

## **II. Heilmittel**

### **1. Akademisierung der Gesundheitsfachberufe. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung und Effektivitätssteigerung gesundheitlicher Versorgung in Deutschland**

**Heidi Höppner**

**Die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe soll als Beitrag zur Qualitätssicherung im gesundheitlichen Versorgungssystem verstanden werden. Ziel der neuen Studiengänge ist eine verbesserte professionelle Handlungsfähigkeit, d.h. eine erweiterte Fachkompetenz sowie Management-, Forschungs- und Sozialkompetenzen. Die Qualität gesundheitlicher Versorgung wird in Zukunft nicht (ausschließlich) die Vermeidung, sondern der Aufschub oder die Minderung der Folgen einer Erkrankung sein. Vor allem in der Sekundär- und Tertiärprävention sind nichtärztliche Therapeuten gefragt, ihr entsprechendes Know how einzusetzen. Heilmittelerbringer tragen wesentlich dazu bei, dass praxisrelevante Effekte des medizintechnischen Fortschritts genutzt und gesichert werden, denn nur mit entsprechender Anschlussbetreuung ist z.B der Einsatz der hoch technisierten und kostenintensiven medizinischer Maßnahmen gewährleistet. Die Akademisierung der Heilmittelberufe ermöglicht bedarfsorientierte Behandlungskonzepte, die stärker ressourcen- und lebensweltorientiert sind. Nicht ein Kurieren oder „Be-Handeln“ steht bei chronisch Erkrankten im Vordergrund, sondern ihre Befähigung (Empowerment) und Hilfe zur Selbsthilfe.**

Der Heil- und Hilfsmittelreport der GEK trägt zur vermehrten Aufmerksamkeit von nichtärztlichen therapeutischen Leistungen bei. Dies ist zu begrüßen, da neben der Medizin, Pflege oder Arzneimittelversorgung nun auch Leistungen anderer Akteure wahrgenommen werden, die bisher in der Gesundheitslandschaft kaum beachtet wurden. Die Transparenz über Verordnungen und Honorierung von Heilmitteln der GEK ist ohne Frage notwendig und bedeutsam. Mit der Transparenz sind jedoch auch neue Risiken verbunden. Wie werden diese Daten interpretiert? Zu wünschen wäre eine Debatte, über den Stellenwert der Heilmittel im aktuellen und künftigen Gesundheitssystem nachzudenken. In Anlehnung an das gerade erschienene Gutachten des Sachverständigenrates (SVR) vom Juli 2007, in dem die Akteure zu mehr Kooperation und Verantwortung aufgefordert werden und die Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe angeregt wird (SVR, 2007), ist die Frage nach dem qualitativen Beitrag der Heilmittelerbringer im bestehenden und künftigen System gesundheitlicher Versorgung in Deutschland von Interesse.

Der folgende Beitrag zielt also darauf ab, Heilmittel, insbesondere vor dem Hintergrund der Etablierung von Studiengängen ihrer Erbringer, nicht nur als Kostenfaktor zu betrachten. Physio- und ErgotherapeutInnen und LogopädInnen sollten als Partnerinnen und Partner bei der Gestaltung einer effektiven und effizienten modernen Gesundheitsversorgung in Deutschland verstanden werden. Die neuen Studienmöglichkeiten im Bereich dieser Gesundheitsfachberufe – so meine These – sind notwendig, diese Berufsgruppen insgesamt auch künftig zu befähigen, ihren Beitrag zur Qualitätssicherung durch angemessene Behandlungskonzepte zu leisten. Damit stellt man auch für die Zukunft sicher, dass sie auch in einem komplexeren Gesundheitssystem mit neuen Herausforderungen befähigt sind, qualitätsbewusst, verantwortlich und kompetent mit Mitgliedsbeiträgen der Gesetzlichen Krankenversicherung umzugehen. Die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe verfolgt somit keinen Selbstzweck, sondern sichert vor dem Hintergrund des Bedarfs gesundheitlicher

Versorgung (s.u.) einen bedeutenden Beitrag in Prävention, Kuration und Rehabilitation sowohl für Patienten und Patientinnen als auch aus einer systemischen Betrachtung des Gesundheitswesens.

Die erwähnten Berufe befinden sich aktuell in einem großen Wandel. Bisher war die Ausbildung an i.d.R. privaten Berufsfachschulen üblich (Walkenhorst, 2006). Neben der konventionellen Ausbildung bieten neuerdings inzwischen ca. 20 Hochschulen Studiengänge für den nichtärztlichen Therapiebereich an. Seit 2002 verlassen studierte Physio- und Ergotherapeuten und auch Logopäden, seit 2006 auch Masterabsolventen die Hochschulen.<sup>1</sup> Der Anteil der „studierten Therapeuten“ im Gesamtspektrum beträgt zwar zur Zeit erst ein Prozent, allerdings zeigen die vergangenen sechs Jahre eine rasante Entwicklung hinsichtlich der neuen Angebote an privaten und öffentlichen Hochschulen und hinsichtlich der großen Nachfrage insbesondere von AbiturientInnen. Die Berufe gewinnen durch ein Studium an Attraktivität. Die berufspolitischen Vertretungen der Gesundheitsfachberufe in Deutschland stehen hinter einer Akademisierung der Berufe (AG MTG, 2003 und 2007<sup>2</sup>) und fordern die flächendeckende Anhebung der Ausbildung auf Hochschulniveau. In der ersten Implementierungsphase nahmen insbesondere norddeutsche Hochschulen die Einrichtung der Studiengänge für Gesundheitsfachberufe vor und erweiterten ihre Angebote um Bachelor- Studiengänge Medizinalfachberufe/Gesundheitsfachberufe. Auffallend restriktiv blieben die Gesundheits- und Bildungspolitik in Deutschland bei der Verteidigung des alten Systems, obwohl seit 2006 die „deutsche Ausbildungsform in den Gesundheitsfachberufen“ im Vergleich zu anderen europäischen Systemen eine Sonderstellung einnahm. Erstaunlich und erfreulich ist daher der aktuelle einstimmige Beschluss der Gesundheitsminister der Länder im Juli 2007. Vom Gesetzgeber wird nun gefordert, neben der konventionellen in den Gesundheitsfachberufen (außer Pflege) eine Öffnung für andere Wege (z.B. Studium) zur PhysiotherapeutIn, ErgotherapeutIn oder LogopädIn zuzulassen. Somit sind auch in Deutschland weitere Weichen gestellt,

welche eine Anschlussfähigkeit an die internationale Entwicklung ermöglicht und Heilmittel und Heilmittelerbringer – sofern es die Rahmenbedingungen erlauben – national und international konkurrenzfähig bleiben lässt. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Ausbildung von Heilmittelerbringern aktuell in einer dynamischen Entwicklung befindet. Mit grundständigen, dualen oder Weiterbildungsstudiengängen zeigt sich aktuell eine große organisatorische Vielfalt. Die Inhalte unterliegen der zunehmenden Expertise der Akkreditierungsagenturen, welche die Studiengänge prüfen. Übereinstimmend zielen die Studienprogramme auf eine verbesserte professionelle Handlungsfähigkeit. Inhalte sind konkret ausgerichtet an angestrebter erweiterter Fachkompetenz (z.B. Gesundheitswissenschaften), Management-, Forschungs- und Sozialkompetenz. Ein Bachelorabschluss soll die „reflektierende“ PraktikerIn (Scherfer, 2003; Höppner, 2005) – ein Masterabschluss TherapeutInnen mit Spezial-, z.B. mit Forschungskompetenz, hervorbringen.

Angesichts der Kostendebatten im Gesundheitssystem drängen sich Fragen auf:

- Brauchen wir eigentlich studierte Therapeuten in Deutschland und wenn ja, warum?
- Werden Heilmittel dann ggf. teurer?
- Sind und bleiben diese Therapien nicht „Handwerk“, welches unter Aufsicht der Ärzte erfolgt und eine Eigenständigkeit und stärkere Emanzipation von Medizinern nicht benötigt?
- Und schließlich: verfolgt die Akademisierung einen Selbstzweck der Berufsangehörigen, die sich hier eine Aufwertung und sicher auch eine andere Honorierung versprechen?

Im folgenden Teil meiner Ausführungen möchte ich aufzeigen, was eine Akademisierung im Bereich der nichtärztlichen Gesundheitsfachberufe Patienten, Kostenträgern und letztlich der Gesellschaft bringt oder bringen kann?

Die Leistungen von Heilmittelerbringern und nichtärztliche Therapien haben in der deutschen Gesundheitsversorgung Tradition. Die inzwischen dreijährigen Ausbildungen sind umfangreich, anspruchsvoll und in Deutschland staatlich kontrolliert (Regelung durch Berufsgesetze, Ausbildungsverordnungen und Kontrolle durch staatlich geregelte Prüfungen); die Ausbildungsplätze – trotz fraglicher Karrierechancen – nachgefragt. 78,9 % aller Beschäftigten im Gesundheitswesen sind Frauen. Die Geschlechterdifferenz ist in den Heilberufen noch deutlicher und diese werden bis heute in der Regel als „Frauenberufe“ wahrgenommen. Als nichtärztliche Assistenzberufe übernahmen sie bereits vor über hundert Jahren z.B. als Heilgymnastinnen (später Krankengymnasten und seit 1994 Physiotherapeuten) und seit Mitte des letzten Jahrhunderts auch als Beschäftigungstherapeutinnen (später Ergotherapeuten) Aufgaben, die medizinische Behandlungen unterstützen. Das Wissen und Können in diesen Berufen hat sich im Laufe der Jahre extrem differenziert und erweitert. Behandlungskonzepte und -methoden entstanden und es kam zu einer anhaltenden Expansion der Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Die Nähe zur schulmedizinischen Evidenz rechtfertigte die Verordnungen, die inzwischen rationiert werden (Richtgrößen) und unter Androhung von Regressen zu einem restriktiven Ordnungsverhalten der Ärzte führt. Die Ausgrenzung aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen stand und steht immer wieder zur Debatte. Wollen die Heilmittelerbringer auch weiterhin im Rahmen der solidarisch finanzierten Krankenversicherung Anerkennung finden, dann sind sie aufgefordert, durch Effektivitätsnachweise ihrer Leistungen und mit angemessenen Konzepten ihren Platz in der Gesundheitsversorgung zu behaupten. Heilmittelerbringer stehen heute mit dem Rücken zur Wand: sie müssen

Effektivitätsnachweise erbringen und betriebswirtschaftlich agieren. Nicht nur Ärzte sondern inzwischen auch Therapeuten steigen mit Privatpraxen aus der solidarischen Versorgung der gesamten Bevölkerung aus. Bislang gibt es keine Untersuchungen, die über einen künftigen Bedarf an Therapeuten Auskunft geben. Die wachsende Zahl von Therapeuten im ambulanten Sektor lässt eine Überversorgung vermuten. Doch, lässt sich das so einfach behaupten? Was muss der ambulante Sektor auffangen, da Liegezeiten im stationären Bereich verkürzt werden? Wie steht es um einen realen Bedarf an ambulanten Leistungen von Heilmitteln? Angesichts der Delegation durch Ärzte und der Budgetierung von Heilmitteln liegt hier ein stark regulierter Markt zugrunde. Mein Beitrag möchte den Blick auf die Entwicklung der Anzahl der Therapeuten und ihrer Qualifikation am Bedarf gesundheitlicher Versorgung verdeutlichen.

Nimmt man die Perspektive der Versorgungsforschung ein, dann kann man festhalten: Auf der Habenseite der Gesundheitsversorgung stehen unter „übrige Gesundheitsberufe“ 176.000 staatlich geprüfte Heilmittelerbringer (ca. 78.000 Physiotherapeuten plus Masseur und medizinische Bademeister, 61.000 andere therapeutische Berufe – darunter ca. 35.000 Ergotherapeuten) (Walkenhorst, 2006; Borgetto et. al, 2007), die flächendeckend, niedrighschwellig, i.d.R. ohne Nebenwirkungen und kostengünstig ihre Leistungen anbieten. Aussagen über die Qualität der Leistungen sind gegenwärtig schwer zu machen. Effektivitätsnachweise fordern insbesondere Heilmittelerbringer heraus, da ihnen bislang die Kompetenz zu eigenständiger wissenschaftlicher Arbeit fehlte (Berufsfachschulbildung) und in anderen Studien (Medizin, Sport- und Rehabilitationswissenschaften) physiotherapeutische Fragestellung nur selten und wenig spezifiziert aufgegriffen wurden. Die Forderung der Kostenträger nach Effektivitätsnachweisen ist berechtigt, die Forschungs- und Evaluationspraxis im Bereich der Heilmittelerbringer steht jedoch in Deutschland erst am Anfang. Erst seit 2006 kommen in Deutschland ausgebildete Heilmittelerbringer auf den Markt, die über die Kompetenz zu forschen verfügen.

## **Warum ist nun die Akademisierung der Heilmittelerbringer notwendig?**

Die epidemiologische Relevanz chronischer Erkrankungen und Behinderungen unterstreicht die bedeutende Rolle von nichtärztlichen Therapeuten. Es gilt, Menschen professionell bei der Bewältigung ihrer z.T. über jahrzehntelangen Einschränkungen zu begleiten. Mit Fragen einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung in Europa befasst sich ein Bericht der Europäischen Union (EU) von 2003. Darin wird berichtet, dass europaweit von einer zwölf prozentigen Prävalenz körperlicher Aktivitätseinschränkungen durch dauerhafte Behinderungen auf Grund von Krebs, Schlaganfällen, Unfällen, Demenz, Osteoporose und Arthritis auszugehen ist (EU Kommission, 2003). Von weiterer epidemiologischer Relevanz sind Bedarfe, die sich aus bewegungs- und bewegungssystemassoziierten Erkrankungen ergeben. Hier sind Ergo- und Physiotherapeuten gefragt. Erkrankungen des Bewegungssystems sind z.B. die häufigste Diagnose von Männern, die vorzeitig aus dem Beruf ausscheiden. Bedarf an Leistungen durch Heilmittelerbringer rechtfertigen z.B. die Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurvey KIGGS 2006 (Robert Koch Institut, 2006). Hierin sind z.B. die Problematik um motorische Auffälligkeiten bei Kindern und die zunehmende Adipositas durch Bewegungsmangel bestätigt. Demografische Veränderungen in der Bevölkerung haben zur Folge, dass der Erhalt eigenständiger Aktivität bis ins hohe Lebensalter sowie ein Aufschub von Inzidenz altersassoziierter Erkrankungen und Multimorbidität neben der individuellen Lebensqualität zu einer bedeutenden gesundheitsökonomischen Größe wird. In diesem Zusammenhang ist auch die Prävention zu sehen. Die Qualität gesundheitlicher Versorgung wird in Zukunft nicht (ausschließlich) die Vermeidung, sondern der Aufschub oder die Minderung der Folgen einer Erkrankung sein. Vor allem in der Sekundär- und Tertiärprävention sind nichtärztliche Therapeuten gefragt, da nicht nur die Quantität von Bewegung im Sinne allgemeiner Aktivität, sondern vor allem die Qualität und langfristig funktionelle Anpassung und

Aktivität z.B. bei Rheumaerkrankung, nach Schlaganfall oder bei entwicklungsneurologischen Problemen Kern nichtärztlicher Therapie ist. In diesem Zusammenhang sind auch Hilfsmittel zu erwähnen. Die Sicherstellung einer angemessenen und zweckmäßigen Hilfsmittelversorgung kann durch Heilmittelerbringer fachkompetent erbracht werden. Auch hier sind die demografische Entwicklung und die technischen Möglichkeiten Hintergrund für die Annahme eines wachsenden Bedarfs an fachlich qualifiziertem Personal. Ein weiteres Argument pro Heilmittel und Qualifizierung von Heilmittelerbringern durch ein Studium sind die Effekte des medizintechnischen Fortschritts: Die Erfolge der (intensiv-)medizinischen Intervention, z.B. nach Schlaganfall, nach Herzinfarkten oder Frühgeburten, die Bewältigung von Zuständen nach Organtransplantationen und Gelenkersatz fordern Nachbehandlungen. Nur mit entsprechender Anschlussbetreuung ist die Sicherung der hoch technisierten und kostenintensiven Maßnahmen gewährleistet. Hohe Ausgaben für mögliche medizinische Intervention (z.B. Intensivmedizin) stehen Budgets im ambulanten Sektor gegenüber. Am Beispiel der Behandlung nach Schlaganfall mit „stroke units“ und intensiver und aufwändiger Rehabilitation im stationären Setting, kann hier eine Unterversorgung im ambulanten Sektor angenommen werden. Insbesondere im ländlichen Bereich mit weiten Wegen und Hausbesuchen, können aufgrund der Strukturen (auch Honorare) notwendige Physio- oder Ergotherapie oder auch Logopädie nicht weiter gewährleistet werden.

Der vergleichende Gesundheitsbericht der Europäischen Kommission unterstreicht die Bedeutung niedrigschwelliger und qualitativ hochwertiger „Medizin“, die z.B. durch nichtärztliche Therapeuten erbracht werden könnte. Determinanten von Morbidität und Mortalität – so der EU-Bericht – sind neben dem Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status der *Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung* insbesondere für folgende Gesundheitsprobleme: geringes Geburtsgewicht/Frühgeburtlichkeit, Unfälle und Verletzungen, Asthma und andere respiratorischen



Erkrankungen sowie bei Kreislauf- und Krebserkrankungen. Auch Bewegung wird als Determinante von Morbidität und Mortalität explizit benannt. (EU Kommission, 2003).

Die Akademisierung der Berufe reagiert auf verschiedene Neuerungen und Anforderungen, wie den Wandel im Gesundheitswesen und gestiegene Erwartungen an Kompetenzen von Therapeuten. Dies fordert z.B. die Anpassung der Behandlungskonzepte an neue Erkenntnisse der Krankheitsverarbeitung, z.B. stärkere ressourcen- und lebensweltorientiertere Sicht und Patientenbeteiligung. Nicht ein Kurieren oder „Behandeln“ steht bei chronisch Erkrankten im Vordergrund, sondern ihre Befähigung (Empowerment) und Hilfe zur Selbsthilfe. Die Heilmittelerbringer haben sich an neueren gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen zu orientieren und ihre Konzepte hinsichtlich fundierter wissenschaftlicher Grundlagen und ihrer Evidenz zu überprüfen. Will die Akademisierung zur Professionalisierung beitragen, dann hat sie sich an zentralen Werten auszurichten: z.B. dem Wohl – hier: der Gesundheitserhaltung und -wiederherstellung – der Bevölkerung (Borgetto et al., 2007). Die vorgestellten Aufgaben einer aktuellen und künftigen Gesundheitsversorgung fordern die nichtärztlichen Therapeuten heraus. Eine notwendige Anpassung der Berufsqualifikation an den aktuellen und künftigen Bedarf der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung kann – meinem Verständnis folgend – nur durch die Akademisierung und einem intelligenten Transfer von Theorie und Praxis erfolgen. Studium und Forschung können zu einem modernen beruflichen Selbstverständnis und klarem Profil beitragen. Chancen der Mitgestaltung eines effektiven und effizienten Gesundheitssystems für Heilmittelerbringer sind zu gewährleisten, damit ihr Potential für die Gestaltung des Gesundheitssystems genutzt werden kann. Einen Beitrag der Kostenträger und Gesundheitspolitik, dieses zum Teil nicht genutzte Potential auszuschöpfen, wäre in einem ersten Schritt, einer Analyse und Interpretation der Heilmitteldaten, die sich über den Fokus auf „Kosten“ auch auf Versorgungsbedarfe bezieht. Die Bedeutung der

Heilmittel und Heilmittelerbringer muss im Kontext des sich wandelnden Gesundheitssystems (SVR, 2007) und den zu bewältigenden Aufgaben (demografischer Wandel, Krankheitsspektrum etc. s.o) gesehen werden. Wünschenswert wäre, wenn durch den vorliegenden Heilmittelreport ein Impuls für die Debatte um eine „adäquate“ Versorgung versus Fehl-, Unter- und Überversorgung ausgehen würde. Dazu ist die Beachtung von qualitativen Aspekten der Versorgung notwendig, was – neben der Transparenz von Heilmittelverordnungen – auch qualitative Untersuchungen fordert. Fazit: (Nicht-)Verordnungen von Heilmitteln und der Bedarf an qualifiziert ausgebildeten Therapeuten (z.B. Studienmöglichkeiten) sind vor dem Hintergrund einer auch längerfristig effektiven gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu analysieren. Strukturen (auch Ausbildung) im Gesundheitswesen sind so zu gestalten, dass Heilmittelerbringer die Rolle als Partner auch verantwortlich mittragen können.

## **Anmerkungen**

1. Ausnahmen hat es vor 2002 gegeben. Ich beziehe mich auf in Deutschland akkreditierte Studiengänge an öffentlichen und privaten Hochschulen, die disziplinäre generalistische Bachelor- und spezialisierte Masterstudiengänge anbieten.

2. Die Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe – die AG MTG – verfolgt seit ihrem Zusammenschluss 1991 das Ziel, die Berufsausbildung in der Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Orthoptik und dem Hebammenwesen zu akademisieren und damit die weitere Professionalisierung dieser Berufe voranzutreiben. Diese Zielsetzung spiegelt sowohl die Interessen der einzelnen Berufsverbände, die in der Arbeitsgemeinschaft vertreten sind, als auch die Empfehlungen des Wissenschaftsrates an die Kultusministerkonferenz wider und entspricht den Anforderungen einer optimalen Patientenversorgung. ([www.agmtg.de](http://www.agmtg.de); Zugriff am 8.8.2007)

## Literaturverzeichnis

- AG MTG / Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (2003): Positionspapier zur Akademisierung der Medizinalfachberufe in Therapie und Geburtshilfe. [http://www.agmtg.de/\\_pdf/Positionspapier.pdf](http://www.agmtg.de/_pdf/Positionspapier.pdf); Zugriff am 8.8.2007
- AG MTG / Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (2007) Eckpunkte der AG MTG zur Konzipierung und Akkreditierung von Bachelor-Studiengängen für Ergotherapie, Hebammenwesen, Logopädie, Orthoptik, Physiotherapie; [http://www.agmtg.de/\\_pdf/Eckpunkte.pdf](http://www.agmtg.de/_pdf/Eckpunkte.pdf)
- Borgetto, Bernhard; Kälble, Karl (2007): Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit und das Gesundheitssystem. Juventa Verlag Weinheim u. München
- Europäische Kommission (2003): The Health Status in Europe. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/documents/health\\_status\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/health_status_en.pdf). Zugriff am 8.8.2007
- Höppner, Heidi (2005): „Reflektierte PraktikerInnen“. Die Physiotherapie in Deutschland am Wendepunkt. Dr. Mabuse 157; S. 38-40
- Robert-Koch-Institut (2006): KIGGS - Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. <http://www.kiggs.de>. Zugriff am 8.8.2007
- Scherfer Erwin (2003): Was ist eigentlich ein Bachelor? Und warum wir die „Bachelors“ herzlich willkommen heißen! Zeitschrift für Physiotherapeuten; Jg. 55, Nr. 12; 2165-2172
- SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten Kurzfassung
- Walkenhorst, Ursula (2006): Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie auf dem Weg zur Professionalisierung. In: Pundt, J. (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Huber Verlag Bern; S. 106- 123