gegen Nachwuchsmangel in den Gesundheitsfachberufen angesehen.

Dieser kurzfristig möglicherweise wirksamen Strategie ist jedoch eine auch mittel- und langfristig wirksame gegenüberzustellen: Angesichts einer Abiturient*innenquote von je nach Berufsgruppe 50% bis 90 % (HVG & VAST 2018), einer Studierneigung der Abiturient*innen von über 80% und der insgesamt weiter steigenden Nachfrage nach Studienplätzen im Gesundheitsbereich ist auch in Hinblick auf den Fachkräftemangel die hochschulische Ausbildung der Therapieberufe das Mittel der Wahl. Ein Studium bietet mehr Weiterentwicklungs- und Aufstiegsmöglichkeiten und zieht dadurch potenziell mehr und andere Ausbildungsbewerberinnen und -bewerber als bisher an.

Diese positiven Effekte einer Vollakademisierung kommen jedoch nur zur Geltung, wenn ihre Umsetzung durch gesetzgeberische Massnahmen flankiert werden. Dass nicht nur die Ausbildung, sondern auch die Vergütung der Therapeut*innen angehoben werden muss, um die Attraktivität der Berufe zu steigern, hat der Gesetzgeber erkannt und in zwei Gesetzen ansatzweise umgesetzt (HHVG 2016, TSVG 2019). Darüber hinaus ist aber auch zu fordern, dass die Hochschul-Ausbildung für die Studierenden kostenfrei ist, damit der Entscheidung für den Therapieberuf keine monetären Hürden im Wege stehen. Hier sind insbesondere öffentlich finanzierte Hochschulen zu stärken. Die Statusaufwertung und Anhebung der Vergütung wird auch helfen, einem aktuell häufigen, vorzeitigen Ausscheiden aus den Therapieberufen entgegenzuwirken.

Dem Fachkräftemangel lässt sich nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ begegnen. Von den hochschulisch ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten ist zu erwarten, dass sie in der Lage sind, den demografisch bedingt ansteigenden Versorgungsbedarf effektiv zu begegnen und einzudämmen.

8. In welchen Tätigkeitsbereichen werden Ihrer Meinung nach im Falle einer Teilakademisierung die Absolventinnen/Absolventen einer akademischen Ausbildung im Vergleich zu den Absolventinnen/Absolventen einer fachschulischen Ausbildung tätig werden?

Wie unter den Punkten IV 4-5 ausgeführt, lehnt der VFWG eine Teilakademisierung und damit unterschiedliche Qualifikationsniveaus in ein und demselben Beruf ab. Alle Therapeutinnen und Therapeuten sollen auf dem gleichen hochschulischen Niveau ausgebildet werden und daher auch in den gleichen Berufsfeldern einsetzbar sein. Die Patientenbehandlung soll bundesweit und flächendeckend auf einem gleich hohen Niveau erfolgen.

Befragungen von Studienabsolvent*innen haben belegt, dass die Therapeut*innen mit Studienabschluss zu 80-100 % genau in dem Bereich arbeiten, für den sie ausgebildet sind, nämlich in der direkten Patientenversorgung. Vereinzelt werden Zusatzaufgaben wahrgenommen, z.B. im Qualitätsmanagement, in Forschung und Lehre. Hierbei handelt es sich aber nicht um Aufgaben, die den Studienabsolvent*innen vorbehalten sind. Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass sich die Strukturen in den Praxen und Kliniken schon jetzt immer weiter dahingehend verändern, dass sie ausreichend Entwicklungsperspektiven für die hochschulisch qualifizierten Therapeut*innen bieten.

In den neuen Berufsgesetzen soll der Direktzugang im Zuge der Vollakademisierung aufgenommen werden. Alle bis dahin ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten sollten die notwendigen Kompetenzen über eine entsprechende Weiterbildung erwerben. Spezialisierungen bezogen auf klinische oder forschende Tätigkeiten sollten sich erst auf dem Masterniveau herausbilden. Im Detail müsste man klären, ob und für welche Tätigkeiten der Direktzugang Absolventinnen und Absolventen eines Masters vorbehalten sein sollten oder ob man auch von Bachelorabsolventinnen und -absolventen erwarten kann, Klientinnen und Klienten im Direktzugang zu versorgen. Für Selbstzahlerinnen und Selbstzahler gibt es heute schon den Direktzugang; der Gesetzgeber sieht also derzeit schon, dass ausgebildete¹³ Therapeutinnen und Therapeuten ausreichend Wissen zur Behandlung haben.

Sollte die Forderung nach einer vollständig hochschulischer Ausbildung, wie sie in allen EU Ländern Standard ist, wider Erwarten in Deutschland keine Mehrheit finden, werden Hochschulabsolvent*innen insbesondere in komplexen, multiprofessionell organisierten Versorgungsbereichen tätig werden und sollten entsprechend dotierte Beschäftigungsverhältnisse bekommen. Ebenso ist die Beschäftigung in Leitungsfunktionen, in der Forschung und in der berufsfachschulischen Lehre zu erwarten. In ambulanten Praxen, in denen die weit überwiegende Zahl der Therapeut*innen tätig ist, wäre die Etablierung von Beauftragten für die Umsetzung evidenzbasierter Praxis denkbar. Nach Einschätzung des HVG gewährleistet eine solche Position allerdings keine individuelle evidenzbasierte Versorgung von Patientinnen und Patienten. Es ist jedoch stärker damit zu rechnen, dass sich der "brain drain" aus Deutschland - wie es in der CH zu erleben ist - fortsetzen wird.

V) Lehrpersonal

1. Wie sollte die Qualifikation des Lehrpersonals und der Praxisanleiter/Praxisanleiterinnen für eine modernisierte fachschulische Ausbildung aussehen (Mindestanforderungen)?
2. Über welche Qualifikation sollten Schulleiter/Schulleiterinnen in einer modernisierten fachschulischen Ausbildung verfügen (Mindestanforderungen)?
3. Wie beurteilen Sie die Möglichkeit zur Integration des aktuellen Lehrpersonals und der aktuellen Schulleiter/Schulleiterinnen in modernisierten fachschulischen Ausbildungsstrukturen vor dem Hintergrund der Fragen 1. und 2.?
4. Wäre Ihrer Ansicht nach ein Engpass an Lehr- und Leitungspersonal zu erwarten, der die Ausbildungskapazität in einer modernisierten fachschulischen Ausbildung gefährden würde? (bitte begründen)
5. Wie beurteilen Sie die Vorgabe einer Quote in der fachschulischen Ausbildung der jeweiligen Berufsgruppe, die eine Aussage zur Angemessenheit der Zahl der hauptberuflichen Lehrkräfte im Verhältnis zur Zahl der Ausbildungsplätze trifft? (bitte begründen)

Zu 1. bis 5.:

Auch Länder wie Österreich und die Schweiz haben es innerhalb von 10 bis 15 Jahren geschafft, Lehrpersonal für die hochschulische Ausbildung weiter zu entwickeln. Somit sollte dies auch für Deutschland möglich sein. Mitglieder des VFWG sind gern bereit, die Erfahrungen der Entwicklung über die Bachelor- und Masterstufe bis hin zur Promotion für die deutsche Situation aufzubereiten und mit Rat zur Seite zu stehen, damit der Schritt erfolgreich hin zur Vollakademisierung auch für das Lehrpersonal genommen werden kann.

Damit das Lehrpersonal der Berufsfachschulen auch in der hochschulischen Berufsausbildung (in der Übergangszeit und auf Dauer) eingesetzt werden kann, sollten die Mindestanforderungen ein berufsbezogenes Bachelorstudium und ein bildungswissenschaftliches, berufsbezogenes oder forschungsbezogenes Masterstudium sein. Gleichzeitig würde auf diesem Weg der wissenschaftliche Nachwuchs gefördert, denn der Masterabschluss bildet die Voraussetzung für eine Promotion und diese wiederum ist eine wesentliche Voraussetzung für die Bewerbung auf eine Stelle für Hochschullehrerinnen bzw. Hochschullehrer.

Für die Lehrkräfte an Berufsfachschulen, die über keinen Studienabschluss verfügen, sollte es eine Bestandsschutzregelung und die Möglichkeit eines verkürzten Studiums unter Anrechnung ihrer Berufserfahrung geben. Bei entsprechender Qualifikation (mindestens Bachelor) für die Praxisanleitung sind auch Stellen im Sinne "Lehrkraft für besondere Aufgaben" denkbar.

6. Wie sollte die Qualifikation des Lehrpersonals und der Praxisanleiter/Praxisanleiterinnen für eine modernisierte Ausbildung im Falle einer akademischen Ausbildung aussehen (Mindestanforderungen)?

Die Qualifikation des Lehrkörpers an Hochschulen sollte für die Ebene der Hochschullehrer*innen sowohl wissenschaftliche Qualifikationen als auch berufspraktische Qualifikationen und Berufserfahrungen umfassen. Dies ist – anders als an Universitäten – an Hochschulen für Professorinnen und Professoren eine Voraussetzung für die Berufung. Je nach Aufgabengebiet sollte dies auch für Lehrbeauftragte gelten.

Der VFWG hält es für unerlässlich, dass in jedem PQS - je nach Zahl der Studierenden - mindestens eine fachlich einschlägige Professur (z.B. Physiotherapie-Professur) vorhanden ist.

Aufgrund des hohen Betreuungsbedarfs in PQS sollten in den Studiengängen auch (fest angestellte) Lehrende im wissenschaftlichen Mittelbau arbeiten, so dass die erforderliche Anzahl an Dozent*innen je Studierende erreicht wird.

Für die Praxisanleiter*innen ist anzustreben, dass sie mindestens über das Qualifikationsniveau verfügen, das die Studierenden anstreben, also mindestens den Bachelorabschluss. Da diese Forderung z.Z. noch nicht erfüllt werden kann, sollten von den Hochschulen entsprechende berufsbegleitende (z.B. Teilzeit-) Studiengangvarianten angeboten werden.

7. Wie beurteilen Sie im Falle einer Vollakademisierung der Ausbildung die Möglichkeit zur Integration des aktuell lehrenden Personals in akademische Ausbildungsstrukturen?

Nach dem Strategiepapier von HVG und VAST (2018) bietet es sich an, die bestehenden Studiengänge, die die schulische Ausbildung z.T. integrieren und/oder additiv auf einer schulischen Ausbildung aufsetzen, in primärqualifizierende Studiengänge zu überführen. Das würde bedeuten, dass die Kooperationen, die zwischen Hochschulen und Berufsfachschulen bestehen, ähnlich wie in dem Gesetzesentwurf für die Hebammenausbildung vorgesehen – in der Übergangsphase intensiviert werden und dass das Lehrpersonal und die an den Berufsfachschulen vorhandenen Räumlichkeiten, Sachmittel und Kooperationsbeziehungen zu Praxiseinrichtungen soweit möglich an die kooperierende Hochschule übergehen. Welche Möglichkeiten zu einer institutionellen Anbindung der (ehemaligen) Berufsfachschulen an die Hochschulen bestehen, wäre in den einzelnen Bundesländern zu klären. Da es sich hier um Veränderungsprozesse handelt, ist ein Change Management notwendig. Der Übergang bundesweit und in den Hochschulen muss professionell begleitet werden; die Effekte sollten evaluiert werden. Hiermit dürfen jedoch die Hochschulen nicht allein gelassen werden.

Die Möglichkeiten zur Integration von Fachschul-Lehrenden in den Lehrkörper der Hochschulen sind gut und sie werden in den Modellstudiengängen bislang auch mit Erfolg genutzt, insb. im Fall der Studiengänge, die mit einer oder mehreren Fachschulen kooperieren.

8. Ist Ihrer Ansicht nach ein Engpass an Lehrpersonal im Falle einer Vollakademisierung der Ausbildung zu erwarten, der die Ausbildungskapazität gefährden würde? (bitte begründen)

Das Ziel der Vollakademisierung ist unmittelbar mit dem Auf- und Ausbau von Studienplätzen und damit mit einem erhöhten Bedarf an Hochschullehrerinnen und Hochschullehrern, akademischem Mittelbau und Lehrbeauftragten/Honorarkräften verbunden. Im Bereich der Lehrbeauftragten/Honorarkräfte bzw. im akademischen Mittelbau sieht der VFWG auf Basis der ihm bekannten Einschätzungen in Deutschland keine Personalengpässe, da hier die an den Berufsfachschulen vorhandenen Personalkapazitäten im Rahmen des Transformationsprozesses eingesetzt werden können.

Auf der Ebene der Hochschullehrer*innen sieht die Situation in den drei Berufen derzeit unterschiedlich aus. In der Logopädie ist keine Engpasssituation festzustellen, es gibt eine ausreichende Bewerber*innenzahl aufgrund der seit vielen Jahrzehnten etablierten Studiengänge der akademischen Sprachtherapie. In den noch jungen Disziplinen Physiotherapie und Ergotherapie sind Professuren momentan schwierig(er) zu besetzen. Die Engpasssituation dürfte sich aber in den nächsten Jahren (noch vor Ablauf des Übergangszeitraums) verbessern. Zum einen existieren Promotionsförderprogramme, auch in Form von Graduiertenkollegs, die in absehbarer Zeit eine erhöhte Zahl an professorablen Stellenbewerber*innen erwarten lassen. Auch die wachsende Zahl der Absolvent*innen der Modell-Studiengänge und der Gesundheitspädagogik-Masterstudiengänge wird mit dazu beitragen, den momentanen Personalengpass auf dieser Ebene zu überwinden. Fachleute für Deutschland könnten aus dem ¹⁶ Ausland zurückgewonnen werden, wie es die Berufungspraxis an Hochschulen heute bereits zeigt.

Dennoch wäre es wünschenswert, wenn Bund und Länder, den wissenschaftlichen Nachwuchs in den Therapieberufen durch Förderprogramme unterstützen würden und die Länder für die Besetzung der Professuren in Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Physiotherapie für die nächsten 5 Jahre Sonderregelungen einführen würden, um der besonderen Situation in diesen jungen Fachrichtungen Rechnung zu tragen.

Eine weitere Ressource, die für den Auf- und Ausbau der PQS genutzt werden kann, sind die derzeit noch bestehenden kombinierten (sog. ausbildungsintegrierenden und additiven) Studiengänge, bei denen die berufsfachschulische Ausbildung auf das Studium angerechnet wird. Diese Art Studiengänge sind unter der Zielsetzung der Vollakademisierung mittelfristig obsolet, sie können – samt Lehrpersonal – in PQS überführt werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der momentane Engpass bei den Hochschullehrer*innen innerhalb des Übergangszeitraums sukzessive überwunden werden kann, so dass der Ausbau der erforderlichen Ausbildungskapazitäten im Fall der Vollakademisierung nicht gefährdet ist.

9. Wie stehen Sie zur Frage einer Fortbildungspflicht für Lehrpersonal und Praxisanleiter/Praxisanleiterinnen? (bitte begründen)

Lebenslanges Lernen aufbauend auf der jeweils notwendigen Zugangsqualifikation für Lehrpersonal und Praxisanleiterinnen und -anleiter ist an Hochschulen eine Selbstverständlichkeit. Speziell für Praxisanleitende sollte ein (berufsbegleitendes) Fortbildungskonzept entwickelt werden. Eine Fortbildungspflicht erfordert, insbesondere für Praxisanleiterinnen und -anleiter, angemessene finanzielle und zeitliche Rahmenbedingungen. Beispielsweise erhalten Praxisanleiterinnen und -anleiter in Großbritannien eine finanzielle Vergütung für ihre Ausbildungstätigkeit.

10. Wie beurteilen Sie die Frage einer verbindlichen Vorgabe zum Umfang der während der Ausbildung in der jeweiligen Berufsgruppe zu erbringenden Praxisanleitung?

Der VFWG hält verbindliche Angaben zum Umfang der Praxisanleitung (und der Praxisbetreuung seitens der Hochschullehrenden) im Sinne einer bundesweit einheitlichen Hochschulausbildung für wünschenswert.

VI) Finanzierung

1. Wie sollte Ihrer Meinung nach die Finanzierung der Ausbildung sichergestellt werden?

Auch hierzu kann auf das Strategiepapier von HVG und VAST (2018) verwiesen werden. Für die Hochschul-Ausbildung sind einerseits die Länder zuständig. Da andererseits der Bund für die gesundheitliche Sicherheit und Unversehrtheit der Bevölkerung und damit für die Ausbildung der Therapieberufe zuständig ist, sollte auch er eine Mitverantwortung für die Finanzierung der Therapie-Studiengänge tragen. Dies könnte auf verschiedenen Wegen geschehen. Der (einmalige) Auf- und Ausbau der Studiengänge bzw. der Studienplätze sollte durch ein speziell dafür vorgesehenes Hochschulförderprogramm des Bundes in der Aufbauphase (10-15 Jahre) unterstützt werden. Dadurch würde den Ländern ein Anreiz gegeben, auf Dauer in diese Studiengänge zu investieren. Letztlich würden damit alle Gesundheitsberufe inkl. Medizin, Pharmazie etc. gleich gestellt, wie es sich auch im europäischen Umfeld darstellt.

2. Wie ist Ihre Position zum Thema Schulgeld? Sofern Sie eine Abschaffung des Schulgeldes befürworten, legen Sie bitte dar, wie die dadurch entfallenden Finanzmittel aufgebracht werden sollen.
3. Wie ist Ihre Position zum Thema Ausbildungsvergütung?

Zu 2 und 3

Da der VFWG eine Vollakademisierung für sinnvoll hält, steht die Schulfinanzierung nicht im Fokus.

Für die hochschulische – wie für die berufsfachschulische - Ausbildung ist erstrebenswert, dass die persönliche Entscheidung für eine Therapieausbildung nicht durch hohe Kosten bzw. Zahlungsverpflichtungen belastet oder gar verhindert wird. Durch eine Neuordnung der Ausbildung der Therapieberufe sollte dringend die bestehende strukturelle Ungleichbehandlung gegenüber der Ausbildung in der Medizin beendet werden.

Literatur

BMBF Gesundheitsforschungsrat (2011): Empfehlung Forschung in den Gesundheitsfachberufen – Potentiale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland auf 29. Sitzung am 8.11.2011. https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/files/GFR-Empfehlung_Gesundheitsfachberufe.pdf.

Bornhoft L et al. (2019a): More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskelet Disord* 20(1): 186.

Bornhoft L et al. (2019b): Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: a pragmatic randomized controlled trial. *Ther Adv Musculoskelet Dis* 11: 1759720x19827504.

Darmann-Finck I et al. (2015): Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. Abschlussbericht. Dezember 2014. <https://www.mags.nrw/suche?searchtext=Evaluation%20Modellstudien%C3%A4nge&area=mais&datefrom=&dateto=&site=&num=10&sort=rel&start=2>.

Deutscher Bundestag (2016): Unterrichtung durch die Bundesregierung - Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten, Drucksache 18/9400 vom 19.08.2016. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/094/1809400.pdf>.

Deutscher Bundestag (2008): Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. Gesetzentwurf des Bundesrates Drucksache16/989816. Wahlperiode, 02. 07. 2008. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/098/1609898.pdf>.

Ewers M et al. (2012): Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr* 137 (Suppl 2).

HRK (Hochschulrektorenkonferenz) (2017): Primärqualifizierende Studiengänge in den Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaften. EntschlieÙung am 14.November 2017. https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-01-Beschluesse/Entschliessung_Primaerqualifizierende_Studiengaenge_14112017.pdf.

HRK (Hochschulrektorenkonferenz) (2019): Stellungnahme der Hochschulrektorenkonferenz zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung – Hebammenreformgesetz.

HVG (Hochschulverband für Gesundheitsfachberufe) (2014): Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie (FQR-ThGFB). https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de//dokumente/FQR_ThGFB_%20HVG_2014_final.pdf.

HVG (Hochschulverband für Gesundheitsfachberufe) (2016): Hochschulstudium in den Gesundheitsfachberufen Vom Modell zum regulären Bildungsangebot. https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de//wp-content/uploads/2016/06/Online_Forderungspapier_Hochschulstudium_Gesundheitsfachberufe.pdf.

HVG (Hochschulverband für Gesundheitsfachberufe) (2018): Empfehlungen des HVG e.V. für die Gestaltung primärqualifizierender Studiengänge für Ergotherapie, Logopädie¹⁹ und Physiotherapie im

Rahmen von Modellvorhaben. https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Empfehlungen_PQS_HVG_08.06.2018.pdf.

HVG (Hochschulverbund für Gesundheitsfachberufe) (2019): Pressemitteilung: Eine zukunftsfähige Reform der Berufsgesetze der Therapiefachberufe basiert auf einer Hochschulausbildung. https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/HVG_PM-BerufsgesetzeAkademisierung_final_mB.pdf.

HVG & VAST (Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe, Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen (2018): Notwendigkeit und Umsetzung einer vollständig hochschulischen Ausbildung in den Therapieberufen (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie) - Strategiepapier. <https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/strategiepapier-von-hvg-und-vast-zur-notwendigkeit-und-umsetzung-einer-vollstaendig-hochschulischen-ausbildung-in-der-ergotherapie-logopaedie-und-physiotherapie-wird-durch-berufsverbaende-unterstuetzt/>.

IMPP (2019): Berufsübergreifend denken - interprofessionell Handeln. Empfehlungen zur Gestaltung der interprofessionellen Lehre an den Medizinischen Fakultäten. Projekt "Nationales Mustercurriculum Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation". Publikation zu erwarten im Juli 2019.

KMK (Kultusministerkonferenz) (2008): Anrechnung von außerhalb des Hochschulwesens erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten auf ein Hochschulstudium – Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 18.9.2008. http://www.akkreditierungsrat.de/fileadmin/Seiteninhalte/KMK/Vorgaben/KMK_Anrechnung_ausserhochschulisch_II.pdf.

KMK (Kultusministerkonferenz) (2010): Ländergemeinsame Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.10.2003 i.d.F. vom 04.02.2010). https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2003/2003_10_10-Laendergemeinsame-Strukturvorgaben.pdf.

Piscitelli D et al. (2018) : Direct access in physical therapy: A systematic review. La Clinica Terapeutica, 169(5): e249–e260. <https://doi.org/10.7417/CT.2018.2087>.

Wissenschaftsrat (WR) (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf.

Wissenschaftsrat (WR) (2018): Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/7271-18.pdf>.