

Antworten der DGMS auf den Fragenkatalog der

Bund-Länder-Arbeitsgruppe

Gesamtkonzept zur Neuordnung und Stärkung der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe

Schriftliche Beteiligung der Verbände

I) Berufsgesetze

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

In den Berufsgesetzen ist aus Sicht der DGMS vorrangig die Vollakademisierung der Therapieberufe Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie (ELP) zu regeln. Die Ausbildungs- bzw. Qualifikationsziele sowie die zu erwerbenden Kompetenzen sollten dementsprechend auf dem DQR-Niveau 6 zu formuliert werden.

Zur Orientierung dienen kann dabei der die drei Berufe übergreifende Fachqualifikationsrahmen, der die jeweiligen Kompetenzen auf den DQR-Niveaus 6 (Bachelor), 7 (Master) und 8 (Promotion) beschreibt (HVG 2014).

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

Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und die Physiotherapie sollten als akademische Heilberufe entwickelt werden. Im Zuge einer Vollakademisierung würde eine Approbationsordnung die bisherigen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen ersetzen. Diese ist vom Bundesgesundheitsministerium auf Grundlage der entsprechenden Bundesgesetze zu erlassen und regelt bundeseinheitlich die Ausbildung,

u. a. Mindestdauer, Ablauf und Pflichtinhalte des Studiums und weiterer notwendiger Ausbildungsabschnitte, Bedingungen für staatliche Prüfungen und andere Voraussetzungen für die Erteilung und den Widerruf der Approbation/Berufszulassung fest. Voraussetzung für die Approbation sind im jeweiligen Berufsgesetz zu regeln.

Die Umsetzung einer Vollakademisierung erfordert voraussichtlich einen Transformationszeitraum von 10-15 Jahren. In diesem kann eine Modernisierung der derzeit gültigen APrVen zu einer Qualitätssteigerung der berufsfachschulischen Ausbildung beitragen. Dabei sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

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

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

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

Zu 3. und 4.

Die derzeitigen ELP-Berufsgesetze enthalten keine bzw. keine adäquat formulierten, aktuellen Ausbildungsziele. Die Ausbildungs- bzw. Qualifikationsziele sollten, präzisiert für die jeweilige Berufsgruppe, wie folgt gefasst sein: „Das Studium vermittelt die fachlichen und personalen Kompetenzen, die für die selbständige, eigenverantwortliche und umfassende ergotherapeutische | logopädische | physiotherapeutische Tätigkeit im klinischen sowie und ambulanten Bereich erforderlich sind. Die Vermittlung erfolgt auf wissenschaftlicher Grundlage und nach wissenschaftlicher Methodik.

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

Die DGMS würde es befürworten, wenn die derzeit üblichen Zertifikatspositionen auf Relevanz und Evidenzbasierung geprüft und auf den notwendigen Umfang reduziert würden.

Die verbleibenden Kompetenzen sollten im Rahmen des zukünftigen Regel-Physiotherapiestudiums erworben werden. Dies sollte durch entsprechende Reduzierung nicht notwendiger Inhalte der aktuellen Ausbildung möglich sein. Inakzeptabel sind Weiterbildungskurse, die die Ausbildungsabsolvent*innen erst nach ihrem erfolgreichen Berufsabschluss besuchen können bzw. müssen, um die am Arbeitsmarkt gefragten Qualifikationen zu erwerben.

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

Berufliche und akademische Bildung befinden sich nicht im Widerspruch. Im Gegenteil: Eine zukunftsfähige berufliche Bildung muss im akademischen Bildungssektor stattfinden, um die o.g. Ausbildungs-/Qualifikationsziele zu erreichen. Die akademischen Heilberufe werden alle an Hochschulen beruflich ausgebildet.

In der aktuellen Situation ist eine Durchlässigkeit zwischen berufsfachschulischer Ausbildung und Studium gegeben. Dies kann und sollte so lange durch entsprechende ausbildungsintegrierende und additive Studienangebote aufrecht erhalten werden, bis alle berufsfachschulischen Ausbildungsplätze in hochschulische überführt worden sind und keine Nachfrage von bereits berufstätigen nicht-akademisch ausgebildeten Therapeut*innen nach einem Studium mehr besteht.

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

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

Zu 3. und 4.

Die DGMS weist auf Risiken eines allgemeinen Heilberufe-Gesetzes hin: Die vom BMG in die aktuelle Entwicklung einer Neuordnung einbezogenen Gesundheitsfachberufe unterscheiden sich deutlich in ihren beruflichen Aufgaben und Tätigkeitsstrukturen. Sie weisen zudem einen sehr unterschiedlichen Entwicklungsstand auf. Ein allgemeines Heilberufe-Gesetz darf keinesfalls dazu führen, dass gemeinsame Regelungen im Hinblick auf die Ausbildungsziele und die Akademisierung auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner bzw. Niveau getroffen würden.

II) Ausbildung

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

Um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten, müssen Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie individualisiert und evidenzbasiert angewendet werden. Die Versorgung von Patient*innen ist u. a. aufgrund von zunehmender Multimorbidität, kurzen Liegezeiten, Sektorenübergängen und alternativen Versorgungsformen zudem komplex und interdisziplinär zu gestalten. Der internationale Bestand an wissenschaftlichem und forschungsbasiertem Grundlagen-, Theorie- und Praxis-/Interventionswissen kann nur von wissenschaftlich ausgebildeten Therapeut*innen zum Wohle aller Patient*innen rezipiert, individuell angewendet und weiterentwickelt werden.

Berufsfachschulen sind aufgrund ihres Bildungsauftrags und ihrer Strukturen keine Institutionen, an denen entsprechend wissenschaftlich reflektierende Praktiker*innen ausgebildet werden können. Evidenzbasierte therapeutische Diagnostik und Intervention, die komplexen Versorgungsbedarfen gerecht werden, erfordert eine wissenschaftliche Qualifikation auf Bachelor-Niveau EQR/DQR 6. Die folgenden Kompetenzfelder sind in dem bereits genannten Fachqualifikationsrahmen (HVG 2014) weiter ausgeführt und werden hier nur verkürzt wiedergegeben:

Das Kompetenzfeld *Aufgabenstellung/Assessment* erfordert Handlungs- und Methodenkompetenzen zur gegenstandsangemessenen, umfassenden Bedarfserhebung, Situationsanalyse und deren Bewertung hinsichtlich versorgungsrelevanter Probleme und Ressourcen mit dem Ziel einer therapeutischen Befundung. Der verantwortungsvolle Umgang mit Assessments und theoretischen Konstrukten (Arbeitshypothesen) zeigt sich in der patienten- bzw. klientenorientierten Adaption und Anwendung (Mikroebene), kann aber auch Versorgungsinstitutionen und -strukturen betreffen (Meso- und Makroebene).

Das Kompetenzfeld *Planung/Konzeption* umfasst als Kompetenzfeld die Entwicklung und flexible konzeptionelle Nachjustierung von therapeutischen Interventionen, Maßnahmen, Programmen und Strategien zur zielgerichteten Verfolgung der identifizierten Aufgabenstellung.

Das Kompetenzfeld *Umsetzung* steht für die Berücksichtigung der Kontextfaktoren und entsprechender Parameter im gesamten therapeutischen bzw. therapiewissenschaftlichen Prozess. Neben pragmatischen, das Organisationsmanagement betreffenden Parametern sind hier auch logistische, gesetzliche, ethische und interdisziplinäre Kontexte relevant, die eine Realisierung geplanter Abläufe unterstützen bzw. verhindern können (Strukturmanagement, System Literacy).

Evaluation schließt als Kompetenzfeld die Reflexion und Bewertung von Interventionen, Maßnahmen, Programmen, theoretischen Konzepten, Praxisprojekten u.a. ein und ist nicht zuletzt eine Grundlage für Qualitätssicherung. Evaluation beginnt mit der Aushandlung und Formulierung des therapeutischen Ziels und begleitet formativ den therapeutischen Prozess im Sinne einer Steuerungs- und Optimierungsfunktion. Im summativen Rückblick liefert sie - ausgerichtet am erzielten Ergebnis - Aussagen zur vergleichenden Beurteilung von Wirksamkeit und Qualität der eingesetzten Verfahrensweise(n).

Das Kompetenzfeld *Professionalität* bildet im Vergleich zu den prozessualen Kompetenzfeldern einen Querschnittsbereich ab. Hier sind Werte, Einstellungen und Haltungen verortet, die im Zuge therapeutischer und akademischer Sozialisation erworben werden. Sie kommen als spezifische Kompetenzen in der selbstbewussten, Wertschätzung vermittelnden Begegnung mit anderen Berufsgruppen/Professionen zum Tragen und werden nicht zuletzt im Kontakt mit Patient*innen bzw. Klient*innen gelebt.

2. Welche interprofessionellen Lehrinhalte halten Sie für wichtig?

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

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

IPE wird aber nicht allein dadurch ermöglicht, dass unterschiedliche Berufsgruppen in ein und derselben Lehrveranstaltung zusammenkommen, sondern insb. dadurch, dass sie gemeinsam an einem Fall (Patient, Krankheitsbild) ihre eigene Rolle und die der anderen Berufe kennenlernen und erkennen, wo die Schnittstellen liegen und wie sie bearbeitet werden können. Wesentliche Lerninhalte sind die interprofessionelle Kommunikation zur Abstimmung von Diagnose und Therapieplanung, die Konfliktbearbeitung sowie interprofessionelle, sektorenübergreifende Versorgungsformen.

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

Vorbehaltsaufgaben für Therapeut*innen sollten – spezifisch für die jeweilige Berufsgruppe - wie folgt benannt werden:

- 1) die Durchführung der ergotherapeutischen | logopädischen | physiotherapeutischen Befundung und Diagnostik
- 2) die Feststellung des Ergotherapie- | Logopädie- | Physiotherapie-Bedarfs
- 3) die Planung ergotherapeutischer | logopädischer | physiotherapeutischer Interventionen auf der Grundlage der durchgeführten Befundung/Diagnostik und unter Berücksichtigung medizinischer Befunde
- 4) die Durchführung ergotherapeutischer | logopädischer | physiotherapeutischer Interventionen und
- 5) die Analyse, Evaluation und Sicherung der Qualität von ergotherapeutischen | logopädischen | physiotherapeutischen Interventionen

III) Kompetenzerweiterung / neue Aufgaben und Übertragung einer höheren Verantwortung

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

Die geplante Novellierung der Berufsgesetze sollte den mit der Blankverordnung eingeschlagenen Weg konsequent weitergehen und eine selbständige Ausübung der Heilkunde für die Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Physiotherapie vorsehen. Ein Direktzugang der Patient*innen zu therapeutischen Leistungserbringern würde ineffiziente Doppelstrukturen vermeiden, Ärzt*innen entlasten und den Therapeut*innen ermöglichen, eine individuelle, auf die Diagnose, den Befund und die Bedürfnisse der Patient*innen abgestimmte Behandlung nach dem aktuellen Stand der Forschung durchzuführen. Er sollte an eine hochschulische Ausbildung gekoppelt sein.

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

und empfiehlt, das in komplexen Aufgabenbereichen der Pflege, *der Therapieberufe* und der Geburtshilfe tätige Fachpersonal künftig an Hochschulen auszubilden.

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

Siehe Frage III) 1.

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

Eine Differenzierung und Hierarchisierung innerhalb der therapeutischen Berufe ist aufgrund der Unteilbarkeit des individualisierten Therapieprozesses nicht sinnvoll. Das Bachelorstudium bildet wissenschaftlich und praktisch für die allgemeine klinische Tätigkeit mit Patient*innen aus. Dabei müssen alle Therapeut*innen in der Lage sein, eigenständig den gesamten Therapieprozess zu steuern.

Möglich wären Assistenzberufe mit anderer Bezeichnung und anderer Ausbildung, z.B. Masseur. Diese könnten weiterhin auf DQR-Niveau 4 und an Berufsfachschulen angesiedelt bleiben und für Schulabsolvent*innen mit mittleren Abschlüssen offen stehen. Mit entsprechender Berufserfahrung, bzw. der Anpassung des entsprechenden Berufsgesetzes kann die Hochschulzugangsberechtigung erworben werden, der dann ein entsprechendes Therapiestudium ermöglicht, sodass diese letztlich auch für mittlere Bildungsabschlüsse offen bleiben.

IV) Akademisierung

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

Die DGMS spricht sich für eine vollständig hochschulische Ausbildung (Vollakademisierung) der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie aus. Die Zielsetzung, die Gründe und die Wege dorthin sind in einem Strategiepapier des Hochschulverbands Gesundheitsfachberufe (HVG & VAST 2018) ausführlich dargelegt und werden von der DGMS unterstützt.

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

Der Übergang von dem derzeitigen berufsfachschuldominierten zu einem vollständig hochschulischen Ausbildungssystem erfordert, dass die Hochschulen in den nächsten Jahren mit den Berufsfachschulen Kooperationen eingehen, um die Ausbildungskapazitäten kurz- und mittelfristig erweitern und das Lehrpersonal der Schulen adäquat integrieren zu können. Gleichzeitig ist die Politik gefragt, die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu setzen, die den Transformationsprozess von der berufsfachschulischen zur hochschulischen Ausbildung ermöglichen. Hierzu gehören insb. reformierte Berufsgesetze, die das Ziel der Vollakademisierung enthalten, sowie Bestandsschutz- und Übergangsregelungen für das berufsfachschulische Lehrpersonal und nicht-hochschulisch ausgebildete Therapeut*innen.

Außerdem werden Hochschulausbaupläne und Förderprogramme von Bund und Ländern benötigt, um den Auf- und Ausbau der Studiengänge durchführen und finanzieren zu können.

2. Welche Vorteile sehen Sie in einer Vollakademisierung?

Das Nebeneinander von berufsfachschulischer und hochschulischer Ausbildung würde durch eine flächendeckende hochschulische Ausbildung abgelöst. Dadurch könnten Qualität und Attraktivität der Ausbildung gesteigert, die bestehenden Engpässe am Arbeitsmarkt nachhaltig überwunden und eine angemessene Patientenversorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert werden.

Primärqualifizierende Studiengänge (PQS) bilden in Theorie und Praxis für die unmittelbare Tätigkeit mit Patient*innen aus. Hochschulisch qualifizierte Therapeut*innen wären flächendeckend in der Lage, wissenschaftsbasiert und reflektiert zu diagnostizieren und effektive Interventionen auszuwählen, umzusetzen, anzupassen und zu evaluieren.

Darüber hinaus ergäben sich durch eine hochschulische Ausbildung Möglichkeiten zur Entlastung der Ärzteschaft, zur Vermeidung von Doppelstrukturen und -leistungen und zur Vermittlung der Kompetenzen, die für den Direktzugang, für die Arbeit in komplexen und multiprofessionell organisierten Versorgungsbereichen und für eine evidenzbasierte Praxis nötig sind.

Die finanziellen Mittel, die künftig in den Erhalt der berufsfachschulischen Ausbildung investiert werden (sollen/müssten), könnten eingespart werden bzw. dem Übergang und dem Aus- und Aufbau gut

ausgestatteter Therapie-Studiengänge für eine zukunftsorientierte Patient*innenversorgung zu Gute kommen.

Nur durch eine Vollakademisierung ist es möglich,

- das Potential der Therapeut*innen für die gesundheitliche Versorgung,
- ihre Anschlussfähigkeit in Wissenschaft und Forschung,
- ihre Handlungsautonomie und Kooperationsfähigkeit und damit auch
- die Attraktivität der Berufe auf dem Bildungs- und Arbeitsmarkt

zu sichern.

Schließlich würde durch eine Vollakademisierung ein wichtiger Beitrag zur Beendigung der strukturellen Diskriminierung qualifizierter Frauenberufe geleistet und damit die Anschlussfähigkeit an europäische und internationale Forschungs- und Lehrtraditionen möglich. Sackgassenberufe für Frauen werden beendet und damit Berufsattraktivität angehoben.

3. Welche Nachteile sehen Sie in einer Vollakademisierung?

Die DGMS sieht keinerlei Nachteile in der Vollakademisierung, sondern wie bereits ausgeführt vielfältige Vorteile für die Qualität der Patientenversorgung und die Attraktivität der Berufe.

4. Welche Vorteile sehen Sie in einer Teilakademisierung?

Die Teilakademisierung hat gegenüber der Vollakademisierung keine Vorteile, sondern ausschließlich Nachteile. Die akademische Ausbildung lediglich für eine kleine Teilgruppe vorzusehen, ist für die Therapieberufe, deren Arbeitsaufgaben und -strukturen nicht teilbar sind, nicht angemessen.

5. Welche Nachteile sehen Sie in einer Teilakademisierung?

Eine Teilakademisierung ist versorgungs- und bildungspolitisch nicht zu begründen. Die Vollakademisierung sollte in den reformierten Berufsgesetzen der ELP verankert sein, um dem bildungs- und gesundheitspolitischen Handeln der nächsten Jahre ein Ziel zu geben. Die hochschulische Ausbildung lediglich als eine Option neben die berufsfachschulische Ausbildung zu stellen, würde nicht nur bedeuten, dass die Patient*innen auf unterschiedlichem Niveau und in Teilen unzureichend therapeutisch versorgt werden, sondern auch, dass die weitere Entwicklung der beiden Ausbildungswege dem freien Wettbewerb überlassen wird; Bund und Länder müssten über Jahre und Jahrzehnte hinweg in beide Strukturen investieren.

Weitere Nachteile einer Teilakademisierung sind: der Sonderweg gegenüber der weltweit, insbesondere auch EU-weit üblichen Vollakademisierung, ein Beruf mit zwei Ausbildungswegen, keine fachlich begründbare Differenzierung der Aufgaben- und Tätigkeitsprofile, Hemmnis für die notwendige allgemeine Verbreitung von wissenschaftlich fundierter, evidenzbasierter Versorgungspraxis.

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

Entgegen anderslautender Vorurteile ist die hochschulische Ausbildung keinesfalls ein Gegensatz zu einer berufspraktischen bzw. beruflichen Ausbildung. Es gibt keine Anforderungen der praktischen Ausbildung, die von Hochschulen nicht erfüllt werden könnten. Niemand würde die Praxisorientierung der Ausbildung von Ärzt*innen in Frage stellen, nur weil diese akademisch ist und an einer Universität stattfindet.

Im Gegenteil: die praktische Ausbildung gerade auch mit Patient*innen ist ein fester Bestandteil des Hochschulstudiums und wird - wie in der Modellphase der primärqualifizierenden Studiengänge belegt werden konnte - erfolgreich unter in der Verantwortung von Hochschulen durchgeführt. Hochschulen sind in der Lage, Kooperationsverträge mit Praxiseinrichtungen zu schließen, Praxisanleiter*innen anzuweisen und die praktische Ausbildung der Studierenden zu begleiten. An den Hochschulen selbst gibt es Einrichtungen, wie z.B. Hochschulambulatorien, Campuspraxen usw., die für die Ausbildung mit Patient*innen bzw. Klient*innen genutzt werden (können) (Darmann-Finck 2015). Zudem können disziplinangemessene moderne Lehr-Lernformen für die praktische Ausbildung im hochschulischen Bildungssektor weiterentwickelt werden.

Durch die stärkere gegenseitige Durchdringung von Wissenschaft und Praxis entstehen Synergien und Qualitätsverbesserungen - auch bei den praktischen Ausbildungsanteilen.

Duale Studiengänge in dem Sinn, dass die kooperierende Praxiseinrichtung für den dort stattfindenden praktischen Ausbildungsteil überwiegend verantwortlich ist, ist aus der Sicht der DGMS unangemessen. Eine Zweiteilung der curricularen Verantwortung, die für das duale Ausbildungssystem in den Branchen außerhalb des Gesundheitswesens sinnvoll sein mag, ist für die Therapieberufe nicht adäquat. Zudem ist eine wissenschaftlich-disziplinäre Weiterentwicklung der Therapieberufe im Kontext von dualen Studiengängen mit geteilter Ausbildungsverantwortung nur schwer möglich (Hochschulrektorenkonferenz 2019).

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

Die Diskussion um das Ausbildungsniveau der Therapieberufe wird derzeit von dem Thema `Fachkräftemangel` dominiert. Ausbildungsvergütung und Schulgeldfreiheit werden dabei vielfach als Mittel gegen den Fachkräfte- und Nachwuchsmangel in den Gesundheitsfachberufen angesehen.

Dieser kurzfristig möglicherweise wirksamen Strategie ist jedoch eine auch mittel- und langfristig wirksame gegenüberzustellen: Angesichts einer Abiturient*innenquote von je nach Berufsgruppe 50% bis 90 %, einer Studierneigung der Abiturient*innen von über 80% und der insgesamt weiter steigenden Nachfrage nach Studienplätzen im Gesundheitsbereich ist auch in Hinblick auf den Fachkräftemangel die hochschulische Ausbildung der Therapieberufe das Mittel der Wahl. Ein Studium bietet mehr Weiterentwicklungsmöglichkeiten und Aufstiegsmöglichkeiten, und zieht dadurch potenziell mehr und andere Ausbildungsbewerber als bisher an. Die hohen Bewerberzahlen an den (öffentlichen) Hochschulen und die sinkenden Bewerberzahlen an den Berufsfachschulen unterstreichen die Attraktivität der Hochschul-Ausbildung.

Zudem haben auch junge Menschen ohne Abitur in der Übergangszeit von 10-15 Jahren weiterhin Zugang zu der berufsfachschulischen und nach zweijähriger Berufspraxis auch zur hochschulischen Berufsausbildung. Eine Reform und Weiterführung der berufsfachschulischen Ausbildung ist daher nicht der richtige Weg. Sie kann lediglich für eine Übergangsphase zur Vollakademisierung von geschätzt 10 – 15 Jahren nützlich sein.

Für eine Übergangszeit kann dem Problem des Ausschlusses der mittleren Bildungsabschlüsse ("kurzfristige Verschärfung des Fachkräftemangels") auch dadurch begegnet werden, dass die additiven und integrierenden Studiengänge und damit die in Kooperationsmodelle eingebundenen Berufsfachschulen so lange bestehen bleiben, wie der Fachkräftemangel besteht, also über die angenommene Übergangszeit von 10 – 15 Jahren hinaus. Damit das Ziel der Vollakademisierung damit nicht konterkariert wird, müsste die Berufsfachschulausbildung für Realschüler zu einer auf zwei Jahre befristeten Berufserlaubnis führen, die dann durch ein die Ausbildung anrechnendes Studium entfristet wird.

Die positiven Effekte einer Vollakademisierung kommen jedoch nur zur Geltung, wenn ihre Umsetzung durch gesetzgeberische Maßnahmen konterkariert werden. Dass nicht nur die Ausbildung, sondern auch die Vergütung der Therapeut*innen angehoben werden muss, um die Attraktivität der Berufe zu steigern, hat der Gesetzgeber erkannt und in zwei Gesetzen ansatzweise umgesetzt. Darüber hinaus ist aber auch zu fordern, dass die Hochschul-Ausbildung für die Studierenden kostenfrei ist, damit der

Entscheidung für den Therapieberuf keine monetären Hürden im Wege stehen. Die Statusaufwertung und Anhebung der Vergütung wird auch helfen, einem aktuell häufigen, vorzeitigen Ausscheiden aus den Therapieberufen entgegenzuwirken.

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

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

Wie unter den Punkten IV 4-5 ausgeführt, sieht die DGMS eine Teilakademisierung und damit unterschiedliche Qualifikationsniveaus in ein und demselben Beruf als nachteilig für die Versorgung an. Alle Therapeut*innen sollen auf dem gleichen hochschulischen Niveau ausgebildet werden und daher auch in den gleichen Berufsfeldern einsetzbar sein. Die Patientenbehandlung soll bundesweit und flächendeckend auf einem gleich hohen Niveau erfolgen.

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

In den neuen Berufsgesetzen soll der Direktzugang im Zuge der Vollakademisierung aufgenommen werden. Alle bis dahin ausgebildeten Therapeut*innen sollten die notwendigen Kompetenzen über eine entsprechende Weiterbildung erwerben. Spezialisierungen bezogen auf klinische oder forschende Tätigkeiten sollten sich erst auf dem Masterniveau herausbilden.

Sollte die Forderung nach einer vollständig hochschulischer Ausbildung, wie sie in allen EU Ländern Standard ist, in Deutschland keine Mehrheit finden, werden Hochschulabsolvent*innen wohl insbesondere in komplexen, multiprofessionell organisierten Versorgungsbereichen tätig werden, sollten dort aber entsprechend dotierte Verträge bekommen. Ebenso ist die Beschäftigung in Leitungsfunktionen, in der Forschung und in der berufsfachschulischen Lehre zu erwarten. In ambulanten Praxen, in denen die weit überwiegende Zahl der Therapeut*innen tätig ist, wäre die Etablierung von Beauftragten für die Umsetzung evidenzbasierter Praxis denkbar. Nach Einschätzung

der DGMS würde dadurch die Berücksichtigung externer Evidenz verbessert, eine individuelle evidenzbasierte Patient*innenversorgung gewährleistet eine solche Position allerdings noch nicht.

V) Lehrpersonal

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

Zu 1. bis 5.:

Eine Reform der fachschulischen Ausbildung ist nur für eine Übergangszeit von ca. 10-15 Jahren sinnvoll, die nötig ist, um die Vollakademisierung zu implementieren. In dieser Übergangszeit könnten Kooperations- und Integrationsmodelle entwickelt werden, um die an den Berufsfachschulen vorhandenen Ressourcen - speziell personeller und räumlicher Art – zu nutzen, bis der Vollausbau der hochschulischen Ausbildungskapazitäten abgeschlossen ist. Für die institutionelle Transformation und Anbindung von kooperierenden Berufsfachschulen an die Hochschulen müssten je nach Bundesland unterschiedliche Strategien entwickelt werden.

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

Für die Lehrkräfte an Berufsfachschulen, die über keinen Studienabschluss verfügen, sollte es eine Bestandsschutzregelung und die Möglichkeit eines verkürzten Studiums unter Anrechnung ihrer Berufserfahrung geben.

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

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

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

Aufgrund des hohen Betreuungsbedarfs in PQS sollten in den Studiengängen auch (fest angestellte) Lehrende im wissenschaftlichen Mittelbau arbeiten, so dass die erforderliche Dozent*innen/Studierenden- Dichte schon in der Übergangszeit erreicht und der Personaltransfer von den Berufsfachschulen in die Hochschulen erfolgen kann.

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

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

Im Falle einer Vollakademisierung sollten die bestehenden Studiengänge, die die schulische Ausbildung z.T. integrieren und/oder additiv auf einer schulischen Ausbildung aufsetzen, in primärqualifizierende Studiengänge überführt werden. Dabei würden die Kooperationen, die zwischen Hochschulen und Berufsfachschulen bestehen, ähnlich wie in dem Gesetzesentwurf für die Hebammenausbildung vorgesehen, in der Übergangsphase intensiviert und das Lehrpersonal und die an den Berufsfachschulen vorhandenen Räumlichkeiten, Sachmittel und Kooperationsbeziehungen zu Praxiseinrichtungen könnten soweit möglich an die jeweilige kooperierende Hochschule übergehen. Welche Möglichkeiten zu einer

institutionellen Anbindung der (ehemaligen) Berufsfachschulen an die Hochschulen bestehen, wäre in den einzelnen Bundesländern zu klären.

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

Ein hoher Prozentanteil der Lehrenden an den Berufsfachschulen ist bereits wissenschaftlich qualifiziert (HVG & VAST 2018). In der Logopädie liegt der Anteil derzeit bei über 70%. Der Anteil der hochschulisch qualifizierten Lehrenden an Berufsfachschulen ist zudem im Steigen begriffen, viele Berufsfachschulen stellen nur noch hochschulisch ausgebildete Lehrkräfte ein. Dies ist insbesondere bei mit Hochschulen kooperierenden Berufsfachschulen der Fall und ist auch teilweise Gegenstand der Kooperationsverträge und Qualitätsentwicklungsvereinbarungen. Bestandsschutzregelungen und die Möglichkeit eines verkürzten Studiums unter Anrechnung der Berufserfahrung würden zudem für alle interessierten Lehrkräfte an Berufsfachschulen, auch wenn sie über keinen Studienabschluss verfügen, die Möglichkeit eröffnen sich mit zumutbarem Aufwand für die hochschulische Lehre zu qualifizieren.

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

Die Umsetzung einer Vollakademisierung ist unmittelbar mit dem Auf- und Ausbau von Studienplätzen und damit mit einem erhöhten Bedarf an Hochschullehrer*innen, akademischem Mittelbau und Lehrbeauftragten/Honorarkräften verbunden. Im Bereich der Lehrbeauftragten/Honorarkräfte bzw. im akademischen Mittelbau sind keine Personalengpässe zu erwarten, da hier die an den Berufsfachschulen vorhandenen Personalkapazitäten im Rahmen des Transformationsprozesses eingesetzt werden können (vgl. Frage V) 7.).

Auf der Ebene der Hochschullehrer*innen sieht die Situation in den drei Berufen derzeit unterschiedlich aus. In der Logopädie ist keine Engpasssituation festzustellen, es gibt eine ausreichende Bewerber*innenzahl aufgrund der seit vielen Jahrzehnten etablierten Studiengänge der akademischen Sprachtherapie. In den noch jungen Disziplinen Physiotherapie und Ergotherapie sind Professuren momentan schwierig(er) zu besetzen. Die Engpasssituation dürfte sich aber in den nächsten Jahren (noch vor Ablauf des Übergangszeitraums) verbessern. Zum einen existieren Promotionsförderprogramme, auch in Form von Graduiertenkollegs, die in absehbarer Zeit eine erhöhte Zahl an professorablen Stellenbewerber*innen erwarten lassen. Auch die wachsende Zahl der

Absolvent*innen der Modell-Studiengänge und der Gesundheitspädagogik-Masterstudiengänge wird mit dazu beitragen, den momentanen Personalengpass auf dieser Ebene zu überwinden.

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

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

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

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

Lebenslanges Lernen aufbauend auf der jeweils notwendigen Zugangsqualifikation für Lehrpersonal und Praxisanleiter*innen ist an Hochschulen eine Selbstverständlichkeit. Speziell für Praxisanleiter*innen sollte ein (berufsbegleitendes) Fortbildungskonzept entwickelt werden. Eine Fortbildungspflicht erfordert, insbesondere für Praxisanleiter*innen, angemessene finanzielle und zeitliche Rahmenbedingungen.

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

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

VI) Finanzierung

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

Für die Hochschul-Ausbildung sind einerseits die Länder zuständig. Da andererseits der Bund für die gesundheitliche Sicherheit und Unversehrtheit der Bevölkerung und damit für die Ausbildung der Therapieberufe zuständig ist, sollte auch er, d.h. die Gemeinschaft der Steuerzahler, eine Mitverantwortung für die Finanzierung der Therapie- Studiengänge tragen. Dies könnte auf verschiedenen Wegen geschehen. Der (einmalige) Auf- und Ausbau der Studiengänge bzw. der Studienplätze sollte durch ein speziell dafür vorgesehenes Hochschulförderprogramm des Bundes in der Aufbauphase (10-15 Jahre) unterstützt werden. Dadurch würde den Ländern ein Anreiz gegeben, auf Dauer in diese Studiengänge zu investieren.

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

3. Wie ist Ihre Position zum Thema Ausbildungsvergütung?

Zu 2 und 3

Da die DGMS die Vollakademisierung befürwortet, steht die Schulfinanzierung nicht im Fokus.

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

Die DGMS spricht sich u.a. deshalb für eine primärqualifizierende hochschulische Ausbildung aus, da nur diese eine vollständige hochschulische Verantwortungsübernahme ermöglicht und durch die hochschulischen Qualitätssicherungsstandards überprüft werden kann (Akkreditierung). Damit einher geht auch eine vollständige Verantwortung der praktischen Ausbildung durch die Hochschule, was eine enge Verzahnung der theoretischen und praktischen Inhalte ermöglicht. Die Hochschulen müssen in primärqualifizierenden Studiengängen der Aufgabe nachkommen geeignete Bewerber auszuwählen und für eine gute Vernetzung der Lernorte zu sorgen, die einer wissenschaftsbasierten Ausbildung Genüge trägt.

Dies gelingt aus Sicht der DGMS vollumfassend nicht in dualen sondern nur in primärqualifizierenden Studiengängen. Eine Ausbildungsvergütung ist daher nicht mit einer primärqualifizierenden Ausbildung zu vereinbaren, da die Studierenden nicht vorrangig als Arbeitskräfte in der kooperierenden Praxiseinrichtung dienen sollen.

Zudem sollten Studierende für die praktischen Studienteile durch verschiedene Krankenhäuser rotieren, um ein breites Spektrum von Einsatzorten kennenzulernen. Ein Vertragsabschluss zwischen Krankenhaus und Studierenden würde dies erschweren oder unmöglich machen.

Schließlich hätten die Hochschulen nur eingeschränkte Möglichkeiten bei der Auswahl der Studienbewerber*innen, da sie nur Bewerber*innen aufnehmen können, die über einen Ausbildungsvertrag mit einer Praxiseinrichtung verfügen. Die Hochschulen sollten jedoch als Gesamtverantwortliche für die Ausbildung auch das Recht haben, die Bewerberverfahren durchzuführen und die Auswahlentscheidungen zu treffen.

Quellenverzeichnis

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

HVG (Hochschulverbund für Gesundheitsfachberufe) (2014): Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie (FQR-ThGFB)

https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de//dokumente/FQR_ThGFB_%20HVG_2014_final.pdf

HVG & VAST (Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe, Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen) (2018): Notwendigkeit und Umsetzung einer vollständig hochschulischen Ausbildung in den Therapieberufen (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie) -

Strategiepapier. <https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/strategiepapier-von-hvg-und-vast-zur-notwendigkeit-und-umsetzung-einer-vollstaendig-hochschulischen-ausbildung-in-der-ergotherapie-logopaedie-und-physiotherapie-wird-durch-berufsverbaende-unterstuetzt/>

Wissenschaftsrat (WR) (2018): Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020.

<https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/7271-18.pdf>