

Juli 2021

## **Stellungnahme der DVfR Konsultationsverfahren zur Vorbereitung eines späteren Referenten- entwurfs über die Berufe in der Physiotherapie Schriftliche Befragung der Länder und Verbände**

Die DVfR ist die einzige Vereinigung in Deutschland, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und allgemein in der präventiven, kurativen und rehabilitativen Teilhabeförderung gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, Reha-Expertinnen und Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR, ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs zur Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.

Die DVfR sieht es als ihre Aufgabe, die für die Rehabilitation und die Förderung der umfassenden und selbstbestimmten Teilhabe relevanten Aspekte in eine Reform der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe einzubringen. Sie weist ausdrücklich auf Artikel 26 Abs. 2 UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) hin: „Die Vertragsstaaten fördern die Entwicklung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Habilitations- und Rehabilitationsdiensten.“

Hierzu gehören vor allem die Ausbildung und Kompetenzentwicklung der Gesundheitsfachberufe im Hinblick auf die Ermöglichung von Teilhabe und Förderung der Inklusion der Klientinnen und Klienten, somit auch die Umsetzung eines interdisziplinären Ansatzes, auf Grund dessen die verschiedenen Berufsgruppen systematisch und praktisch in Teams zusammenwirken. Ebenso wesentlich ist die Entwicklung einer Kommunikations- und Beratungskompetenz im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Teilhabe. Die DVfR befürwortet ausdrücklich die Aktivitäten, die Gesundheitsfachberufe attraktiv und zukunftsfähig auszurichten und dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Sie weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe verschiedene Settings, in denen Mitglieder dieser Berufsgruppen tätig werden, berücksichtigen sollte. Keinesfalls darf ausschließlich das Tätigkeitsfeld der Heilmittelerbringung in Praxen zugrunde gelegt werden.

So sind nach Angaben des Statistischen Bundesamtes in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen (Angabe jeweils in Vollzeitäquivalenten) sowie in anderen Bereichen der Rehabilitation bzw. Teilhabeförderung, wie z. B. in Förder-Kindertagesstätten, Förderschulen, allgemeinen Schulen, Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, Wohneinrichtungen ohne Berücksichtigung von Tageskliniken und ohne Berücksichtigung von Einrichtungen der Altenhilfe (Vollzeitäquivalente durch die DVfR grob geschätzt) im Jahr 2017 tätig:

- Physiotherapeutinnen und -therapeuten: ca. 11.200 zzgl. ca. 5.000 in anderen Bereichen (der Rehabilitation und Teilhabeförderung)
- Ergotherapeutinnen und -therapeuten: ca. 4.100 zzgl. ca. 3.500 in anderen Bereichen
- Logopädinnen und Logopäden: ca. 1.000 zzgl. ca. 900 in anderen Bereichen
- Medizinische Bademeisterinnen und medizinische Bademeister u. ä.: ca. 3.500 zzgl. ca. 1.000 in anderen Bereichen.
- Ökotrophologen/Diätassistentinnen und -assistenten: ca. 1.600

Hinzu kommen Tätigkeitsfelder in den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistigen Behinderungen oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) und in Institutsambulanzen.

Für diese Tätigkeitsfelder gilt, dass sie stets in einem interdisziplinären Team und im Rahmen eines individuellen, zugleich konzeptionell fundierten Rehabilitationsplanes, der auf der Basis einer umfangreichen (ärztlichen) Eingangsdagnostik erstellt wird, wahrgenommen werden. Dabei spielen in vielen dieser Settings Gruppenbehandlungen eine große Rolle. Diese Tätigkeiten sind insofern mit solchen, die in Form einer eigenständigen Behandlung erbracht werden, nicht voll vergleichbar.

### **Vorbemerkung:**

Ausgangspunkt für die Reform der Gesundheitsfachberufe war die von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept zur Neuordnung und Stärkung der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe“ (BLAG) angestrebte Erarbeitung eines Gesamtkonzepts für alle Gesundheitsfachberufe. Ausdrücklich verfolgte die BLAG dabei den Anspruch, „die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe im Rahmen eines Gesamtkonzeptes neu zu ordnen und zu stärken“.

Von einem Vorgehen im Rahmen eines Gesamtkonzeptes kann aber nicht gesprochen werden, wenn nunmehr die Berufe nicht in Gänze oder zumindest die Berufe nach Berufsfeldern betrachtet werden, sondern offensichtlich ein einzelner Beruf nach dem anderen in den Fokus genommen werden soll. Dies ist weder in Bezug auf die Ausbildung noch die spätere Tätigkeit zielführend. Beides sollte schon unter dem Blickwinkel einer verbesserten und verstärkten interprofessionellen wie interdisziplinären Zusammenarbeit gesehen werden. Darüber hinaus ist im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) eine Befristung der sog. Modellklauseln nunmehr bis 2024 festgelegt, ein Zeitraum, der aus Sicht der DVfR auch für die Überarbeitung der entsprechenden Berufsgesetze genutzt werden sollte.

Die DVfR regt daher an, in diesem ersten Schritt eines Konsultationsverfahrens unbedingt die weiteren Gesundheitsfachberufe miteinzubeziehen und gemeinsam zu betrachten. Ein Gesamtkonzept zur Neuordnung und Stärkung der Ausbildung aller Gesundheitsfachberufe sollte zudem weiterhin als konkretes Ziel verfolgt werden.

Darüber hinaus sollte es das Ziel der nun anstehenden Novellierungen sein, die Gesundheitsberufe in Ausbildung und Berufsausübung so attraktiv zu gestalten, dass dem Fachkräftemangel auch in diesem Bereich entgegengewirkt werden kann. Eine ausreichende Anzahl an Fachkräften ist vor dem Hintergrund des massiven Fachkräftebedarfs zur Absicherung einer flächendeckenden Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unumgänglich.

Aufgrund dieser Überlegungen werden im Nachfolgenden nicht alle Punkte im Detail bzw. nur auf den Bereich der Physiotherapie bezogen beantwortet, sondern der Schwerpunkt auf die Themen aus Sicht der Rehabilitation und im Hinblick auf die Förderung selbstbestimmter Teilhabe gelegt.

### **Stellungnahme der DVfR zu einzelnen Fragen:**

**Zu Frage 1:** Welche Position vertreten Sie zu einer möglichen Akademisierung (ggf. Voll- oder Teilakademisierung) der Ausbildung der Physiotherapie? Wie bewerten Sie ein „Nebeneinander“ der fachschulischen und akademischen Ausbildung? (bitte begründen)

Aufgrund der Heterogenität der Mitglieder der DVfR konnte kein Konsens erreicht werden, ob es einer Voll- oder Teilakademisierung bedarf.

Grundsätzlich ist aus Sicht der DVfR die Akademisierung aber zu fördern. Hierbei sind die Erkenntnisse der noch laufenden Modellvorhaben zu berücksichtigen.

Fachlich-inhaltlich sollten die notwendigen Kompetenzen an die Ausbildung formuliert werden, die für die zukünftige Berufsausübung – auch unter Einbezug der unterschiedlichen Einsatzgebiete und -orte der Absolventinnen und Absolventen – notwendig erscheinen (siehe Frage 3). Aus den formulierten Kompetenzen lässt sich dann auch die entsprechende Gestaltung und Verortung der zukünftigen Ausbildung ableiten.

**Zu Frage 2:** Welche Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung für die Berufe in der Physiotherapie (Masseurinnen/Masseure und medizinische Bademeisterinnen/medizinische Bademeister sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) halten Sie zukünftig für sinnvoll? Bitte differenzieren Sie nach den einzelnen Berufen.

Die entsprechenden Zugangsvoraussetzungen leiten sich nicht isoliert ab, sondern ergeben sich aus den Inhalten und Anforderungen sowie der damit einhergehenden Verortung der Ausbildung (siehe auch Punkt 1 und 3).

In diesem Kontext sind Lösungen zu berücksichtigen, um je nach zukünftiger Ausgestaltung der Ausbildungen weiterhin Menschen mit Behinderungen (z. B. Menschen mit Sehbehinderungen, für die die Berufe in der Physiotherapie ein extrem wichtiges Betätigungsfeld mit guten Berufsperspektiven bieten) und für diese Berufe geeigneten Menschen, die keinen vollen Hochschulzugang erwerben konnten, den Zugang zu den Gesundheitsfachberufen zu ermöglichen. Zudem müssen bei der Umsetzung der Anforderungen die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in die Betrachtungen einbezogen werden: Behinderungsbedingt notwendige berufliche Bildungsleistungen müssen auch dann durch die Rehabilitationsträger gewährleistet werden, wenn der jeweilige Gesundheitsfachberuf eine akademische Ausbildung voraussetzt.

**Zu Frage 3:** Wie sollten die Ausbildungsziele und Kompetenzen ausgestaltet sein, um den heutigen und zukünftigen Anforderungen an die Berufe in der Physiotherapie zu entsprechen? Bitte differenzieren Sie nach den einzelnen Berufen.

Mit der Reform der Ausbildung sollte aus Sicht der DVfR die Ausbildung prozessorientiert gestaltet werden, um sowohl Wissen als auch Kompetenzen zu vermitteln. Für ein

fachübergreifendes Kompetenzprofil hält die DVfR aus Sicht der Rehabilitation im Hinblick auf die Teilhabesicherung die Berücksichtigung folgender Inhalte für erforderlich:

#### Die Absolventinnen und Absolventen

- I. verfügen über Kenntnisse der ethischen und menschenrechtlichen Grundlagen für ihre Tätigkeit und ein Grundverständnis von selbstbestimmter Teilhabe und Inklusion im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Sie kennen die moderne Definition von Behinderung als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Kontextfaktoren.
- II. verfügen über ein Verständnis des Konzeptes der gesellschaftlichen Teilhabe. Ermöglichung, Verbesserung oder Erhalt der Teilhabe ist wesentliches Ziel nicht nur von Leistungen zur Rehabilitation, sondern auch der Krankenbehandlung (vgl. § 43 SGB IX). Teilhabe wird als Einbezogen-Sein in eine Lebenssituation in den Lebensbereichen, an denen eine Person teilhaben will, verstanden. Sie ist umfassend und selbstbestimmt zu ermöglichen und zu fördern.
- III. kennen wesentliche Auswirkungen von Strukturschädigungen und Funktionsbeeinträchtigungen in Alltag und Erwerbsleben sowie im Bereich Bildung und Erziehung und adäquate Bewältigungsstrategien. Dabei sind Kontextfaktoren sowie deren Modifikation in verschiedenen Lebensbereichen zu berücksichtigen. Sie können relevante Exklusionsrisiken sowie inklusionsfördernde Lebensbedingungen erkennen und beschreiben.
- IV. verfügen über Kenntnisse der Sozialleistungen für Menschen mit Behinderungen und für von Behinderung bedrohte Menschen, insbesondere über die Leistungen zur Teilhabe (SGB IX), so dass sie ihre Patientinnen/Klientinnen und Patienten/Klienten bei deren Beantragung und Inanspruchnahme unterstützen können.
- V. verfügen über Kenntnisse des evidenzbasierten Arbeitens und wenden diese in der Praxis an. Sie können wissenschaftliche Erkenntnisse aus ihrem Fachgebiet verarbeiten und anwenden.
- VI. können das bio-psycho-soziale Modell von Funktionsfähigkeit und Behinderung der WHO und die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) anwenden und bei der individuellen Bedarfserkennung und Teilhabeplanung unter Einbezug der relevanten person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren kompetent mitwirken.
- VII. können prozessorientiert kurative Ziele und Teilhabeziele benennen und in der Prävention und der Rehabilitation bei ihrer Tätigkeit umsetzen. Dabei spielt die Befähigung zum nachhaltigen Selbstmanagement, zur Wahrnehmung der Aufgaben im Rahmen der Gesundheitsvorsorge (vgl. DVfR 2021<sup>1</sup>) und zur Krankheitsbewältigung eine zentrale Rolle.
- VIII. sind zur interdisziplinären und interprofessionellen Teamarbeit befähigt. Krankenbehandlung und Rehabilitation werden interdisziplinär gestaltet, da zunehmend Multimorbidität und komplexe Behandlungsbedarfe berücksichtigt werden müssen. Dies schließt u. a. kommunikative Kompetenz und die Fähigkeit zur

---

<sup>1</sup> [Positionspapier der DVfR zur „Gesundheitsvorsorge – Erhalt und Förderung von Gesundheit für Menschen mit Behinderungen unter besonderer Berücksichtigung der Eingliederungshilfe“](#), Juni 2021.

Verständigung über Behandlungs- und Rehabilitationsziele sowie Einblick in die Aufgaben und Kompetenzen anderer Berufsgruppen ein. Sie wissen um die Vorteile der engen und wertschätzenden Verständigung über Behandlungs- und Therapieziele für die Patientinnen/Klientinnen und Patienten/Klienten im Team, u. a. in gemeinsamen Besprechungen und Visiten. Im Hinblick auf die Qualifikation bzgl. psychosozialer Problemstellungen sind gemeinsame Grundkenntnisse erforderlich. Sie können den Bedarf an kollegialer Beratung, Supervision und intensiver Zusammenarbeit erkennen, artikulieren und die Zusammenarbeit mit den sozialen Diensten kompetent mitgestalten.

- IX. verfügen über kommunikative Kompetenz im Umgang mit den Patientinnen/Klientinnen und Patienten/Klienten und ihren Angehörigen. Sie wenden die Grundlagen der Gesprächsführung, der partizipativen Entscheidungsfindung und der psychosozialen Begleitung an. Sie können ihre beratende und unterstützende Rolle bei der Entwicklung von Lebensführungskonzepten der Patientinnen und Patienten, insbesondere bei bleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, im Rahmen ihres Fachgebietes kompetent ausfüllen.
- X. verfügen über Beratungskompetenz in ihrem Fachgebiet sowie im Hinblick auf die Bedarfserkennung und Inanspruchnahme sozialer Leistungen und können dem gesetzlichen Auftrag nach § 34 SGB IX folgend auch an entsprechende Beratungsstellen und Selbsthilfeorganisationen verweisen.

Bei der Ausbildung ist die Tätigkeit interdisziplinärer Teams in rehabilitativen Settings zu berücksichtigen wie beispielsweise in

- stationären, ambulanten und ambulant-mobilen Rehabilitationseinrichtungen und -diensten
- inklusiven Kindertagesstätten und allgemeinen Schulen sowie Förderschulen, beruflichen Schulen, Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), Berufsbildungswerken (BBW), Berufsförderungswerken (BFW) und verschiedenen Wohnformen sowie tagesstrukturierenden Einrichtungen
- Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und Einrichtungen der Frühförderung, Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistigen Behinderungen oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZE) sowie rehabilitativ ausgerichteten Tageskliniken (z. B. Psychiatrie, Geriatrie, Kinder- und Jugendheilkunde)
- rehabilitativ ausgerichteten Institutsambulanzen (Psychiatrische Instituts-Ambulanzen)
- der Frührehabilitation nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

Die in der Ausbildung vermittelten Kenntnisse und Fertigkeiten sind in Abhängigkeit der Tätigkeitsbereiche im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen kontinuierlich zu aktualisieren und ggf. zu erweitern.

**Zu Frage 4:** Wie ist Ihre Position zur zukünftigen horizontalen und vertikalen Durchlässigkeit zwischen beruflicher und akademischer Bildung in den Berufen in der Physiotherapie? (bitte begründen)

Die DVfR spricht sich ausdrücklich für die Schaffung einer systematischen Durchlässigkeit von beruflicher und akademischer Bildung sowohl in vertikaler wie horizontaler Hinsicht aus. Dabei ist auf die inhaltliche Vergleichbarkeit der Ausbildungsmodule zu achten. Den Aufbau unnötiger Barrieren gilt es zu verhindern.

**Zu Frage 5:** Sollten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten zukünftig im Rahmen einer akademischen Ausbildung zusätzliche Kompetenzen erwerben und diesen Kompetenzen entsprechende Aufgaben eigenverantwortlich ausüben dürfen? Wenn ja, welche der nachfolgenden Kompetenzen sollten erworben und eigenverantwortlich ausgeübt werden? (bitte begründen)

Die DVfR spricht sich für zusätzliche Kompetenzen im Bereich der Rehabilitation und Teilhabesicherung aus (siehe Antwort auf Frage 3).

Übergreifend ist anzumerken, dass hier zwei verschiedene Themen miteinander in Beziehung gesetzt werden, die nicht automatisch miteinander in Verbindung stehen. Wenn entsprechende Kompetenzen in einer Ausbildung gleich welcher Form erworben werden, die zur eigenverantwortlichen Ausübung eines Gesundheitsberufs befähigen, dann ist diese eigenverantwortliche Ausübung nicht zwangsweise mit einer akademischen Ausbildung verbunden.

Im Sinne der Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in Zeiten eines zunehmenden Fachkräftemangels in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung sollte eine Kompetenzerweiterung und eine damit einhergehende Übertragung einer höheren Verantwortung diskutiert werden. Eine zunehmend interprofessionell gestaltete Teamarbeit ist anzustreben.

Folgende Kompetenzen sollen weiterhin in ärztlicher Verantwortung verbleiben: Ausstellung von Krankschreibungen, Anordnung bildgebender Verfahren und Überweisungen an andere Professionen. Die übrigen genannten Kompetenzen sind sinnvoll in der Ausbildung zu erwerben, um diese Aufgaben später eigenverantwortlich ausüben zu können.

**Zu Frage 7:** Welche derzeit für die Physiotherapie erforderlichen Weiterbildungen für die sogenannten Zertifikatspositionen (z.B. Manuelle Therapie, Manuelle Lymphdrainage) lassen sich Ihrer Ansicht nach zukünftig wie in die Ausbildung integrieren? Welche Folgen hätte dies für den Inhalt, die Dauer sowie das Niveau (Berufsfachschule oder höher) der Ausbildung?

Ziel sollte sein, dass die zukünftige Ausbildung die umfassende Berufsbefähigung sicherstellt und damit die Zertifikatspositionen überflüssig werden.

**Zu Frage 8:** Wie kann Ihrer Meinung nach eine praxisorientierte Ausbildung bei einer Akademisierung der Ausbildung der Physiotherapie weiterhin gewährleistet werden? Bitte differenzieren Sie nach Voll- und Teilakademisierung.

Unabhängig von einer Voll- oder Teilakademisierung ist eine praxisorientierte Ausbildung zu gewährleisten. Die Ergebnisse der bisherigen Modellstudiengänge haben gezeigt, dass dies praktisch umsetzbar ist. Im Rahmen der Modellstudiengänge wurde diese Frage in den entsprechenden Evaluationen, u. a. in der Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen nordrhein-westfälischer Modellstudiengänge (VAMOS)

und der Absolventenbefragung des Hochschulverbands Gesundheit (HVG) von 2019 untersucht. Die Frage, ob eine hochschulische Ausbildung einen ausreichenden Praxisbezug aufweise, konnte in beiden Studien geklärt werden – rund 90 % der Absolvierenden arbeiten als Therapierende direkt mit Patientinnen und Patienten. Laut Fachbeirat der VAMOS-Studie erreichen die Modellstudiengänge „demnach das an sie primär gestellte Ziel und befähigen die Absolvent\*innen in Bezug auf die direkte Versorgung von Patient\*innen sowie Klient\*innen zu einer beruflichen Handlungskompetenz, die den Anforderungen des Arbeitsmarkts entspricht.“<sup>2</sup>

**Zu Frage 11:** Halten Sie eine Angleichung der Physiotherapeutenausbildung an die europäische hochschulische Ausbildung (Bachelor-Niveau EQR/DQR 6) und eine Angleichung der Tätigkeiten für sinnvoll? (bitte begründen)

Eine Angleichung des Tätigkeitsniveaus an die europäischen Standards wird für sinnvoll erachtet.

**Zu Frage 13:** Wie sollte aus Ihrer Sicht im Fall einer Vollakademisierung der Ausbildung der Physiotherapie der Bestandsschutz für Absolventinnen und Absolventen fachschulischer Ausbildungen ausgestaltet sein? (Voller Bestandsschutz, voller Zugang zu ggf. nach neuem Recht zu regelnden vorbehaltenen Tätigkeiten?) Welche Ausgestaltungsalternativen sind Ihrer Meinung nach denkbar? (bitte begründen)

Die bisherigen Berufsangehörigen sollten selbstverständlich weiterhin alle bisherigen Tätigkeiten ausüben dürfen. Sollten für bestimmte erweiterte Tätigkeiten zusätzliche Kompetenzen notwendig sein, sollten unter Berücksichtigung der Berufserfahrung sowie erworbener Zusatzqualifikationen entsprechende Nacherwerbe ermöglicht werden.

**Zu Frage 14:** Welche Kompetenzen und Tätigkeitsbereiche halten Sie zukünftig für Masseurinnen/ Masseur und medizinische Bademeisterinnen/medizinischen Bademeister für sinnvoll? (bitte begründen)

Siehe Antwort Frage 3.

**Zu Frage 15:** Welche Position vertreten Sie zum Thema Direktzugang zur Physiotherapie? Welche Vorteile sehen Sie in einem Direktzugang? Welche Nachteile sehen Sie in einem Direktzugang? (bitte begründen)

Für die Beantwortung dieser Frage fehlt es bislang an ausreichenden Erkenntnissen im deutschen Gesundheitswesen. Die Ergebnisse der laufenden Modellvorhaben und die praktische Umsetzung von Verträgen nach § 125a SGB V können hier wichtige Hinweise liefern.

**Zu Frage 20:** Wie sollte Ihrer Meinung nach die Finanzierung der Ausbildung sichergestellt werden? Bitte differenzieren Sie nach den einzelnen Berufen.

---

<sup>2</sup> [Gemeinsame Stellungnahme des Fachbeirats zu den Ergebnissen der „Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen \(VAMOS\)“](#), Oktober 2019.

Die Finanzierung ist im Rahmen ihrer Zuständigkeit für Bildung von den Ländern zu tragen und darf nicht zu Lasten der Auszubildenden gehen.

**Zu Frage 21:** Wie sollten Ihrer Ansicht nach die durch eine Abschaffung des Schulgeldes entfallenden Finanzmittel stattdessen aufgebracht werden (fachschulische Ausbildung)?

Siehe Antwort Frage 20.

**Zu Frage 23:** Wie ist Ihre Position zum Thema, eine Ausbildungsvergütung gesetzlich verpflichtend vorzusehen? (bitte begründen)

Im Sinne einer Gleichbehandlung von Auszubildenden sollte eine Ausbildungsvergütung vorgesehen werden.