

An das
Bundesministerium für Gesundheit
Referat 315

**Konsultationsverfahren Physiotherapie – Zur Vorbereitung eines späteren
Referentenentwurfs über die Berufe in der Physiotherapie
Schriftliche Beteiligung der Länder und Verbände**

Hannover, den 23. Juli 2021

Vorbemerkung

Die mit dem Konsultationsverfahren Physiotherapie angestoßene Diskussion im Vorfeld einer Novellierung des Berufsgesetzes in der Physiotherapie ist die notwendige Folge eines anspruchsvollen Versorgungsbedarfs und einer komplexen Versorgungsstruktur. Vor diesem Hintergrund begrüßt der Fachbereichstag Therapiewissenschaften (FBTT) die Anstrengungen des BMG, durch einen entsprechenden Gesetzesentwurf den vorgenannten Anforderungen gerecht werden zu wollen.

Kritisch sieht der FBTT jedoch auf die Erfahrungen der Hochschulen mit Studiengängen in den Therapieberufen Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie mit der Politik des BMG aus den letzten 20 Jahren zurück. Obgleich die Überlegenheit der hochschulischen Ausbildung in den Therapieberufen auf Anforderung durch das BMG durch vielfältige Evaluationen und Fragenkataloge im Unterschied zur bisherigen berufsfachschulischen Ausbildung während dieser Zeit wiederholt belegt worden ist, ist Deutschland im europäischen und internationalen Vergleich inzwischen das Schlusslicht was die längst überfällige Weiterentwicklung in den Berufen für eine an Evidenzen orientierte gesundheitliche Versorgung anbelangt. Gerade die Pandemiegeschehnisse und deren noch nicht abzusehende Langzeitfolgen machen wiederholt deutlich, dass die Potenziale der Gesundheitsberufe Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie für die gesundheitliche Daseinsfürsorge bisher nicht, wie im europäischen/internationalen Vergleich, vollumfänglich gehoben werden können, weil ihnen eine entsprechende Professions- und Disziplinentwicklung gemäß dem Stand der wissenschaftlichen Forschung seit den 80ziger Jahren des letzten Jahrhunderts bis heute verwehrt bleibt. Dies wiegt umso schwerer, als dass es sich hier um Berufe handelt, die vorwiegend von Frauen ausgeübt

werden, denen damit attraktive Berufs- und Karrierewege in sog. „systemrelevanten“ Berufen vorenthalten werden.

Der FBTT setzt sich daher nachdrücklich für einen gemeinsamen Roadmap-Prozess, wie ihn die HRK im April 2021 in ihrem Positionspapier zur Akademisierung der Gesundheitsberufe vorgeschlagen hat, ein. Ein Roadmap-Prozess, der die Wissenschafts- und Gesundheitsseite des Bundes und der Länder unter Beteiligung der Hochschulen einbezieht und in dessen Rahmen ein verbindliches Implementierungs- und Finanzierungskonzept für den anstehenden Transformationsprozess hin zu einer regulären akademischen Ausbildung für die Therapieberufe, respektive der Physiotherapie, bis zum Ende der Modellklausel in 2024, verlässlich erarbeitet wird.

Der FBTT steht bereit, sich mit seiner Expertise in den Transformationsprozess einzubringen.

Der **Fachbereichstag Therapiewissenschaften (FBTT)** ist ein kollegiales Organ der akademischen Selbstverwaltung von (Studien-) Dekan*innen und Studiengangsleitungen von 30 Hochschulen für Angewandte Wissenschaften und 7 Universitäten mit Studiengängen in den Therapieberufen Ergotherapie, Logopädie/ Sprachtherapie und Physiotherapie und ist Mitglied in der Konferenz der Fachbereichstage (KFBT) sowie Mitglied der AG Gesundheitswissenschaften der Hochschulrektorenkonferenz (HRK)

Kontaktdaten

Prof. Dr. Annette Probst

HAWK – Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst

Hildesheim/Holzminden/Göttingen

Goschentor 1

31134 Hildesheim

Annette.Probst@hawk.de

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)

Vor dem Hintergrund der sich verändernden Bedarfe und Anforderungen der Patientenversorgung sieht der FBTT die dringliche Notwendigkeit einer vollständigen hochschulischen Ausbildung von Physiotherapeut*innen. Eine alternde Gesellschaft, damit einhergehende Veränderungen des Krankheitsspektrums, steigende Gesundheitskosten sowie der beschleunigte medizinisch-technische Fortschritt und ein Wertewandel in der Gesellschaft machen Anpassungen in den Versorgungsstrukturen, in den Aufgabenteilungen und Kompetenzprofilen der Gesundheitsberufe notwendig. Die aktuelle berufsfachschulische Ausbildung wird den Anforderungen der aktuellen Situation, weder in Hinblick auf den sog. Theorieteil der Ausbildung noch in Hinblick auf die praktische Ausbildung, nicht mehr gerecht. Die steigende Anzahl an Menschen mit chronischen Krankheiten bzw. Behinderungen stellt u.a. erhöhte fachliche Anforderungen an die Therapieplanung und –steuerung. Auch werden vermehrt Kompetenzen zur Vermittlung von Strategien der Selbstmanagementförderung für Menschen mit chronischen Krankheiten bzw. Behinderungen benötigt, die verstärkt sowohl verhältnis- wie verhaltensbezogene Ansätze in die physiotherapeutische Behandlung integrieren und präventive Therapieansätze unter sinnvoller Einbindung von Ressourcen der digitalisierten Gesundheitsversorgung berücksichtigen. Weiterhin braucht es Kompetenzen zur Gestaltung einer interprofessionellen, patientenzentrierten Therapie auf der Grundlage eines bio-psycho-sozialen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit und Kompetenzen der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung, um die Wirksamkeit bewegungsbezogener Versorgung zu steigern.

Das Bachelorstudium bildet wissenschaftlich und praktisch für die allgemeine klinische Tätigkeit mit Patient*innen sowohl im stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungssektor aus. Dabei müssen alle Therapeut*innen in der Lage sein, eigenständig auf Basis des aktuellen Wissensstands ein zielgerichtetes Assessment/Diagnostik durchzuführen, die Therapie an den Bedarfen der Patient*innen/Klient*innen orientiert zu planen, umzusetzen und anhand geeigneter Parameter zu evaluieren und zu steuern. Eine solche evidenzbasierte physiotherapeutische Versorgung erfordert den reflektierten Umgang mit wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Eine Fortsetzung der aktuell praktizierten Parallelität von berufsfachschulischer Ausbildung einerseits und hochschulischem Studium andererseits, schadet nachhaltig dem Berufsbild der Physiotherapie und ist daher nicht akzeptabel. Dieses „Nebeneinander“ bzw. „Durcheinander“ der Formate führt zu maximaler Verunsicherung potentieller Bewerber*innen bei ihrer Entscheidung für diesen therapeutischen Gesundheitsberuf. Die Gemengelage der

Ausbildungsangebote an Berufsfachschulen und Studiengangsformaten an Hochschulen, trägt schon heute wesentlich zu einem Fachkräftemangel in diesem Bereich bei, verschärft die Unklarheiten und Verwerfungen hinsichtlich der Verantwortungs- und Aufgabenbereiche innerhalb des Berufsbildes und verhindert in der Folge den sinnvollen Einsatz der durch das Studium erweiterten beruflichen Handlungskompetenzen der Hochschulabsolvent*innen und damit die, in den Studiengangsevaluationen nachgewiesene, Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Patient*innen (VAMOS-Studie) (Dieterich et al., 2019).

Entgegen der verbreiteten und häufig als Argument gegen die Akademisierung angeführten Annahme, dem flächendeckenden Fachkräftemangel in den Therapieberufen sei nur durch ein Festhalten an der klassischen schulischen Ausbildung zu begegnen, sieht man in der Akademisierung einen wichtigen Pfeiler, um „Berufsflüchtige“ in Zukunft zu vermeiden. Eine Umfrage unter Therapeut*innen verschiedener Professionen kann zeigen, dass neben der Vergütung und der inhaltlichen Unzufriedenheit auch die mangelnde Perspektive zur Weiterentwicklung ein wesentlicher Grund für einen Ausstieg aus einem Therapieberuf ist (Berger, Zanner, & Hammer, 2018). Ein Hochschulstudium bietet im Gegensatz dazu diversifizierte Karrierepfade zur individuellen professionellen Weiterentwicklung, ohne den Beruf verlassen zu müssen. Eine kollektive Professionalisierung kann somit kontinuierlich gewährleistet werden und damit eben auch der derzeit zu verzeichnende „brain drain“ von besonders qualifizierten Professionsangehörigen vermieden werden. Das Argument, Therapeut*innen würden sich durch ein Hochschulstudium „von der Behandlungsbank“ wegqualifizieren, kann per se nicht nachvollzogen werden. Die Evaluation der Berufseinmündung nach einem Bachelorstudium zeigen diesen Befund ganz eindrücklich (Räbiger & Blümke, 2018, Dieterich et al., 2019). Insbesondere sind es die strukturellen Rahmen- und Arbeitsbedingungen (wie bspw. geringe Handlungsautonomie, Vergütung, zeitliche Taktung, Weisungsgebundenheit, etc.), die eine Abkehr der Therapeut*innen von ihrem Beruf befördern. Dass hier dringender Reform- und Erneuerungsbedarf besteht, ist hinlänglich bekannt. Dies kann nur durch den notwendigen politischen Willen und durch berufsspezifische Innovation, Forschung und der Vermittlung von zeitgemäßen Kompetenzen wie sie in einem Hochschulstudium vermittelt werden, geschehen. Die Absolventenbefragung des Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (HVG) (Räbiger & Blümke, 2018) wie auch die groß angelegte, überregionale „VAMOS“-Studie (Dieterich et al., 2019) bestätigten die Zielsetzung der Bachelorstudiengänge und damit auch die Empfehlungen des Wissenschaftsrates (2012), für den direkten Patient*innenkontakt auszubilden. Demnach stellt die Patientenversorgung derzeit auch das größte Betätigungsfeld für Absolvent*innen primärqualifizierender Therapiestudiengänge dar. Weiterhin geht aus diesen Befragungen hervor, dass hochschulisch qualifizierte Therapeut*innen die praktisch therapeutische Arbeit mit

Patient*innen sehr schätzen und sich keineswegs der größte Anteil sofort weiter- oder wegqualifizieren möchte.

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

Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung, respektive Studium als Physiotherapeut*in sollten zukünftig die allgemeine Hochschulreife oder Fachhochschulreife oder eine abgeschlossene Ausbildung zur*m Masseur*in und medizinischen Bademeister*in sein.

Zu den Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung zur*m Masseur*in und medizinischen Bademeister*in kann der FBTT aus Hochschulsicht keine Beurteilung abgeben.

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.

Die Qualifikationsprofile (Ausbildungsziele) sowie die daraus abgeleiteten Kompetenzprofile für Studiengänge in der Physiotherapie richten sich nach den Anforderungen, wie sie im Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse (HQR) für die Stufen 1-3 formuliert sind. Daraus ergibt sich für die HQR-Stufe 1 (Bachelorebene, B. Sc.) folgendes Qualifikationsprofil (Ausbildungsziel):

- 1) Das Hochschulstudium zur Physiotherapeutin und zum Physiotherapeuten befähigt zur unmittelbaren, selbstständigen und eigenverantwortlichen Erfüllung von physiotherapeutischen Aufgaben mit Menschen aller Altersstufen entsprechend dem allgemein anerkannten (internationalen) Standard, fundierter physiotherapeutischer, medizinischer und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse.
- 2) Absolventinnen und Absolventen eines Hochschulstudiums sind im Sinne des Absatzes (1) befähigt, als Expertinnen und Experten für menschliche Bewegung in den Bereichen der Gesundheitsförderung, Bewegungsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliativversorgung zu agieren. Sie analysieren und beurteilen die Bewegungs- und Funktionsfähigkeit sowie bewegungsbeeinflussende Faktoren in der Lebenswelt von Patient*innen, Klient*innen in einem partizipativen Entscheidungsprozess, beeinflussen bedürfnis- und ressourcenorientiert die Leistungsfähigkeit und / oder Lebensqualität eines Individuums. Bewegung und deren handlungsorientierte Ausrichtung im Hinblick auf den größtmöglichen Patient*innen-, Klient*innennutzen stellt hierbei das Kernelement der Einflussnahme auf Gesundheit und Wohlbefinden dar. Sie erbringen physiotherapeutische

Leistungen sowohl gegenüber einzelnen Personen, als auch gegenüber Personengruppen in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung. Sie arbeiten in interprofessionellen Teams zusammen und bringen ihre physiotherapeutische Expertise zum Wohle der Patientinnen und Patienten sowie Klientinnen und Klienten ein.

3) Das Hochschulstudium soll insbesondere dazu befähigen, die folgenden komplexen physiotherapeutischen Aufgaben eigenverantwortlich und selbstständig unter Beachtung rechtlicher Rahmenbedingungen, ethischer Kodizes und aktueller wissenschaftlicher Forschungsergebnisse zu übernehmen:

- a) Anamnese erheben, untersuchen und diagnostizieren und die daraus abzuleitende eigenständige Indikation für eine Intervention stellen bzw. die Notwendigkeit der Überweisung an andere Professionen erkennen *und veranlassen*;
- b) indizierte Interventionen planen, organisieren, durchführen, kontrollieren, dokumentieren und evaluieren;
- c) Therapieprozesse auf der Grundlage der bestverfügbaren Evidenz unter Einbezug des Patienten steuern und gestalten;
- d) passende Hilfsmittel ermitteln, in Interventionen einbeziehen und gegebenenfalls anpassen *und verordnen*;
- e) Einzelne Patientinnen und Patienten sowie Klientinnen und Klienten oder Gruppen in unterschiedlichen Settings und Kontexten begleiten, beraten, anleiten und schulen sowie Institutionen beraten;
- f) neue Technologien und Innovationen in den Therapieprozess integrieren;
- g) Therapiemanagement übernehmen;
- h) Kommunikations- und Kooperationsprozesse steuern;
- i) das eigene berufliche Handeln kritisch reflektieren und innovative Lösungsansätze für die Patientenversorgung unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickeln;
- j) die physiotherapeutische Versorgung unter Berücksichtigung gesellschaftlicher und institutioneller Rahmenbedingungen mitgestalten und weiterentwickeln;
- k) Qualitätsmanagement hinsichtlich therapeutischer Leistungen auf der Basis wissenschaftlicher Verfahren und Instrumente durchführen;
- l) in verschiedenen Settings des Gesundheitssystems nachhaltig handeln.

3.1) die folgenden übergeordneten Aufgaben partizipativ ausführen:

- a) an der Entwicklung von Konzepten, Verfahren und Instrumenten im Rahmen des therapeutischen Prozesses mitwirken;
- b) therapeutische Arbeits- oder Projektgruppen sach- und zielgerecht leiten;
- c) an der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards mitwirken;
- d) an Forschungsprojekten mitwirken;
- e) an der Weiterentwicklung des Berufsbildes Physiotherapie mitwirken.

3.2) interprofessionelle Versorgungssituationen zielführend und patientenorientiert gestalten, indem gemeinsam zweckmäßige Lösungen für Patienten und Versorgungssituationen entwickelt und umgesetzt werden und dabei Kompetenzen und Sichtweisen der eigenen und der angrenzenden Professionen berücksichtigen.

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

Mit dem Konzept der "Offenen Hochschule" sind spätestens seit 2011 die überkommenen Barrieren zwischen beruflicher und akademischer Bildung abgebaut worden. Inzwischen ist eine größtmögliche Durchlässigkeit sowohl auf horizontaler wie vertikaler Ebene in den länderspezifischen Hochschulgesetzen (z.B. 3+3 Regelung in Niedersachsen etc.) und in den Zugangsordnungen (Bestandteil von Akkreditierungsverfahren) von Studiengängen (z.B. pauschale und individuelle Anrechnungsverfahren für beruflich erworbene Kompetenzen) gesetzlich verankert worden. Diese Regelungen sind selbstverständlich auch auf den Beruf von Masseur*innen und med. Bademeister anzuwenden. Damit ist der Zugang zum Studium der Physiotherapie für diese Berufsgruppe gewährleistet. Der Beruf selbst bleibt für Schulabgänger*innen mit Haupt- und Realschulabschlüssen attraktiv.

Während ein Bachelorstudium eine breitangelegte Grundqualifikation im Fach ermöglicht, braucht es in der Folge der Etablierung von vollständig hochschulischen Bachelorstudiengängen die zur Berufszulassung führen, weitere anschlussfähige Masterstudiengänge, die eine fachliche Vertiefung ermöglichen. Von den über 20 Masterstudiengängen deutschlandweit, die derzeit Bachelorabsolvent*innen der Physiotherapie eine Anschlussperspektive einer akademischen Weiterentwicklung bieten, halten lediglich fünf Studiengänge eine berufsspezifisch fachliche Vertiefung vor (wie Neurorehabilitation oder Sportphysiotherapie). Um eine fachspezifische Weiterentwicklung physiotherapeutischer Versorgung zu ermöglichen, werden weitere Masterstudienprogramme für Handlungsfelder der Physiotherapie benötigt. Darüber hinaus

bedarf es einer gezielten Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Dies sollte durch den Auf- und Ausbau fachspezifischer Promotionsstudiengänge und Promotionsstipendien sowie damit einhergehend der Schaffung entsprechender Universitätsprofessuren erfolgen bzw. durch einen Abbau von Barrieren für kooperative Promotionen mit Hochschulen. Zudem bedarf es befristet fachspezifischer Forschungsprogramme (analog der Pflegeforschungsförderung), um mittelfristig eine Konkurrenzfähigkeit der Therapiewissenschaften in etablierten Förderprogrammen zu ermöglichen.

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)

Physiotherapeutische Diagnostik (inkl. Screening auf Risikofaktoren, Diagnosestellung)

In der derzeitigen berufsfachschulischen Ausbildung werden bereits grundlegende Kenntnisse physiotherapeutischer Befund- und Untersuchungstechniken erworben. Hierzu zählen u.a. die Grundlagen der Befunderhebung, Inspektion, Funktionsprüfung und die Erstellung eines Behandlungsplans diese werden in den Kompetenzerwerb eines Hochschulstudiums gemäß der HQR Stufe 1 angepasst und weitergeführt.

Im Rahmen eines Hochschulstudiums werden darüberhinausgehende Kompetenzen erworben, um selbständig und eigenverantwortlich physiotherapeutische Diagnostik inkl. Screening auf Risikofaktoren, durchzuführen. Dies impliziert zu erkennen und entscheiden zu können, ob eine physiotherapeutische Behandlung indiziert, eine ärztliche Abklärung nötig ist bzw. ob eine Empfehlung im Rahmen einer interprofessionellen Versorgung umgesetzt werden sollte. Im Gegensatz zu Deutschland gehören diese erweiterten eigenverantwortlichen Kompetenzen in Ländern wie Großbritannien oder Niederlande bereits zu den berufsspezifischen Kompetenzen (GesinE) und werden als separate Leistung wie beispielsweise eine physiotherapeutische Diagnosestellung vergütet (Lehmann et al., 2014). Entsprechende Regelungen müssen bei einer Neuordnung auch für hiesige Verhältnisse eingeführt werden.

Es gibt aktuell belastbare Evidenz dafür, dass eine solche Kompetenzerweiterung im Rahmen des Direktzugangs zur Physiotherapie kein höheres Risiko für unerwünschte Ereignisse und übersehende Kontraindikationen mit sich bringt im Vergleich zum Zugang über den Hausarzt (Babatunde et al., 2020) (vgl. unsere Antworten zu den Fragen 15 und 16). Den Erwerb dieser zusätzlichen Kompetenzen erachtet der FBTT als dringende Voraussetzung, um Patientensicherheit im Direktzugang zur physiotherapeutischen Versorgung zu gewährleisten.

Eigenverantwortliche Festlegung der therapeutischen Maßnahmen (inkl. Therapiefrequenz und -dauer)

Die evidenzbasierte Maßnahmenauswahl – basierend auf einer hypothesengeleiteten physiotherapeutischen Diagnostik – ist ein wichtiger Baustein der physiotherapeutischen Versorgung. Studien aus Ländern in denen ein Physiotherapiestudium bereits seit langem etablierter Bestandteil der Hochschulausbildung ist, zeigen, dass die eigenverantwortliche Festlegung der therapeutischen Maßnahmen mit einer Reduzierung der physiotherapeutischen Behandlungseinheiten, ärztlicher Behandlungen sowie bildgebender Verfahren einhergeht (Babatunde et al., 2020; Demont, Bourmaud, Kechichian, & Desmeules, 2019)

Auch Evaluationsergebnisse aus Deutschland zum „Modellvorhaben Physiotherapie gemäß § 63 Abs. 3b SGB V“ bestätigen diese Ergebnisse (Nast, Wirz, Scheermesser, & Schämann, 2018), so dass der FBTT die Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Festlegung der therapeutischen Maßnahmen (inkl. Therapiefrequenz und -dauer) als festen Bestandteil des zukünftigen Kompetenzprofils sieht.

Anordnung bildgebender Verfahren

Ein*e Absolvent*in mit einer breitangelegten Grundqualifikation im Fach Physiotherapie mit Bachelorabschluss sollte in der Lage sein, im Rahmen eines eigenverantwortlichen Diagnostikprozesses Ergebnisse bildgebender Verfahren im Zusammenhang mit der physiotherapeutischen Diagnostik interpretieren zu können. In Ländern mit Direktzugang hat sich ein Screeningverfahren, das eine Anamnese und klinische Untersuchungsverfahren kombiniert, als geeignet erwiesen, um Patient*innen zu identifizieren, bei denen Physiotherapie keinen Nutzen bringt oder sogar schaden könnte, ohne dass ein Einsatz bildgebender Diagnostik notwendig wurde. Die Befähigung – wie in einigen Ländern üblich – im Rahmen der physiotherapeutischen Diagnostik auch bildgebende Verfahren einzusetzen sehen wir eher bei Absolvent*innen eines Physiotherapiestudiums gemäß HQR Stufe 2 (Masterebene).

Ausstellung von Krankschreibungen

Zur Beurteilung dieser Kompetenz gibt es bisher keine ausreichende Studienlage. Daher wäre es sinnvoll, diese Kompetenz in eine modellhafte Erprobung des Direktzugangs in der Physiotherapie aufzunehmen und auf deren Eignung und Auswirkung auf die Kosten zu überprüfen.

Angebot von präventiven Beratungen

Kompetenzen für die Beratung zu Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sowie Kompetenzen zur Konzeption und Umsetzung von präventiven Leistungen nach § 20 Abs. 4 Nr. 1, Abs. 5 und § 20a und 20b SGB V sind wesentlich für die Berufsgruppe der Physiotherapie und sollten im Vergleich zur aktuell bestehenden berufsfachschulischen Ausbildung deutlich

ausgebaut werden. Es ist ein größerer Umfang als der bisher in der berufsfachschulischen Ausbildung vorgesehenen Lehr- und Lerninhalte zu kommunikativen und Beratungskompetenzen sowie Gesundheitsförderung und Prävention notwendig, um die oben benannten Aufgaben in der Prävention adäquat übernehmen zu können.

Evaluation

Die Evaluation gehört bereits jetzt zu den Kernaufgaben von Physiotherapeut*innen im Rahmen des therapeutischen Prozesses. Gleichwohl zeigte eine Untersuchung, dass nur etwa 70% der befragten Physiotherapeuten in Deutschland unter den derzeitigen strukturellen Rahmenbedingungen der Heilmittelrichtlinien Behandlungsfortschritte regelmäßig in individuell festgelegten Abständen evaluieren und nur etwa die Hälfte der Befragten nutzt dazu standardisierte Assessment- und Untersuchungsverfahren (Lehmann et al., 2014). Die für das Verständnis einer regelmäßigen Evaluation notwendigen vertieften Kompetenzen zur Auswahl und Anwendung geeigneter evidenzbasierter Assessments sind wesentliche für eine Therapiesteuerung und sollten in der zukünftigen hochschulischen Ausbildung einen angemessenen Umfang einnehmen, der auch die strukturellen Rahmenbedingungen der Machbarkeit reflektiert.

Überweisung an Hausarzt/-ärztin/Fachärzte/-ärztinnen/andere Gesundheitsberufe

Die Möglichkeit zur Überweisung an Hausärzt*innen sollten Physiotherapeuten als Kompetenz zukünftig erwerben. In Ländern mit bereits etablierten Direktzugang gehört die Überweisung zu den beruflichen Kompetenzen von Physiotherapeut*innen (Lehmann et al., 2014). Wenn Physiotherapeut*innen eigenverantwortlich ein Screening auf Risikofaktoren im Rahmen eines Direktzugangs durchführen und eine ärztliche Abklärung notwendig wird, dann sollte eine Überweisung an Hausärzte oder auch an andere Gesundheitsfachberufe möglich sein. Ressourcenfragen einer direkten Überweisung an Fachärzt*innen sind vor dem Hintergrund des Hausarztmodells zu diskutieren. Der Frage, ob eine direkte Überweisung an Fachärzt*innen zu höheren Kosten für Gesundheitsleistungen führt als bei einem hausarztzentrierten Vorgehen sollte in einer gesundheitsökonomischen Evaluation im Rahmen der modellhaften Erprobung des Direktzugangs nachgegangen werden.

Für die Umsetzung der zusätzlichen physiotherapeutischen Kompetenzen stellt die Heilkundeübertragung (analog zur Übertragung von ärztlichen Aufgaben auf die Alten- und Krankenpflege, § 63 Abs. 3c SGB V) einen geeigneten Rahmen dar.

Weitere Kompetenzen

Verordnung von physiotherapeutisch notwendigen Hilfsmitteln und digitale Gesundheitsanwendungen

Physiotherapeuten sollen die Kompetenzen erhalten, den Bedarf passender Hilfsmittel und digitaler Gesundheitsanwendungen zu ermitteln, in Interventionen einzubeziehen, ggf. anzupassen und zu verordnen. Sie stärken damit die Kompetenzen von Patient*innen, Angehörigen und anderen Bezugspersonen im Verständnis und in der Anwendung bewegungsfördernden Maßnahmen und im Umgang mit Hilfsmitteln.

6. Welche Ausbildungsdauer für die Berufe in der Physiotherapie ist Ihrer Meinung nach für eine qualifizierte Patientenversorgung sinnvoll? Wie sollten die Anteile der praktischen und theoretischen Ausbildung zukünftig gewichtet und ausgestaltet sein? Bitte differenzieren Sie nach Hochschule und Berufsfachschule sowie nach den einzelnen Berufen.

Das Hochschulstudium zum/r Physiotherapeut*in sollte als Bachelorstudium in Vollzeit an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen in einem Umfang von mindestens sieben Semestern (210 ECTS) erfolgen (HVG, 2018). Bei einem Umfang des berufspraktischen Studienteils von bis zu 1600 Präsenzstunden sollten davon maximal 20 % auf die Vor- und Nachbereitungszeit bzw. Selbstlernphase entfallen. Die Hochschule ist für die Konzeption und Durchführung der Ausbildung verantwortlich. Das gilt sowohl für die theoretischen als auch für die praktischen Ausbildungsanteile (HRK, 2017).

Zur Dauer der Ausbildung zum*r Masseur*in und medizinischen Bademeister*in kann der FBTT keine Einschätzung abgeben.

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?

Der FBTT fordert die regelhafte Einführung von grundständigen Studiengängen im Sinne des Qualifikationsrahmens für deutsche Hochschulabschlüsse (HQR). Diese gewährleisten die notwendige wissenschaftliche Fundierung der Ausbildungsinhalte in den Modulen und den damit verbundenen Kompetenzerwerb im Sinne des Kompetenzmodells des HQR. Die modulare Struktur der Curricula von Studiengängen bringen die notwendige Flexibilität mit, den Kompetenzerwerb und die damit verbundenen Lerninhalte kontinuierlich dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand gemäß

anzupassen. Zudem befähigt ein Studium die Absolvent*innen für den erforderlichen lebenslangen Lernprozess.

Ein Bachelorstudium verfolgt gemäß HQR 1 das Ziel, für die Planung, Bearbeitung und Auswertung von umfassenden fachlichen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in Teilbereichen eines wissenschaftlichen Faches oder in einem beruflichen Tätigkeitsfeld zu qualifizieren.

Zertifikatspositionen in der aktuellen Form sind vor dem Hintergrund einer gesundheitlichen Versorgung des 20. Jahrhunderts entstanden und erfüllen im 21. Jahrhundert nicht mehr die Funktion einer qualitätsgesicherten beruflichen Weiterbildung. Eine kontinuierliche professionsbezogene Weiterbildung fokussiert vor allem akademische Weiterbildung im Sinne einer fachlichen Vertiefung im einem spezifischen physiotherapeutischen Handlungsfeld im Sinne eines „Continuing Professional Developments“ wie es sich bspw. im angelsächsischen Raum für die Physiotherapie etabliert hat, denn eine Orientierung an Techniken und Konzepten.

Nicht akzeptabel sind langwierige und teure Weiterbildungskurse, die die Hochschulabsolvent*innen erst nach ihrem erfolgreichen Bachelorabschluss besuchen können bzw. müssen, um die am Arbeitsmarkt gefragten Qualifikationen zu erwerben (HVG, 2019). Physiotherapeutische Weiterbildungsprogramme müssen ihre Ziele an akademischen Abschlusskompetenzen orientieren. Weiterbildungsmöglichkeiten sollte es im Rahmen von postgraduierten Programmen an Hochschulen und im klinischen Setting geben. Das Weiterbildungskonzept z. B. der „entrustable professional activities“ (EPA), welches in der medizinischen Weiterbildung bereits erfolgreich umgesetzt wird, kann auch ein Modell für die Physiotherapie sein. Als EPA wird eine in sich abgeschlossene klinische Arbeitseinheit bezeichnet, die für den jeweiligen Arbeitsbereich typisch ist und die im Verlauf der Weiterbildung schrittweise dem Weiterzubildenden zur selbstständigen Durchführung anvertraut wird. Eine EPA kann als Weiterentwicklung eines kompetenzbasierten Ausbildungskonzepts verstanden werden und als Struktur an einer hochschulischen Ausbildung anschließen.

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.

Das Studium der Medizin, Ingenieurwissenschaften und Soziale Arbeit als auch die Erfahrungen aus bereits etablierten Modellstudiengängen für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen (Darmann-Finck et al., 2014) sind beste Beispiele dafür, dass Hochschulen und Universitäten eine hochwertige praxisorientierte Ausbildung sicherstellen können. Unter den aktuell gültigen Modellbedingungen in der Physiotherapie/Gesundheitsfachberufen ist eine hochwertige praxisorientierte Ausbildung allerdings nur zu Lasten der Hochschulen, Praxisanbieter, Lehrenden und nicht zu Letzt der Studierenden möglich.

Der praxisorientierte Anteil des Studiums liegt in der Gesamtverantwortung der Hochschulen. So regeln es die Anforderungen des Akkreditierungsrats für Studiengänge mit besonderer Profilausrichtung derzeit. Darin eingebettet sind sowohl Qualifikationsanforderungen an Lehrende und Anleiter*innen in einem an der Praxis orientierten Studium, als auch der Nachweis eines pädagogisch-didaktischen Konzepts sowie dessen curricularer Ausformung in der Verbindung der beiden Lernorte Hochschule und Praxiseinrichtung. Analog zu Bestrebungen in der Pflege sollte die Festlegung bundesweiter Qualitätskriterien des praxisorientierten Anteils des Studiums durch Hochschulen erfolgen, die dann in Form von Kooperationsvereinbarungen mit Praxiseinrichtungen umgesetzt und im Rahmen des Qualitätsmanagements der Hochschulen im Kontext von Evaluationsverfahren geprüft werden sollten.

Um Studierende in einem *geschützten Rahmen* auf die Patientenversorgung vorzubereiten, gewährleistet die Möglichkeit für Hochschulen einen bestimmten Umfang des praxisorientierten Anteils des Studiums durch fallbezogene Simulationen in Kleingruppen zu ersetzen. Bisher finden praktische Anteile des Studiums überwiegend in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken statt, obwohl die realen Tätigkeitsbereiche sich auf deutlich mehr Versorgungsbereiche erstrecken. Dazu gehören z.B. die ambulante Physiotherapeutische Praxis mit ihren multiplen Versorgungsaufgaben z.B. in Alten- und Pflegeheimen, der Langzeitpflege, der bewegungsbezogenen Versorgung im häuslichen Umfeld von Patient*innen, der Palliativversorgung in Hospizen, der Versorgung von Menschen mit Behinderung in Wohngruppen, Behinderteneinrichtungen und Berufsbildungswerken sowie im öffentlichen Gesundheitsdienst. Diese sollten berücksichtigt werden, ebenso wie die Möglichkeit, einen Teil der praktischen Ausbildung im Ausland sowie mit und bei anderen Berufsgruppen (z.B. Ergotherapie oder Pflege) erbringen zu können.

Die Frage nach „Teilakademisierung“ stellt sich vor dem Hintergrund therapeutischen Arbeitshandelns nicht und lässt ein analytisches Defizit hinsichtlich der Struktureigentümlichkeit therapeutischen Arbeitshandelns der Physiotherapie in der Art der Fragestellung erkennen: Das therapeutische Arbeitshandeln in der Physiotherapie ist (u.a.) dadurch gekennzeichnet, dass es

sich hier um die Begleitung von Menschen in Lebenslagen handelt, die durch eine Krisenbewältigung gekennzeichnet sind (vgl. Grafe&Probst 2012, Grafe 2017, Grafe&Behrens, 2019; Groll, 2018; Probst, 2010). Die Interaktion zwischen den professionell Handelnden und den Patient*innen/Klient*innen/Adressat*innen spielt für den mit der Zielsetzung von Therapie verbundenen „Veränderungsprozess“ (in der Physiotherapie ist das im Kern das Erhalten oder Wiedererlernen eines subjektiv bedeutsamen Bewegungsverhaltens und von Beweglichkeit in und unter Berücksichtigung der Lebenswelt der Adressat*innen, Probst 2018) eine wichtige Rolle für die Problemlösung einerseits und die damit verbundenen Bewältigungsprozesse auf Seiten der Patient*innen/Klient*innen andererseits. Die Initiierung von Veränderungsprozessen kommt in der Physiotherapie, ähnlich wie in Bildungsprozessen, Lern-Lehrprozessen gleich und ist nicht „technologisch“ lösbar (wie etwa bei einer Autoreparatur). Die professionelle Arbeit in der Therapie ist also durch ihre Interaktionsabhängigkeit und dem damit verbundenen „Technologiedefizit“ (s. auch Luhmann und Schorr, 1982) sehr komplex, denn sie zielt auf eine „Veränderung“ vor dem Hintergrund einer gesundheitlichen Krisenbewältigung z.B. des Bewegungsverhaltens durch Bewegungsförderung in der Physiotherapie. In Anlehnung an Niklas Luhmanns Ausführungen zum Erziehungssystem kann für die Physiotherapie konstatiert werden, dass weder Patienten*innen noch das Interaktionssystem Therapie Trivialmaschinen sind, die, wenn man den „richtigen Input eingibt, die gewünschten Resultate liefern“ (vgl. Lenzen, 2002, S. 157).

Darum kann aus wissenschaftlicher Sicht mit Blick auf eine heute (im Ausland) schon mögliche, qualitativ hochwertige therapeutische Versorgung mit und durch Physiotherapie auch in Deutschland nicht auf einen entsprechenden Kompetenzerwerb der vollständigen beruflichen Erstqualifikation an Hochschulen weiter verzichtet werden. Eine Teilakademisierung lehnt der FBTT auf der Grundlage der Erkenntnisse der o.g. Studien in jeder Form ab, eben und gerade auch für den an der Praxis orientierten Teil eines zukünftigen Studiums. Dieser Teil des Studiums muss auf der Grundlage des Kompetenzmodells des HQR und der damit verbundenen Qualitätsanforderungen angelegt werden, so kann die Praxisorientierung zukunftsorientiert gewährleistet werden, damit die Potentiale einer bewegungsbezogenen Versorgung durch Physiotherapie als Beitrag für die gesundheitliche Versorgung insgesamt gehoben werden können.

9. Wie bewerten Sie die Möglichkeit der Ausgestaltung einer akademischen Ausbildung der Physiotherapie als „dualer Studiengang“?

Die mit dem Konsultationsverfahren Physiotherapie angestoßene Diskussion im Vorfeld einer Novellierung des Berufsgesetzes in der Physiotherapie ist die notwendige Folge eines anspruchsvollen Versorgungsbedarfs und einer komplexen Versorgungsstruktur. Vor diesem

Hintergrund begrüßt der FBTT die Anstrengungen des BMG, durch einen entsprechenden Gesetzesentwurf den vorgenannten Anforderungen gerecht werden zu wollen. Kritisch sehen wir dabei jedoch u.a. eine vorschnelle Fokussierung auf ein Duales Studium unter Außerachtlassung der bereits erfolgreich betriebenen grundständigen Studiengänge (Dieterich et al., 2019; . HRK, 2021; Wissenschaftsrat, 2012).

Duale Studiengänge sind unseres Erachtens nicht zielführend, denn es hat sich in der Vergangenheit und nicht zu Letzt aktuell an den Pflegestudiengängen gezeigt, dass gesundheitsbezogene Studiengänge, die mit externen Praxiseinrichtungen kooperieren und in welchen die Hochschulen nicht auch den Durchgriff auf die jeweiligen Praxisphasen innehaben, den wiss. Ansprüchen nicht genügen, weder mit Blick auf das eingesetzte Personal noch hinsichtlich der Wissenschaftsfundierung und Strukturierung der Ausbildung (Stichworte dazu z.B. Lehre versus Dienstpläne versus Personalmangel in den Praxiseinrichtungen). Praxisphasen im Studium müssen demnach in der Gesamtverantwortung der Hochschule liegen, die im Benehmen mit den jeweiligen Praxiseinrichtungen die Durchführung des berufspraktischen Teils des Studiums organisiert und dafür entsprechend finanziell, strukturell und personell aufgestellt ist (analog zum Praktischen Jahr in der Humanmedizin oder den Praxisphasen in der Sozialen Arbeit).

Zum Aufbau einer wiss. Disziplin mit entsprechender Theorie- und Methodenentwicklung, Forschungsstrukturen und Laufbahnentwicklungen für den wiss. Nachwuchs sind Duale Studiengänge nicht geeignet. Am Beispiel der Ingenieurwissenschaften, die vor ca. 50 Jahren einen ähnlichen Transformationsprozess im Hochschulsystem, wie aktuell die Physiotherapie, durchgemacht haben, ist nachvollziehbar, dass Duale Studiengänge erst dann eine sinnvolle Alternative zu grundständigen Studiengängen sein können, wenn sie am Ende einer fundierten Disziplinentwicklung aufgesetzt werden, aber sicher nicht an deren Anfang, wie wir ihn derzeit für die Physiotherapiewissenschaft in Deutschland konstatieren können.

10. Wie viele primärqualifizierende Studiengänge müssten pro Land im Fall einer Vollakademisierung neu eingerichtet werden bzw. wie hoch müsste die Studienkapazität pro Land sein?

In einem sukzessiven Transformationsprozess können die erforderlichen Studienkapazitäten für eine flächendeckend hochschulische Ausbildung in der Physiotherapie gut erreicht werden. Derzeit sind 17 (Stand 2021) primärqualifizierende Studiengänge Physiotherapie erfolgreich etabliert. Der Ausbau der vorhandenen primärqualifizierenden Kapazitäten sowie der Um- und Ausbau der weiteren ausbildungsintegrierenden oder additiven Studiengänge bieten sehr gute Voraussetzungen für die erforderliche Ausbildungsreform.

Auf der Basis von 8799 Schüler*innen des 1. Schuljahrs an derzeit 255 Physiotherapieschulen (2019/2020), besteht ein Neubedarf von 147 primärqualifizierenden Studiengängen (PQS) mit je 60 Studienplätzen ($8799/60 = 146,7$). Rechnet man mit 30 Studienplätzen pro PQS, würde der Bedarf auf 139 PQS mit je 60 Studienplätzen pro Jahr sinken, wenn die vorhandenen PQS auf je 60 Studienplätze aufgestockt würden.

Selbstverständlich sind dabei die unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedarfe der Bundesländer zu berücksichtigen. Als Träger der Reform sind sowohl die Länder als auch der Bund angesprochen.

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 Ausbildung von Physiotherapeut*innen auf Bachelor-Niveau (HQR Stufe 1) wird nicht nur als sinnvoll, sondern auch als dringend notwendig erachtet, um den aktuellen Anforderungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland Rechnung tragen zu können. Komplexer werdende Versorgungsbedarfe benötigen eine wissenschaftlich fundierte, interprofessionelle und patientenzentrierte Versorgung (vgl. Antwort zu Frage 1). Dazu leistet die Anhebung des Ausbildungsniveaus einen wesentlichen Beitrag.

Weitere positive Folgen einer Angleichung an das europäische hochschulische Ausbildungsniveau sind die Schaffung beruflicher Chancengleichheit und eine erleichterte berufliche Mobilität innerhalb Europas und darüber hinaus. Bisher findet vorrangig eine berufliche Abwanderung von Fachkräften in der Physiotherapie statt. Eine Analyse der beruflichen Anerkennungsanträge zeigt, dass deutsche Physiotherapeut*innen mit knapp 20 % den größten Anteil an Berufsanerkennungsanträgen für das Ausland stellen im gesamten Europäischen Wirtschaftsraum (Kirchner & Kirchner, 2017). Eine Angleichung an das europäische hochschulische Ausbildungsniveau könnte den Trend umkehren und Deutschland könnte interessant für Berufsmigrant*innen aus dem Ausland werden. Mit der Verortung der Berufsausbildung an (Berufs-)Fachschulen bildet Deutschland europaweit das Schlusslicht. Der dadurch entstehende Wettbewerbsnachteil, den in Deutschland ausgebildete Physiotherapeut*innen im Ausland derzeit erleben, ist immens. Mit Blick auf eine zukunftsfähige Versorgungsqualität hat sich im Pandemiegeschehen hat sich schon im März 2020 die Sorge bestätigt, dass die Therapieberufe auch künftig im internationalen Vergleich nicht bestehen, da sie ihrer Möglichkeit beraubt werden, eine entsprechende Professionsentwicklung gemäß den aktuellen Erkenntnissen und dem Stand der wissenschaftlichen Forschung voranzutreiben. In der Folge davon können z.B. die Potenziale von im Ausland erzielten Forschungsergebnisse zur physiotherapeutischen Behandlung von Corona-Betroffenen hierzulande nur begrenzt und nicht

systematisch genutzt werden. (Berufs-)Fachschulen sind keine Institutionen, an denen Forschung und wissenschaftliche Entwicklung betrieben werden kann. Dazu kann es nur kommen, wenn die Ausbildung in ein Hochschulstudium überführt wird. Damit wird auch ein Aufholen physiotherapiewissenschaftlicher Expertise an den europäischen und internationalen Forschungsstand erleichtert. Die dadurch zu erwartende höhere Versorgungsqualität wird einen unmittelbaren Nutzen für die Patient*innen und deren Angehörige generieren.

12. In welchen Tätigkeitsbereichen werden Ihrer Einschätzung nach im Fall einer Akademisierung der Ausbildung der Physiotherapie die Absolventinnen / Absolventen überwiegend tätig werden? Wie bewerten Sie die Auswirkungen einer Akademisierung auf die Versorgungsqualität und Vergütungsstruktur? Bitte differenzieren Sie nach Voll- und Teilakademisierung.

Hochschulisch ausgebildete Physiotherapeut*innen arbeiten in aller Regel in der patienten- und klientennahen Versorgung. Die Arbeitsfelder der Absolvent*innen des Bachelors sind berufsgruppentypisch bzw. fachadäquat und liegen bisher in der Regel innerhalb der direkten Versorgung von Patient*innen sowie Klient*innen. Beispielweise konnte in der VAMOS Studie (Dieterich et al., 2019) gezeigt werden, dass 47,2% der Hochschulabsolvent*innen der Physiotherapie in Therapiepraxen arbeiten, 18,0% in Klinikinstitutionen (Universitätsklinik/Krankenhäuser) und 11,2% in Rehabilitationseinrichtungen und nur zu einem geringeren Anteil im Setting von Wissenschaft, Lehre und Management. Im Rahmen der direkten Versorgung werden neben den überwiegenden klientennahen ausgerichteten Aufgaben auch besondere klientenferne Aufgaben und Funktionen wahrgenommen (wissenschaftliche Recherche, Praxisprojekte, Qualitätsmanagement, Konzeptentwicklung, Leitungsaufgaben).

In allen bewegungsbezogenen Versorgungsbereichen bedarf es akademisch ausgebildeter Physiotherapeut*innen, die eine qualitativ hochwertigere, evidenzbasierte Patientenversorgung sicherstellen und neben dem Fachwissen mit einer breiten, wissenschaftlichen Methodenkompetenz befähigt sind, um die Auseinandersetzung mit der Genese und Weiterentwicklung von beispielsweise Leitlinien zur konservativen und operativen Nachsorge bei akuten und chronischen Erkrankungen nachhaltig mit zu begleiten. So lässt sich einer Überversorgung und Fehlversorgung durch eine überdimensionierte operative Medizin bei bestimmten Indikationen entgegensteuern und Qualität der Versorgung der Patient*innen signifikant verbessern. Eine realistische Einschätzung der Auswirkung einer Akademisierung auf die Qualität der Patientenversorgung lässt sich an der aktuellen Evidenzlage des Direktzugangs zur Physiotherapie auf patientenrelevante Outcomes ablesen (vgl. Antwort zu Frage 16).

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)

Für Tätigkeiten des bisherigen Kompetenzbereichs sollte ein voller Bestandsschutz berufsfachschulisch ausgebildeter Physiotherapeut*innen gewährleistet werden. Für die neu zu regelnden vorbehaltenen Tätigkeiten hält der FBTT einen nachträglichen Qualifikationserwerb für erforderlich. Tätigkeiten im Direktzugang sind für Absolvent*innen eines Bachelorstudiums vorzuhalten. Bereits jetzt stehen Studiengänge zur Verfügung, die den berufsbegleitenden Erwerb eines Bachelorabschlusses für Berufsfachschulabsolvent*innen ermöglichen.

Der Transformationsprozess sollte durch entsprechende Förderprogramme auf Bundes- und Landesebene im Rahmen der Fachkräftesicherung in Krankenhäusern und Bildungseinrichtungen und Stipendienprogramme unterstützt werden.

14. Welche Kompetenzen und Tätigkeitsbereiche halten Sie zukünftig für Masseurinnen/Masseure und medizinische Bademeisterinnen/medizinischen Bademeister für sinnvoll? (bitte begründen)

Da die aktuelle und zukünftige Ausbildung von Masseurinnen/Masseuren und medizinischen Bademeisterinnen/medizinischen Bademeistern im beruflichen Bildungssystem stattfindet, kann der FBTT dazu keine Auskunft geben.

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)

Unter Direktzugang wird der Zugang für Patient*innen zu einer physiotherapeutischen Behandlung ohne ärztliche Verordnung verstanden. Der Direktzugang würde eine Verlagerung der Verantwortung u.a. für die folgenden bisherigen ärztlichen Aufgaben an die Physiotherapeut*innen bedingen: eine bewegungsbezogene Diagnosestellung inklusive die Prüfung, ob Physiotherapie (kontra-)indiziert ist sowie eine eigenverantwortliche Festlegung der Therapieziele und Maßnahmen auf Basis einer gemeinsamen Entscheidungsfindung mit dem*r Patient*in.

Für einen Direktzugang zur Physiotherapie sollte aus Sicht des FBTT eine akademische Ausbildung Mindestvoraussetzung für die Zulassung sein. Darüber hinaus sollte in einem Modellvorhaben geprüft werden, ob auch eine Mindestanforderung hinsichtlich der Berufserfahrung zur Zulassung vorausgesetzt werden soll. Aktuelle systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen zum Direktzugang zeigen für Länder mit einem

etablierten vollständigen Hochschulstudium in der Physiotherapie eine geringere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (physiotherapeutische Maßnahmen, Arztbesuche, Schmerzmittelverordnungen, bildgebende Verfahren), geringere Arbeitsunfähigkeitszeiten und geringer Kosten für Gesundheitsleistungen im Vergleich zur Regelversorgung (Babatunde et al., 2020; Demont et al., 2019; Hon, Ritter, & Allen, 2021; Piscitelli, Furmanek, Meroni, De Caro, & Pellicciari, 2018). Aus Aspekten der Patientensicherheit erachten wir eine bundesweit einheitliche Regelung von Kompetenzen der Diagnostik, Therapie und Evaluation in der akademischen Ausbildung zum Direktzugang in Sinne der Qualitätssicherung als erforderlich. Vor dem Hintergrund einer qualitätsgesicherten Patientenversorgung im Direktzugangs erscheint die bisherige Möglichkeit über die Zulassung als sektoraler Heilpraktiker als problematisch und sollte durch den hochschulischen Direktzugang abgelöst werden. Entscheidungen zur Einführung eines Direktzugangs zur Physiotherapie sollten auf Grundlage einer sorgfältigen Evaluation des Patientennutzens, der Patientensicherheit und der Kosten im Rahmen eines wissenschaftlich begleiteten Modellvorhabens erfolgen.

Langfristige Nachteile lassen sich anhand der Studienlage nicht identifizieren.

16. Welche Auswirkungen hätte Ihrer Meinung nach ein Direktzugang zur Physiotherapie auf die Qualität der Patientenversorgung und die Dauer der Behandlungen? Welche möglichen Auswirkungen auf den Haftpflichtschutz sind denkbar? (bitte begründen)

Eine aktuelle Übersichtsarbeit mit 26 Studien legt nahe, dass es keine Unterschiede hinsichtlich Schmerzen, Einschränkungen der Funktionsfähigkeit und Lebensqualität zwischen einer physiotherapeutischen Behandlung im Direktzugang gegenüber der physiotherapeutischen Behandlung über eine ärztliche Verordnung gibt (Babatunde et al., 2020). Doch haben Patient*innen, die im Direktzugang behandelt werden, deutlich kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten (Babatunde et al., 2020), nehmen weniger Behandlungseinheiten in Anspruch (Demont et al., 2019) und sind zufriedener mit der Behandlung (Piscitelli et al., 2018). Somit gehen wir von positiven Auswirkungen des Direktzugangs zur Physiotherapie auf die Gesundheitsversorgung aus.

Eine mögliche Auswirkung auf den Haftpflichtschutz durch die höhere Verantwortung infolge des Direktzugangs ist eine rechtswissenschaftliche Fragestellung, die nicht im Beurteilungsbereich des FBTT liegt. Die systematische Übersichtsarbeit von Babatunde et al. 2020 impliziert, dass der Direktzugang für Menschen mit muskuloskelettalen Erkrankungen kein höheres Risiko für unerwünschte Ereignisse und übersehende Kontraindikationen mit sich bringt als der Zugang über den Hausarzt. Voraussetzung für die Umsetzung des Direktzugangs zur Physiotherapie wäre aus unserer Sicht die Gewährleistung eines qualitätsgesicherten Kompetenzerwerbs durch das Bachelorstudium im Bereich des Eingangsscreenings und eine modellhafte Erprobung sowie

Evaluation, die mit einer ausreichenden Fallzahl insbesondere Aspekte der Patientensicherheit untersucht, bevor eine Einführung des Direktzugangs in die Regelversorgung erwogen wird.

17. Welche Entlastungspotenziale für Ärztinnen und Ärzte halten Sie durch einen Direktzugang zur Physiotherapie für möglich? (bitte begründen)

Physiotherapeut*innen im Direktzugang sind qualifiziert Aufgaben der Diagnose und Indikation, der Entscheidung über die Zielstellung, Auswahl, Dauer und Frequenz der Therapie, sowie Aufgaben der Information und Aufklärung zu übernehmen. Ergebnisse eines 5-Jahres-Follow-ups nach Einführung des Direktzugangs in den Niederlanden zeigen (Routinedatenauswertung eines hausärztlichen Registers (NPCD) mit n=1.009.083 Patientenfällen), dass es mit der Einführung des Direktzugangs zu einer Senkung der Inzidenz von Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung kam (von 300/100.000 im Jahr 2004 auf 268/100.000 im Jahr 2009) (Swinkels et al., 2014). Der FBTT sieht in der Entlastung von Ärztinnen und Ärzten nicht das Hauptziel der Akademisierung der Physiotherapie, sondern in der Verbesserung der Patientenversorgung. Dennoch sollte dieser Fragestellung als ein Bestandteil der wissenschaftlichen Evaluation im Fall einer modellhaften Erprobung nachgegangen werden, ergänzt durch die Überlegung den Nutzen eines Direktzugangs für zusätzliche Handlungsfelder der bewegungsbezogenen Versorgung neben den der muskuloskelettalen Erkrankungen zu überprüfen.

18. Wie beurteilen Sie die finanziellen Auswirkungen eines Direktzugangs zur Physiotherapie auf das Gesundheitssystem? (bitte begründen)

Wenn die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für die physiotherapeutische Behandlung im Direktzugang in derselben Höhe übernehmen, wie für Behandlungen, die auf ärztliche Anordnung erfolgen, gibt es aus Sicht der FBTT keinen Grund zur Annahme, dass die Kosten für das Gesundheitssystem steigen. Folgt man der aktuellen systematischen Evidenz zur Einführung des Direktzugangs in anderen Ländern, ist mit einer geringeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (physiotherapeutische Behandlungseinheiten, Arztbesuche, Schmerzmittelverordnungen, bildgebende Verfahren), geringeren Arbeitsunfähigkeitszeiten und geringeren Gesamtkosten für Gesundheitsleistungen infolge des Direktzugangs zu rechnen (Babatunde et al., 2020; Demont et al., 2019; Hon et al., 2021; Piscitelli et al., 2018). Als Voraussetzung sehen wir allerdings die in Punkt 15 beschriebenen Zugangsvoraussetzungen für Physiotherapeut*innen zum Direktzugang.

19. Könnte Ihrer Meinung nach eine Ausbildung mit Bachelor-Abschluss die Möglichkeit eröffnen, einen Direktzugang zur Physiotherapie zu eröffnen? (bitte begründen)

Ein Bachelorabschluss bereitet in geeignetem Umfang und Tiefe auf den Direktzugang vor, sofern der hochschulischen Ausbildung ein einheitliches und qualitätsgesichertes Konzept zur Durchführung des Eingangsscreenings zugrunde liegt (vgl. Antwort zu Frage 5).

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

Solange beide Ausbildungswege in der Physiotherapie (Berufsfachschule und Hochschule) nebeneinander existieren und notgedrungen in einem dysfunktionalen Wettbewerb stehen, müssen beide Ausbildungsstrukturen unterhalten, gleichgut ausgestattet und finanziert werden. Das ist nur für eine Übergangszeit von 10-15 Jahren zu vertreten, bis die Ausbildung vollständig in ein Hochschulstudium überführt worden ist. Negativbeispiele wie sie sich aktuell bei den Pflege- und den Hebammenwissenschaften zeigen (in der Pflege „kannibalisieren“ sich die nebeneinander geführten hochschulischen und berufsfachschulischen Ausbildungsstrukturen wechselseitig durch die Ausbildungsvergütung der Pflegeschüler*innen in der beruflichen Bildung; an einem Pflegestudium interessierte Schulabgänger*innen werden verunsichert und abgeschreckt) sind unbedingt zu vermeiden. Der FBTT setzt sich nachdrücklich für einen gemeinsamen Roadmap-Prozess, wie ihn die HRK im April 2021 in ihrem Positionspapier zur Akademisierung der Gesundheitsberufe vorgeschlagen hat ein, der die Wissenschafts- und Gesundheitsseite des Bundes und der Länder unter Beteiligung der Hochschulen einbezieht und in dessen Rahmen ein verbindliches Implementierungs- und Finanzierungskonzept für den anstehenden Transformationsprozess hin zu einer regulären akademischen Ausbildung für die Therapieberufe, respektive der Physiotherapie, bis zum Ende der Modellklausel in 2024, verlässlich erarbeitet wird.

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

Vor dem Hintergrund einer vollständigen hochschulischen Qualifizierung ist diese Fragestellung für den FBTT mit Blick in die Zukunft obsolet.

22. Wie bewerten Sie die Kosten bei der Akademisierung der Physiotherapie im Rahmen des Gesundheitssystems im Verhältnis zum Nutzen? Bitte differenzieren Sie nach Voll- und Teilakademisierung.

Um den Anforderungen einer an Evidenz orientierten gesundheitlichen Daseinsfürsorge auch durch Physiotherapie und im respektvollen und konstruktiven Umgang aller Gesundheitsberufe miteinander gerecht zu werden, bedarf es einer hochschulischen Ausbildung. Mit dieser Grundsatzentscheidung ist auch die Frage der Finanzierung entschieden (vgl. Antwort Frage 20). Aus Sicht des FBTT rechtfertigt der damit verbundene Nutzen für die Patientenversorgung im

Speziellen und das Gesundheitssystem im Ganzen die entstehenden Kosten (vgl. Antworten auf Fragen 15-18).

23. Wie ist Ihre Position zum Thema, eine Ausbildungsvergütung gesetzlich verpflichtend vorzusehen? (bitte begründen)

Beim praxisorientierten Anteil des Studiums steht die Rolle der Studierenden als Lernende im Vordergrund, die eine intensive Anleitung und Begleitung benötigen. Der FBTT sieht daher keinen Anlass, Studierende für diesen Lernprozess zu vergüten. Die Option einer Aufwandsentschädigung, die Fahrtwege, Kost und ggf. Logis abdeckt halten wir jedoch im Rahmen der praktischen Ausbildung für denkbar.

Literatur

- Babatunde, O. O., Bishop, A., Cottrell, E., Jordan, J. L., Corp, N., Humphries, K., Hadley-Barrows, T., Huntley, A. L., & van der Windt, D. A. (2020). A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. *PLoS One*, 15(7), e0235364. doi:10.1371/journal.pone.0235364.
- Berger, T., Zanner, L., & Hammer, S. (2018). Befragung zur Abwanderung aus den Therapieberufen – Alarmierende Ergebnisse. *ergopraxis*, 11(04), 12-13.
- Darmann-Finck, I., Muths, S., Görres, S., Adrian, C., Bomball, J., & Reuschenbach, B. (2014). Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. Studie im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Quelle: https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/pflege_abschlussbericht_26_05_2015.pdf
- Demont, A., Bourmaud, A., Kechichian, A., & Desmeules, F. (2019). The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *Disabil Rehabil*, 1-12. doi:10.1080/09638288.2019.1674388.
- Dieterich, S., Hoßfeld, R., Latteck, Ä. D., Bonato, M., Fuchs-Rechlin, K., Helmbold, A., Große-Schlarmann, J., & Heim, S. (2019). Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS) - Abschlussbericht. Quelle: https://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/hochschule/Praesidium/Stabsstellen/Qualitaet_Studium_Lehre/VAMOS_ABSCHLUSSBERICHT_hsg_Endversion_Publikation_.pdf
- Grafe, M., & Probst, A. (2012). Anforderungen an Physiotherapeuten im Handlungsfeld ambulante Physiotherapiepraxis. *physioscience*, 8(03), 117–122.
- Grafe, M. (2017). „Immer im Takt bleiben“ – eine Untersuchung der physiotherapeutischen Interaktion in der ambulanten Physiotherapiepraxis. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Dissertation.

- Grafe, M., & Behrens, J. (2019). Der physiotherapeutische Takt: Ergebnisse einer handlungsfeldspezifischen Analyse der physiotherapeutischen Interaktion in ambulanten Physiotherapiepraxen. *physioscience*. 15 (03), 113-123.
- Groll, C. (2018). *Kompetenzbildung bei Menschen mit Behinderung: Probleme und Perspektiven spielerisch-sportlicher Bewegungstherapie im Schnittfeld von Physiotherapie und Sportpädagogik*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Hon, S., Ritter, R., & Allen, D. D. (2021). Cost-Effectiveness and Outcomes of Direct Access to Physical Therapy for Musculoskeletal Disorders Compared to Physician-First Access in the United States: Systematic Review and Meta-Analysis. *Phys Ther*, 101(1). doi:10.1093/ptj/pzaa201.
- HRK (2017). Primärqualifizierende Studiengänge in den Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaften. Entschließung am 14.November 2017. Quelle: https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-01-Beschluesse/Entschliessung_Primaerqualifizierende_Studiengaenge_14112017.pdf
- HRK (2021). Akademisierung der Gesundheitsberufe - Positionspapier des HRK-Präsidiums. Quelle: <https://www.hrk.de/positionen/beschluss/detail/akademisierung-der-gesundheitsberufe/>
- HVG (2018). Empfehlungen des HVG e.V. für die Gestaltung primärqualifizierender Studiengänge für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie im Rahmen von Modellvorhaben. Quelle: https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Empfehlungen_PQS_HVG_08.06.2018.pdf
- Kirchner, S., & Kirchner, Ä. (2017). Deutsche Physiotherapeuten - Europameister der Berufsmigration - eine Auswertung der Datenbank regulierter Berufe. *pt - Zeitschrift für Physiotherapeuten*, 12, 13-17.
- Lehmann, Y., Beutner, K., Karge, K., Ayerle, G., Heinrich, S., Behrens, J., & Landenberger, M. (2014). Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Quelle: https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf
- Lenzen, D. (Hg.) (2002). Niklas Luhmann. Das Erziehungssystem der Gesellschaft. Frankfurt/Main: Suhrkamp, S. 157f.
- Luhmann, N. Schorr, K. E. (1982). Zwischen Technologie und Selbstreferenz: Fragen an die Pädagogik. Frankfurt: Suhrkamp, S. 11-40.
- Nast, I., Wirz, M., Scheermesser, M. A., & Schämman, A. (2018). Evaluation und Bericht gemäß § 65 SGB V. Quelle: <https://www.big-direkt.de/de/unternehmen/engagement/modellvorhaben-physiotherapie>
- Piscitelli, D., Furmanek, M. P., Meroni, R., De Caro, W., & Pellicciari, L. (2018). Direct access in physical therapy: a systematic review. *Clin Ter*, 169(5), e249-e260. doi:10.7417/CT.2018.2087.
- Probst, A. (2010). Die soziale Konstruktion von Geschlecht in den Gesundheitsfachberufen. Eine qualitative Studie über die Bedeutung von Geschlecht für das Arbeitshandeln von

Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen. Technische Informationsbibliothek u. Universitätsbibliothek: Hannover.

Probst, A. (2018). Modell der menschlichen Bewegung in der Physiotherapie. In: Höppner, H., Richter, R. Theorie und Modelle der Physiotherapie. Ein Handbuch. Bern: hogrefe, S.99-113.

Räbiger, J., & Blümke, C. (2018). Ergebnisse der HVG Absolventenbefragung Primärqualifizierende Bachelor-Studiengänge für therapeutische Gesundheitsfachberufe (Physiotherapie Ergotherapie und Logopädie) - Vortrag auf der HVG Fachtagung am 08.06.2018. Quelle: https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/HVG-Forschungsbericht_Homepage.pdf

Swinkels, I. C., Kooijman, M. K., Spreeuwenberg, P. M., Bossen, D., Leemrijse, C. J., van Dijk, C. E., Verheij, R., de Bakker, D. H., & Veenhof, C. (2014). An overview of 5 years of patient self-referral for physical therapy in the Netherlands. *Phys Ther*, 94(12), 1785-1795. doi:10.2522/ptj.20130309

Wissenschaftsrat (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Quelle: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.html>