



Bundesverband Lehrende
Gesundheits- und Sozialberufe

Berlin, 30.07.2021

Positionspapier zur Vorbereitung eines Referentenentwurfs über die Berufe in der Physiotherapie

Vorbemerkung

Der BLGS e.V. bedankt sich für die Gelegenheit, im Rahmen des Konsultationsverfahrens zur Vorbereitung eines Referentenentwurfs über die Berufe in der Physiotherapie zu zentralen Fragen Stellung zu nehmen.

Nach den in den letzten Jahren vollzogenen Ausbildungsreformen der Gesundheitsberufe in der Pflege, im Hebammenwesen, in Pharmazeutisch-technischer, Medizinisch-technischer, Anästhesie- und Operationstechnischer Assistenz sowie in der Notfallrettung begrüßen wir das Vorhaben, die Berufe in der Physiotherapie wissenschaftlichen Erkenntnissen und gesellschaftlichen Erfordernissen entsprechend anzupassen und weiterzuentwickeln.

Das 2020 veröffentlichte Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsberufe“ enthält bereits erste Lösungsansätze, um die Beseitigung gravierender Missstände in der Ausbildung weiterer Heilberufe anzugehen. Dies gilt allerdings nur für Teile der komplexen und nach jahrzehntelangem Reformstau verfestigten Problemlage. Positiv hervorzuheben sind hier die Willensbekundungen zur Abschaffung des Schulgeldes und zur verbindlichen Regelung einer angemessenen Ausbildungsvergütung. Gleiches gilt – mit einigen Einschränkungen – für Modernisierungsabsichten wie die Qualifikation des Lehrpersonals, die Praxisanleitung, Kompetenzorientierung, Einführung von Teilzeitangeboten etc.

Im Gegensatz dazu erweisen sich einige Vorüberlegungen zur hochschulischen Ausbildung im Eckpunktepapier als defizitär und höchst problematisch. Hier klingt an, dass eine Vollakademisierung der Therapieberufe nur für die Logopädie ernsthaft geprüft werden soll. Ein solches Vorgehen würde bedeuten, dass letztlich die Größe einer Berufsgruppe darüber entscheidet, ob deren Ausbildung den aktuellen und zukünftigen Qualitätsanforderungen gemäß reformiert werden soll. Objektive Versorgungserfordernisse, wissenschaftliche Standards und die Qualität therapeutischer Leistungen spielten dann leider keine entscheidende Rolle mehr.

Positionen zum Fragenkatalog

Die Berufe Masseur/medizinischer Bademeister und Physiotherapeut sollten zukünftig in zwei separaten Gesetzen geregelt werden, da es dringend erforderlich ist, die physiotherapeutische Ausbildung vollständig an die Hochschule zu überführen. Demgegenüber sollten Masseurinnen und medizinischen Bademeisterinnen weiterhin berufsfachschulisch ausgebildet werden.

Die physikalische Therapie im engeren Sinn (Massage-, Elektro-, Hydro- und Thermotherapie) stellt das zentrale Tätigkeitsfeld der Masseure und medizinischen Bademeister dar. Davon zu unterscheiden ist die aktive und passive Bewegungstherapie als Kernbereich physiotherapeutischer Interventionen. Die Physiotherapie hat sich in den letzten Jahrzehnten vor allem durch internationale Forschung entscheidend weiterentwickelt. Im Rahmen der evidenzbasierten Physiotherapie gewinnen aktivierende und partizipative Behandlungsansätze zunehmend an Bedeutung, während passiv-physikalische Maßnahmen zwar je nach Indikation integriert werden können und sollen, in vielen Settings aber an Umfang verlieren. In Anbetracht aktueller fachwissenschaftlicher Erkenntnisse und Versorgungsbedarfe verbleibt damit nur noch eine relativ geringe Schnittmenge an beruflichen Kompetenzen, mit der sich ein gemeinsames Berufsgesetz nicht mehr sachlich nachvollziehbar begründen lässt.

Die folgenden Positionen zum Fragenkatalog betreffen ausschließlich die Physiotherapie. Weil sich einige Themen in mehreren Fragen widerspiegeln, werden zudem nicht alle Fragen einzeln beantwortet, sondern zum Teil in größeren Abschnitten zusammengefasst. Reformvorschläge für eine berufsfachschulische Ausbildung in der Physiotherapie sind nicht enthalten, da die vollständige Überführung an die Hochschule (Vollakademisierung) aus unserer Sicht unerlässlich ist.

In den Formulierungen wechseln sich männliche und weibliche Personenbezeichnungen in loser Folge ab.

Physiotherapeutin/Physiotherapeut

Frage 1: Vollakademisierung / Teilakademisierung

Um die physiotherapeutische Versorgung sicherzustellen, sollte eine vollständige Überführung der Ausbildung an die Hochschule unverzüglich in die Wege geleitet werden. Das Studium muss gebührenfrei sein. Eine weitere Verstetigung der Teilakademisierung lehnen wir ab; sie ist unabhängig von ihrer konkreten Ausgestaltung aus rechtlichen, wirtschaftlichen, ethischen und fachlichen Gründen nicht mehr zu rechtfertigen.

§ 70 SGB V verpflichtet die „Krankenkassen und die Leistungserbringer (...) eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden. Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.“ Ferner sind nach § 135a die „Leistungserbringer (...) zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.“

Um Patientinnen in fachlich gebotener Qualität und nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis behandeln zu können, sind weitreichende Kompetenzen notwendig, die u.a. im

Konzept der evidenzbasierten Praxis (EBP) beschrieben sind. Dazu gehört, die mittels ausführlicher physiotherapeutischer Diagnostik erfasste Gesundheitsproblematik eines Patienten im Kontext seiner lebensweltlichen Gesamtsituation zu interpretieren, die individuelle klinische Expertise einzubeziehen und mit der bestmöglichen wissenschaftlichen Evidenz aus systematischer Forschung zu verbinden. In gemeinsamer Aushandlung und Absprache mit der Patientin muss der therapeutische Prozess laufend evaluiert und angepasst werden, wobei adäquate Assessment-Instrumente auszuwählen und einzusetzen sind. Dafür müssen Physiotherapeutinnen u.a. aktuelle Forschungsliteratur systematisch recherchieren, in ihrer wissenschaftlichen Güte bewerten und Forschungsergebnisse im Hinblick auf ihre Anwendungsmöglichkeiten auf den jeweiligen Fall beurteilen können. Voraussetzung ist ein vertieftes Verständnis umfassenden wissenschaftlichen Wissens aus gesundheits- therapie- und sozialwissenschaftlichen, medizinischen, psychologischen und pädagogischen Fachgebieten und die Fähigkeit, dieses Wissen laufend selbstständig zu erweitern und zu aktualisieren. Interprofessionelles Handeln, berufsethische Reflexion, wirtschaftliche und rechtliche Erwägungen sowie profunde Kenntnisse der Versorgungsstrukturen sind in die klinischen Überlegungen einzubeziehen.

Jeder Physiotherapeut muss in jeder beruflichen Handlungssituation auf diese Kompetenzen zurückgreifen können. Es ist ein fundamentales und leider immer noch verbreitetes Missverständnis zu glauben, dass die Fähigkeit zum evidenzbasierten therapeutischen Handeln nur für bestimmte „komplexe“ Fälle notwendig sei. Wenn gesundheitliche Probleme vorliegen, bei denen Physiotherapie indiziert ist, dann muss jede Therapeutin jederzeit in der Lage sein, diese Kompetenzen abzurufen, um in jeder Phase des Therapieverlaufs die bestmögliche klinische Entscheidung treffen zu können. Hierzu gehört bspw. auch die Fähigkeit zur Einschätzung, ob und wie weitere Gesundheitsprofessionen oder Bezugsgruppen hinzugezogen werden müssen, Beratungskompetenz zur Alltags- und Lebensweltgestaltung sowie die Entscheidungsfähigkeit, wann eine Therapie beendet werden soll. Dies gilt unabhängig von Alter, Art und Schweregrad einer Erkrankung oder Behinderung für alle Patientinnen mit physiotherapeutischem Behandlungsbedarf. Es gibt keine leichten oder unterkomplexen Fälle, die nach einem standardisierten Anwendungsschema adäquat zu therapieren wären. Eine solche technologische Vorstellung verfehlt den zentralen Kern professionellen physiotherapeutischen Handelns. Vielmehr erfordert jede fachlich adäquate physiotherapeutische Behandlung die umfassende Berücksichtigung der individuellen, komplexen Lebenssituation der Patientin, wie sie bspw. im Modell der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zum Ausdruck kommt (vgl. auch Probst/Grafe 2020).

Die für eine evidenzbasierte und wirtschaftliche Therapie notwendigen Kompetenzen können in einer Berufsfachschule weder vermittelt noch erlernt werden, sondern erfordern zwingend eine hochschulische Ausbildung auf Bachelorniveau. Damit ist eine Teilakademisierung auch aus rechtlichen Gründen ausgeschlossen, denn die o.g. Verpflichtungen in SGB V gelten für alle Leistungserbringer, die für ihre Erfüllung notwendigen Kompetenzen werden in einer berufsfachschulischen Ausbildung aber nicht in ausreichendem Maß vermittelt. Insofern unterläuft bereits die bestehende berufsfachschulische Ausbildung im Kern § 70 und § 35a SGB V. Nicht zuletzt aus ethischen Erwägungen lehnen wir eine weitere Verzögerung der Vollakademisierung ab: Die Beibehaltung der schulischen Ausbildung würde bedeuten, den Status Quo einer Zwei-Klassen-Physiotherapie fortzuschreiben, in dem die Mehrheit der Bevölkerung nicht nach bestmöglichem Standard behandelt wird. Dies widerspricht auch öffentlichen Verlautbarungen aus der Regierung: „Das Patientenwohl muss entscheidender Maßstab für gesundheitspolitische Entscheidungen sein, die Patientenorientierung ist das Leitbild für das gesamte Gesundheitswesen“ (Bundesministerium für Gesundheit 2019).

Auch im Hinblick auf den Arbeitsmarkt und die Berufsperspektiven von Physiotherapeuten sollte die bestehende Parallelstruktur aus hoch- und berufsfachschulischer Ausbildung beendet werden. Die vollständige Überführung der therapeutischen Ausbildungen an die Hochschulen hätte spätestens 2014 im direkten Anschluss an die positive Evaluation der Modellstudiengänge in die Wege geleitet werden müssen. Stattdessen wurden weitere Jahre in Untätigkeit vergeudet und die fortgesetzte gesundheits- und bildungspolitische Orientierungslosigkeit zieht immer weitere Verwerfungen am Arbeitsmarkt nach sich. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass die Doppelstruktur der Ausbildung mit ihren ungeklärten Kompetenzprofilen und kaum abgrenzbaren Arbeitsfeldern zur Desorientierung sowohl bei Arbeitgebern als auch bei Arbeitnehmern und damit zu nachhaltiger Verunsicherung im Berufsfeld geführt hat (Unger 2017a; 2017b). In der Folge hat sich in der Physiotherapie trotz der seit 20 Jahren bestehenden Teilakademisierung ein ausgeprägter Fachkräftemangel mit entsprechenden Versorgungsengpässen manifestiert (vgl. BA 2018; HVG/VAST 2018).

Eine repräsentative Sinus-Studie zeigt, dass berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten für jungen Menschen mit Interesse an Gesundheits- und Sozialberufen zentrale Kriterien für die Attraktivität dieser Berufe darstellen: „Sie wollen beruflich etwas bewirken und gestalten, dabei aber auch Perspektiven gewinnen und sich weiterentwickeln“ (Borgstedt 2020). Anhand der untersuchten Pflege- und Erzieherberufe wird das größte brachliegende Potenzial zur Gewinnung von Auszubildenden bei Jugendlichen mit höherem Bildungsabschluss/Hochschulreife identifiziert. In der Physiotherapie stehen die berufsfachschulische Ausbildung und die damit einhergehende Beschränkung der beruflichen Handlungsautonomie diesen Motiven der Ausbildungsinteressierten entgegen.

Frage 3: Ausbildungsziele / Kompetenzen im Bachelorstudium

Das Physiotherapiestudium auf Bachelorniveau muss darauf ausgerichtet sein, oben skizzierte und weitere Kompetenzen zu vermitteln bzw. zu erwerben. Es befähigt dann zur eigenverantwortlichen physiotherapeutischen Diagnostik und Indikationsstellung, Therapieplanung, Durchführung und Evaluation, zur übergreifenden Prozessteuerung mit Beratung zu gesundheitsbezogenen, alltags- und lebensweltlichen Aspekten unter Einbezug weiterer Gesundheitsprofessionen und Bezugsgruppen wie bspw. Angehörige. Physiotherapeutinnen müssen in der Lage sein, aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, rechtliche, ethische und wirtschaftliche Anforderungen adäquat in ihr Berufshandeln zu integrieren. Sie müssen fachliche, gesellschaftliche, ethische und berufspolitische Gegebenheiten analysieren, bewerten und sich an deren Weiterentwicklung beteiligen können, wobei sowohl die eigene Position als auch die Patientenperspektive angemessene Berücksichtigung finden. Diese physiotherapeutischen Kompetenzen beziehen sich auf alle Versorgungssettings, sie sind als vorbehaltene Tätigkeiten zu verstehen und müssen die Voraussetzung für die Berufszulassung bilden.

Für die weitere bzw. differenziertere Festlegung von Ausbildungszielen und Kompetenzen verweisen wir insbesondere auf die fachwissenschaftlichen Verbände der Physiotherapie.

Frage 3: Ausbildungsziele / Kompetenzen im Masterstudium

Von Anfang an muss in die Ausbildungsreform auch die systematische und sinnvoll aufeinander bezogene Weiterentwicklung von Masterstudiengängen mit unterschiedlichen Qualifikationsprofilen einbezogen werden. Dafür sollte unverzüglich ein ernsthafter und ausführlicher Diskurs mit allen relevanten Akteuren initiiert werden, um spätestens bis zum Auslaufen der Modellklausel 2024 ein zukunftsfestes Gesamtkonzept für die therapeutische Ausbildung und Versorgung erarbeiten und implementieren zu können. Entsprechende Aktivitäten könnten,

wie von der Hochschulrektorenkonferenz vorgeschlagen, in einem „Roadmap-Prozess Gesundheitsberufe 2025“ gebündelt und koordiniert werden. Vor allem die fachwissenschaftliche Expertise der Hochschulen sollte dabei noch wesentlich stärker berücksichtigt werden als bisher, handlungsleitender Maßstab muss die Versorgungsqualität sein (HRK 2021).

Konsequente Masterstudiengänge, die auf einem physiotherapeutischen Bachelorabschluss aufbauen, könnten bspw. folgendermaßen differenziert werden:

1. Klinische Masterprogramme, die zu erweiterten und vertieften Kompetenzen in der direkten physiotherapeutischen Versorgung führen wie z.B. in der Neurorehabilitation, der geriatrischen Versorgung, der Palliativversorgung, der Sportphysiotherapie etc.
2. Forschungsorientierte Masterprogramme, die auf einen erweiterten und vertieften Erwerb wissenschaftlicher Kompetenzen für Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten in allen physiotherapeutischen Forschungsbereichen abzielen und insbesondere für eine Promotion bzw. weitere wissenschaftliche Karriere qualifizieren
3. Pädagogische Masterprogramme, die insbesondere erziehungswissenschaftliche und didaktische Kompetenzen für den klinischen Unterricht in Hochschulen und Praxiseinrichtungen sowie für Gesundheitsförderung/Patientenedukation und Beratung beinhalten. Diese könnten auch interdisziplinär angelegt werden und v.a. Bachelorabsolventinnen aus anderen Therapieberufen oder der Pflege offenstehen.

Parallel dazu müssen Konzepte für hochschulische und klinische Fort- und Weiterbildungsangebote entwickelt, erprobt und implementiert werden, die sich bezüglich ihrer Zielsetzung und Dauer klar und nachvollziehbar von Masterstudiengängen abgrenzen lassen. Das Kompetenzniveau wäre hier ebenfalls hochschulisch, die Programme jedoch überwiegend berufsbegleitend, deutlich kürzer und in der Regel mit einem höheren Spezialisierungsgrad. Infrage kommen hier einerseits Weiterbildungen als Zusatzqualifikation bspw. für die klinische Versorgung in hoch spezialisierten Settings, für Management- und Steuerungsaufgaben in inter- und intraprofessionellen Teams etc. Andererseits gehören dazu Angebote zur laufenden Ergänzung bzw. Aktualisierung fachlicher Kompetenzen im Sinne der Erfüllung einer regelmäßigen Fortbildungsverpflichtung, die zukünftig von der physiotherapeutischen Profession selbst auszugestalten und zu regeln ist.

Fragen 2, 4, 6: Zugangsvoraussetzungen / Durchlässigkeit / Ausbildungsdauer

Die Zugangsvoraussetzung zum Bachelorstudium muss mit der allgemeinen oder Fachhochschulreife bzw. dem Abschluss einer mindestens zwölfjährigen allgemeinen Schulausbildung dem gängigen Standard entsprechen. Darüber hinaus sind die in den Hochschulgesetzen der Länder geregelten Möglichkeiten anzuwenden, unter bestimmten Voraussetzungen auch ohne Hochschulreife eine Zulassung zum Studium zu erlangen. Länder und Hochschulen sollten überprüfen, ob ihre jeweils bestehenden Regelungen ausreichend sind, interessierte und geeignete Menschen mit mittlerem Schulabschluss zur Aufnahme des Studiums zu ermutigen und die Bestimmungen bei Bedarf überarbeiten. Für die Anerkennung und Anrechnung beruflicher Qualifikationen, deren Äquivalenz zu den im Studium geforderten Kompetenzen nachgewiesen werden kann, sind ebenfalls die jeweils geltenden Regelungen anzuwenden.

Um geeigneten und interessierten Hochschulabsolventinnen den Zugang zu Wissenschaft, Forschung und Hochschullehre zu ermöglichen, ist der Aufbau qualitativ hochwertiger Promotionsprogramme mit entsprechenden Lehrangeboten und Qualifikationsstellen in Vollzeit notwendig. Darüber hinaus sind Strukturen zu etablieren, die den anschließenden Übergang in unbefristete Vollzeitverhältnisse an Hochschulen ermöglichen. Die gängige Praxis, Forschung im Rahmen von Dissertationen überwiegend in der Freizeit und außerhalb ausreichend

förderlicher Unterstützungsstrukturen als quasi private Projekte zu betreiben, provoziert Abbrüche und behindert die wissenschaftliche Weiterentwicklung. Im bestehenden Hochschulsystem ist die massenhafte Verschwendung von Talent und Ressourcen strukturell angelegt. Dies ist nicht nur ineffizient, sondern auch mit dem Anspruch an gute und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen längst nicht mehr vereinbar.

Das Bachelorstudium sollte in Vollzeit auf eine Dauer von sieben Semestern mit nicht unter 210 ECTS angelegt sein. International sind zwar auch Bachelorprogramme über acht Semester zu finden, dennoch halten wir sieben Semester für ausreichend. Dies entspricht den Empfehlungen der einschlägigen Hochschulverbände in Deutschland (bspw. HVG 2018) und des European Network of Physiotherapy in Higher Education sowie den praktischen Erfahrungen der Hochschulen im Rahmen der Modellversuche. Bezüglich der Gewichtung von hochschulischer und klinisch-praktischer Ausbildung gehen wir von einem Richtwert von ca. 1600 Stunden praktischer Ausbildung aus.

Masterstudiengänge sollten dementsprechend in Vollzeit auf eine Regelstudienzeit von drei Semestern begrenzt werden. Darüber hinaus sollten ausreichende Kapazitäten an berufs begleitenden Masterprogrammen in Teilzeit mit entsprechend längerer Studiendauer geschaffen werden.

Fragen 5, 15-19: Erweiterte Kompetenzen, Direktzugang

Mit den o.g. Ausbildungszielen und Kompetenzen sind im Vergleich zum Status Quo erweiterte Zuständigkeits- und Verantwortungsbereichen verbunden. Die im Bachelorstudium zu erwerbenden Kompetenzen sollen zukünftig die Fähigkeit zur eigenverantwortlichen Diagnostik, Indikationsstellung und therapeutischen Prozesssteuerung beinhalten. Deshalb sind auf der Ebene von Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien und Verträgen alle notwendigen Voraussetzungen dafür zu schaffen, die Verantwortungsbereiche insbesondere zwischen Physiotherapeutinnen und Ärztinnen grundsätzlich neu zu regeln. Mittelfristig sollte die Zuständigkeit für die physiotherapeutische Indikationsstellung von der ärztlichen Berufsgruppe vollständig auf die Physiotherapie übergehen. Dies beinhaltet die Entscheidung über Art, Umfang, Dauer und Frequenz der Therapie.

Faktisch sind die selbstständige physiotherapeutische Diagnose und Indikationsstellung ohnehin längst integraler Bestandteil physiotherapeutischer Berufspraxis und für niedergelassene Therapeutinnen vertraglich verpflichtend: Der Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung zeigt, dass die ärztliche Verordnung zwar einerseits massiv in den therapeutischen Kompetenzbereich eingreift, andererseits aber nur eine Grundlage bildet, auf der Therapeuten eigene Befunderhebungen vornehmen und eigenverantwortlich tätig werden: „Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Leistungserbringer, dass die Erreichung des von der verordnenden Ärztin oder vom verordnenden Arzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Leistungserbringer darüber unverzüglich die Ärztin oder den Arzt, die oder der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen und ggf. eine neue Verordnung zu erhalten“ (§ 17). Therapeutinnen müssen auch erkennen, wenn eine Therapie vorzeitig unterbrochen oder beendet werden muss. Sie nehmen also laufend auf der Basis ihrer diagnostischen Kompetenzen eine selbstständige Überprüfung der Indikation und der ärztlichen Verordnung vor und veranlassen gegebenenfalls eine professionelle Anpassung. Eine hochschulische Ausbildung ist allerdings, wie bereits ausgeführt, die notwendige Voraussetzung dafür, um dieser Aufgabe auch vollumfänglich gerecht werden zu können.

An dieser Stelle werden die Dysfunktionalität der traditionellen Praxis und der damit verbundene Regelungsbedarf augenfällig: Therapeutinnen können erst nach Verordnung durch eine Berufsgruppe tätig werden, die physiotherapeutische Maßnahmen, Frequenz und Dauer vorschreibt, ohne selbst physiotherapeutisch qualifiziert zu sein. Anschließend müssen die Therapeuten die Verordnungen einer fachlichen Qualitätsprüfung unterziehen und sind für den Vollzug einer ggf. erforderlichen Korrektur wieder auf die gleiche fachfremde Instanz angewiesen. Dieses System verursacht, trotz einiger Maßnahmen zur Entbürokratisierung im neuen Versorgungsvertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V, zwangsläufig immer wiederkehrende Störungen in Form von laufend vorzunehmenden Rezeptkorrekturen. Es ist ineffizient sowohl für die betroffenen Professionen als auch für Patientinnen; damit verbundene Verzögerungen können den Therapieerfolg ernsthaft gefährden. Dementsprechend gehen wir davon aus, dass eine grundsätzliche Änderung der Versorgungsstruktur ausschließlich über Blankoverordnungen nicht nur zur Verbesserung der Versorgungsqualität, sondern auch zu mehr Effizienz und Wirtschaftlichkeit beitragen wird.

Erste Untersuchungen zur Blankoverordnung zeigen außerdem, dass in diesem Zusammenhang keine Nachteile wie Patientengefährdung oder Kostensteigerungen zu erwarten sind. Vielmehr gibt es Hinweise auf positive Effekte wie ein besseres Outcome, d.h. einen größeren Nutzen der Behandlung und höhere Patientenzufriedenheit durch die Blankoverordnung (Räbiger 2017) sowie eine schnellere Erreichung des Behandlungsziels (Nast et al. 2018). In einer Studie zur Berufseinmündung von Bachelorabsolventinnen und zu deren Erfahrungen im Berufsalltag zeigte sich, dass die hochschulische Ausbildung die Kompetenzen für eine evidenzbasierte Versorgung vermittelt. Damit diese aber „vollumfänglich zum Wohle der Patienten eingesetzt werden können, müsste den Therapeuten im Berufsalltag mehr Entscheidungs- und Handlungsspielraum zugestanden werden“ (Räbiger et al. 2019).

Internationale Studien zur Einführung des Direktzugangs zeigen ebenfalls positive Effekte im Vergleich zu ärztlich verordneter Physiotherapie wie verbesserte klinische Behandlungsergebnisse, gesteigerte Patientenzufriedenheit und geringere Behandlungskosten (Ojha/Snyder/Davenport 2018). Sie sind allerdings nur bedingt auf die aktuelle Situation in Deutschland übertragbar, da in Ländern mit Direktzugang die Ausbildung hochschulisch erfolgt und die dafür notwendigen Kompetenzen vermittelt. Die im internationalen Vergleich rückständige deutsche Ausbildung verhindert nach wie vor, dass entsprechendes Verbesserungspotenzial in der Versorgung auch hierzulande wirksam werden kann. Auf der Basis hochschulisch erworbener Kompetenzen sollten Möglichkeiten des Direktzugangs daher zunächst in geeigneten Modellversuchen geklärt werden.

Zwischenfazit: Im Zusammenhang mit der Erweiterung von Kompetenzbereichen muss zwischen Bachelor- und Masterniveau differenziert und darüber hinaus auch der Weiterbildungsbereich einbezogen werden. Ihrem Ausbildungsziel entsprechend sollten Bachelorabsolventen dafür zuständig sein, eigenverantwortlich die physiotherapeutische Diagnostik und Indikationsstellung vorzunehmen und den gesamten physiotherapeutischen Prozess zu steuern. Voraussetzung dafür könnte zunächst noch eine ärztliche Diagnostik und Überweisung (jedoch keine Verordnung!) sein, um ggf. bestehende Kontraindikationen auszuschließen. Im Gegensatz zur gängigen Verschreibungspraxis und auch zum aktuellen Modell der sogenannten Blankoverordnung sollte die Überweisung allerdings keinerlei Vorgaben zu Maßnahmen, Dauer und Frequenz der Physiotherapie enthalten, da Ärzte dafür in der Regel nicht ausreichend ausgebildet sind. Ein solches Modell der Überweisung bzw. Blankoverordnung im engeren Sinn würde die Unterschiede in den Kompetenzen von Ärztinnen und Physiotherapeuten adäquat abbilden und ausreichende Patientensicherheit gewährleisten.

Zusätzlich sollten Physiotherapeutinnen mit Bachelorabschluss zukünftig eigenverantwortlich Hilfsmittel und digitale Gesundheitsanwendungen verordnen können; auch weitere Möglichkeiten zur Teletherapie sind vor dem Hintergrund der positiven Erfahrungen während der Covid-Pandemie zu integrieren. Neben Hausbesuchen innerhalb verschiedener Wohnformen muss zukünftig auch Physiotherapie in anderen relevanten Settings als Bestandteil der Regelversorgung möglich sein. Dazu gehören Arbeitsplatz, Schule oder Ausbildungsort, aber auch der öffentliche Raum, sofern dies für einen nachhaltigen Transfer des Therapieerfolgs in den Alltag notwendig ist. Für die Öffnung vorgenannter Kompetenzbereiche sind unseres Erachtens keine vorausgehenden Modellphasen notwendig.

Davon abzugrenzen sind zunächst Direktzugang, Überweisungen an andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen durch Physiotherapeuten und Krankschreibung aufgrund der physiotherapeutischen Diagnostik. Einen sofortigen Direktzugang ohne wissenschaftliche Begleitung halten wir in der jetzigen Situation nicht für empfehlenswert, vielmehr sollte dessen Einführung zunächst im Rahmen eines entsprechenden Modellvorhabens untersucht werden. Gleiches gilt für die Überweisung und Krankschreibung, die sich zukünftig ebenfalls als sinnvoll erweisen könnte. Welche dieser drei weiterführenden Kompetenzen bereits im Bachelorstudium angelegt werden können oder auf Therapeuten mit einem klinischen Masterabschluss (siehe Frage 3) beschränkt werden sollten, muss wissenschaftlich geprüft werden. In diesem Zusammenhang kämen auch noch andere Voraussetzungen wie geeignete klinisch orientierte Weiterbildungsabschlüsse in Verbindung mit Berufserfahrung in Betracht. Vorbehaltlich einer positiven wissenschaftlichen Evaluation entsprechender Modellversuche sollten Physiotherapeuten dann auch solche Aufgaben regelhaft übertragen werden.

Frage 7: Zertifikatspositionen

Die derzeit verpflichtenden „Weiterbildungen“ für die Zertifikatspositionen in der Physiotherapie sollten in ihrer bestehenden Form nicht in die Ausbildung übernommen werden. Vielmehr sind die betreffenden Therapiemaßnahmen bezüglich ihrer Evidenz auf den Prüfstand zu stellen und bei zufriedenstellendem Ergebnis in angepasster Form als reguläre Lerngegenstände in die Bachelorstudiengänge zu integrieren. Dies ist, wie in allen hochschulischen Ausbildungen, genuine Aufgabe der scientific community der zuständigen Disziplin, in diesem Fall der Therapiewissenschaften. Eine hochschulische Ausbildung beinhaltet für die Lehrverantwortlichen die Möglichkeit und zugleich die Verpflichtung, die einzelnen Studieninhalte laufend auf ihre fachwissenschaftliche Güte und Relevanz zu überprüfen und der wissenschaftlichen Entwicklung anzupassen.

Das bestehende System der Zertifikatspositionen hat sich in zweierlei Hinsicht als höchst problematisch erwiesen: Erstens sind die den Zertifikatspositionen zugrundeliegenden Behandlungsmethoden und Techniken in ihrer Wirksamkeit und Überlegenheit gegenüber anderen Interventionen nicht ausreichend belegt. Sie beruhen auf einer Vereinbarung, die vor 40 Jahren zwischen dem Zentralverband der Krankengymnasten und dem Verband der Ersatzkassen geschlossen wurde (Vereinte Therapeuten 2018). Demgegenüber sind aktuelle Therapieansätze oder Leitlinien mit besseren Evidenznachweisen und somit die Kriterien evidenzbasierter Therapie nicht hinreichend berücksichtigt. Damit erfüllen die Zertifikatspositionen in ihrer bestehenden Form nicht ihren ursprünglichen Zweck, nämlich die fachlich gebotene Qualität der Versorgung nach § 70 SGB V sicherzustellen, sondern begünstigen im Gegenteil die Anwendung fragwürdiger Therapieformen. Die mangelhafte fachwissenschaftliche Fundierung betrifft aber nicht nur die Zertifikatspositionen, sondern darüber hinaus noch weitere Vorgaben in den

Heilmittelrichtlinien. Im Vergleich mit internationalen Leitlinien, die nach therapiewissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelt wurden, offenbart sich, „wie obsolet die restriktiven Vorgaben des deutschen Heilmittelkatalogs sind“ (Kemper 2019).

Zweitens verdeutlichen Stellenanzeigen und Analysen des Heilmittelinformationssystems der GKV, dass mittlerweile fast die Hälfte der physiotherapeutischen Verordnungen auf Zertifikatspositionen basieren (GKV-HIS 2019) und dass in mehr als der Hälfte der Stellenangebote entsprechende Weiterbildungen verlangt werden (BMBF 2014). Damit sind Physiotherapeutinnen nach Beendigung ihrer Ausbildung aus derart umfangreichen Gebieten ihres Berufsfelds systematisch ausgeschlossen, dass von einer ausreichenden Berufsfähigkeit nicht mehr ernsthaft gesprochen werden kann. Stattdessen sehen sie sich gezwungen, fachlich fragwürdige, langwierige und im Vergleich zu den bestehenden Verdienstmöglichkeiten zu teure Zusatzausbildungen zu absolvieren, die keine nennenswerten beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten eröffnen. Im Zusammenhang mit der geforderten Vollakademisierung und dem Ziel einer evidenzbasierten Versorgung halten wir daher die zügige Abschaffung der Heilmittelrichtlinien in der bestehenden Form für dringend geboten. In Erwägung zu ziehen wäre stattdessen eine nach Zeiteinheiten zu vergütende einheitliche Abrechnungsposition Physiotherapie, innerhalb derer die Therapeutin auf Basis ihrer im Studium erworbenen Kompetenzen Maßnahmen und Umfang der Therapie eigenverantwortlich bestimmt und steuert.

Frage 8, 9: Praktische Ausbildung

Die in das Studium integrierten praktischen Studienanteile ermöglichen den sukzessiven Aufbau einer beruflichen Handlungskompetenz, die eine berufsfeldbreite Qualifikation gewährleistet und zur vollen Berufsfähigkeit in der direkten Versorgung führt. Als Richtwert empfehlen wir in Anlehnung an die bisherige Ausbildung und an die Modellstudiengänge einen Umfang von 1600 Stunden für die praktischen Studienanteile. Die damit verknüpften Kompetenzen, Studienziele und -inhalte werden in den entsprechenden Studiendokumenten (Studien- und Prüfungsordnungen, Modulhandbücher etc.) verbindlich festgelegt. Das praktische Lernen und Üben am dritten Lernort (Skillslab, Lernlabor, Lernwerkstatt etc.) sollte dabei einen hohen Stellenwert erhalten. Es bietet besonders gute Möglichkeiten, theoretisches Wissen und praktisches Können reflexiv miteinander zu verknüpfen und dadurch berufliche Handlungskompetenzen aufzubauen. Eine große Rolle spielen hierbei auch die Patientensicherheit und weitere berufsethische Aspekte. Die Gesamtverantwortung für die Ausbildung sollte bei der Hochschule verbleiben, die den Studienprozess übergreifend steuert. Geeignete Maßnahmen zur Lernortkooperation sind von den Lehrverantwortlichen aller Lernorte gemeinsam zu entwickeln und verbindlich zu implementieren.

Für die Lehre in den Praxiseinrichtungen müssen verbindliche Regelungen zur Qualifikation des Lehrpersonals und zum Umfang geplanter und strukturierter Lehr- und Lernzeiten festgelegt werden. Die Lehre an praktischen Lernorten, in der Pflege als Praxisanleitung bezeichnet, sollte langfristig Personen vorbehalten bleiben, die einen bevorzugt berufspädagogischen Masterabschluss oder zumindest eine spezielle hochschulische Weiterbildung in ausreichendem Umfang absolviert haben (siehe Frage 3: Masterprogramme). Angesichts des derzeitigen Mangels an entsprechend qualifiziertem Personal sind allerdings pragmatische Übergangsregelungen zu schaffen.

In den berufspraktischen Studienanteilen sollten zumindest diejenigen Settings abgebildet werden, in denen Physiotherapeutinnen schwerpunktmäßig tätig sind. Dazu gehören Praxen

niedergelassener Therapeuten, Rehabilitations- und Akutkliniken sowie angesichts des demografischen Wandels auch der Bereich der (geriatrischen) Langzeitversorgung. Die Anrechnung von Studentinnen auf den Stellenschlüssel von Praxiseinrichtungen ist auszuschließen.

Die vollständige Refinanzierung der praktischen Ausbildungsanteile ist eine wesentliche Voraussetzung für ein an beruflicher Handlungskompetenz orientiertes Studium. Um die Praxiseinrichtungen in die Lage zu versetzen, sich in der erforderlichen Quantität und Qualität an der Ausbildung zu beteiligen, müssen deren Aufwendungen vollumfänglich erstattet werden. Dazu gehören alle notwendigen Tätigkeiten im Rahmen der strukturierten klinisch-praktischen Lehre („Praxisanleitung“) und der Lernortkooperation sowie ggf. die Refinanzierung von Ausbildungsvergütungen. Dies könnte evtl. über einen Ausbildungsfonds erreicht werden.

Frage 13: Bestandsschutz

Zur Sicherstellung der Versorgung und Anerkennung beruflicher Qualifikationen und Kompetenzen müssen berufsfachschulisch ausgebildete Physiotherapeutinnen vollen Bestandsschutz im Rahmen ihrer bisherigen Kompetenzbereiche erhalten. Um in den mit einem Bachelorabschluss verknüpften erweiterten Zuständigkeitsbereichen (siehe oben) tätig werden zu dürfen, sollten entsprechende Weiterbildungen genügen, ohne einen vollständigen Bachelorabschluss nachholen zu müssen. Dafür sollten bundesweit einheitliche, standardisierte Weiterbildungsmodulare entwickelt und berufsbegleitend angeboten werden. Direktzugang, Überweisung, Krankschreibung bzw. ggf. weiterführende Kompetenzen sollten an einen Hochschulabschluss geknüpft werden.

Frage 23: Ausbildungsvergütung

Die Physiotherapie bietet nur unterdurchschnittliche Verdienstmöglichkeiten und ist damit in finanzieller Hinsicht ein wenig attraktiver Beruf. Eine Ausbildungsvergütung kann die Attraktivität des Physiotherapiestudiums erhöhen und so einen Beitrag zur Sicherung des Fachkräftebedarfs leisten. Erste Kliniken haben dies bereits erkannt und zahlen seit einigen Jahren erstmals auch Auszubildenden in der Physiotherapie eine Vergütung. Auch für das Hebammenstudium wurde eine Ausbildungsvergütung verbindlich eingeführt.

Aus unserer Sicht wäre es dringend erforderlich, dass auch bei einer verpflichtenden Ausbildungsvergütung eine Anrechnung von Studierenden auf den Stellenschlüssel ausgeschlossen wird. Die Hochschule müsste außerdem die Gesamtverantwortung für die Ausbildung auch in Bezug auf die praktischen Studienanteile behalten. Unbedingt erforderlich ist darüber hinaus die vollständige Refinanzierung der Ausbildungskosten für die Praxiseinrichtungen. Insbesondere niedergelassene Therapeutinnen könnten sich sonst kaum an der praktischen Ausbildung beteiligen (siehe Frage 8,9: Praktische Ausbildung).

Schlussbemerkung

20 Jahre nach dem Start der ersten Bachelorstudiengänge in Deutschland muss die Teilkademisierung als Ausbildungsmodell für die Therapieberufe als gescheitert betrachtet werden. Um die in SGB V vorgeschriebene Versorgung nach aktuellem wissenschaftlichem Erkenntnisstand und in fachlich gebotener Qualität zu gewährleisten, bedarf es der vollständigen Überführung der physiotherapeutischen Ausbildung an die Hochschulen. Die seit vielen Jahren von international bewährten Standards weitgehend entkoppelte politische Strategie von Minderqualifizierung und Deprofessionalisierung in den Gesundheitsfachberufen muss endlich aufgegeben werden.

Sie hat sich empirisch als untauglich erwiesen, um den Bedarf an adäquat qualifizierten Fachkräften in Therapie, Pflege und anderen Bereichen zu decken. Mit der Vollakademisierung der Physiotherapie würde eine nachholende Entwicklung in Gang gesetzt, die weitreichender Veränderungen in allen Sektoren und auf allen Ebenen des Gesundheitssystems bedarf. Hierzu ist eine kluge Implementierungsstrategie nötig, in die internationale Erfahrungen kritisch einzu beziehen sind. Das Ziel einer ausreichenden Versorgung mit physiotherapeutischen Leistungen in der erforderlichen Qualität muss dabei handlungsleitend sein.

Quellen

- BA (2018): Fachkräfteengpassanalyse. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse.pdf>
Abruf: 30.07.2021.
- BMBF (2014): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf
Abruf: 27.06.2019.
- Borgstedt, S. (2020): Sinus-Jugendbefragung: Kindertagesbetreuung & Pflege – attraktive Berufe? <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/158240/dddec08758972ec83d43f233d90fc8d7/20200607-sinus-jugendbefragung-data.pdf>
Abruf: 30.07.2021.
- Bundesministerium für Gesundheit (2019): Interview Spahn: "Patientenorientierung ist das Leitbild für das gesamte Gesundheitswesen" <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitskompetenz/ministerinterview.html>
Abruf: 30.07.2021.
- GKV-HIS (2019): Heilmittel-Schnellinformation nach § 84 Abs. 5 i.V. m. Abs. 8 SGB V – Bundesbericht. https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2018_04/Bundesbericht-HIS_201804.pdf
Abruf: 30.07.2021.
- HRK (2021): Akademisierung der Gesundheitsberufe. Positionspapier. https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-01-Beschluesse/2021-04-26_HRK-PS-Beschluss_Akademisierung_der_Gesundheitsberufe.pdf
Abruf: 30.07.2021
- HVG (2018): Empfehlungen des HVG e.V. für die Gestaltung primärqualifizierender Studiengänge für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie im Rahmen von Modellvorhaben. https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Empfehlungen_PQS_HVG_08.06.2018.pdf
Abruf: 30.07.2021.
- HVG/VAST (2018): Notwendigkeit und Umsetzung einer vollständig hochschulischen Ausbildung in den Therapieberufen. https://daten.verwaltungsportal.de/dateien/news/4/7/3/8/0/7/15f04285f1d29bc028f5e33f20ac4bc5_strategiepapier_2018_11.pdf
Abruf: 30.07.2021.
- Kemper, C. (2019): Leitlinienempfehlungen zur Physiotherapie bei Arthrose. In: Der Schmerzpatient 2019; 2(01): 35-41.
- Ojha, H./Snyder, R. /Davenport, E. (2018). Direktzugang verglichen mit ärztlich verordneter Physiotherapie: Ein systematischer Review. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0044-100528>
Abruf: 30.07.2021.
- Probst, A./Grafe, M. (2020): Kommentar zum Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ des BMG aus therapiewissenschaftlicher Perspektive. http://bdsf-ev.de/wp-content/uploads/2020/10/FBTT_Kommentar-Eckpunktepapier_2020.pdf
Abruf: 30.07.2021.
- Räbiger, J. (2017): Modell Blanko-Verordnung: Kosten-Nutzen-Betrachtung. In: VPTMAGAZIN 09/17: 10-12.
- Räbiger, J. et al (2019): Absolventenbefragung: Berufseinmündung und Erfahrungen im Berufsalltag. In ergoscience 14(4): 147-155.
- Unger, Angelika (2017a): Ergebnisse der Bedarfsanalysen – Arbeitnehmer*innen. https://www.ib-hochschule.de/fileadmin/Medizinische_Akademie/Dokumente/ergebnisse_bedarfsanalyse_arbeitnehmerinnen.pdf
Abruf: 30.07.2021.

Unger, Angelika (2017b): Ergebnisse der Bedarfsanalysen – Stellenanzeigen https://www.ib-hochschule.de/fileadmin/Medizinische_Akademie/Dokumente/ergebnisse_stellenanzeigenanalyse.pdf
Abruf: 30.07.2021.

Vereinte Therapeuten (2018): Positionspapier besondere Maßnahmen (Zertifikatspositionen) in der Physiotherapie in Deutschland. <https://vereinte-therapeuten.de/wp-content/uploads/2018/12/VEREINTE-Positionspapier.pdf>
Abruf: 30.07.2021.

Der Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS) e.V. vertritt die Interessen der Lehrenden und der Bildungseinrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen. Er ist Ansprechpartner in allen Bildungsangelegenheiten der Gesundheits- und Sozialberufe im Bereich der theoretischen und der praktischen Aus-, Fort- und Weiterbildung. Der BLGS engagiert sich in fachlichen, pädagogisch-didaktischen Feldern, in der Mitgestaltung bildungspolitischer Prozesse sowie in der Bildungsentwicklung und im Bildungsmanagement. Der BLGS ist Ratsmitglied im Deutschen Pflegerat (DPR).

BLGS e.V.
Alt-Moabit 91 • 10559 Berlin
Telefon: 030 39 40 53 80
Email: info@blgsev.de
Web: www.blgsev.de



Vorsitzender: Carsten Drude
Amtsgericht Charlottenburg VR 31906 B
Bank im Bistum Essen
IBAN: DE27360602950030381017
BIC: GENODED1BBE