



Hochschulverbundes Gesundheitsfachberufe e.V.

Ansprechpartner: Prof. Dr. Bernhard Borgetto, 1. Vorsitzender

bernhard.borgetto@hawk.de

<https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de>

Antworten des HVG auf den Fragenkatalog der

Bund-Länder-Arbeitsgruppe

Gesamtkonzept zur Neuordnung und Stärkung der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe

Schriftliche Beteiligung der Verbände

Vorbemerkungen

Der Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG) vertritt 37 Hochschulen und Universitäten mit Bachelor- und Masterstudiengängen in den Fachrichtungen Physiotherapie, Ergotherapie Logopädie/Sprachtherapie und Diätetik sowie zahlreiche assoziierte Mitglieder, vor allem Berufsverbände und Berufsfachschulen.

Der HVG tritt für eine qualitativ hochwertige, auf sich verändernde Bedarfe und Anforderungen ausgerichtete therapeutische Versorgung ein. Grundlegend hierfür ist eine vollständig hochschulische Ausbildung (Vollakademisierung)¹ in der Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Physiotherapie, die hinreichend auf das evidenzbasierte Vorgehen in der Therapie vorbereitet und anschlussfähig ist an den internationalen therapiewissenschaftlichen Entwicklungsstand der einzelnen Disziplinen.

¹ Nähere Ausführungen dazu finden sich in dem Strategiepapier von HVG & VAST (2018), das seitens der Berufs- und Schulverbände mitgezeichnet wurde.

Patient*innen haben in Deutschland das Recht auf eine „dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung“ (...) in der fachlich gebotenen Qualität“ (§ 70 SGB V). Dieser Qualitätsanspruch kann nicht durch die historisch gewachsenen deutschen Versorgungs- und Ausbildungsverhältnisse eingeschränkt werden. Im Gegenteil: In allen Ländern der EU, außer in Deutschland, ist die hochschulische Ausbildung und vollständige disziplinäre Entwicklung Standard und sind die Therapeut*innen somit in der Lage, Patient*innen selbstständig, eigenverantwortlich und orientiert am aktuellen Wissens- und Forschungsstand zu versorgen.

Darüber hinaus steigt durch eine hochschulische Ausbildung die Attraktivität des Berufes und es ergeben sich Möglichkeiten zur Entlastung der Ärzteschaft und der Vermeidung von Doppelstrukturen und -leistungen.

In der jetzt anstehenden Novellierung der Berufsgesetze ist daher der Übergang von der derzeit berufsfachschulischen Ausbildung zur vollständig hochschulischen Ausbildung rechtlich zu vollziehen.

Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf die drei Berufsgruppen Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Physiotherapie. Auch für Diätassistent*innen existieren bereits ausbildungsintegrierende und additive Studiengänge. Der HVG unterstützt die Diätetik ausdrücklich in ihrem Bestreben, ein Hochschulstudium als reguläre Form der Berufsausbildung zu etablieren.

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 die Vollakademisierung rechtlich bindend zu regeln. Da es sich bei den berufsqualifizierenden Studiengängen um Bachelorstudiengänge handelt, sind die zu erwerbenden Qualifikationen und Kompetenzen auf dem DQR-Niveau 6 zu formulieren (die fachschulische Ausbildung ist dem DQR-Niveau 4 zugeordnet).

Der HVG hat für die drei Berufe der Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Physiotherapie einen übergreifenden Fachqualifikationsrahmen entwickelt, der die jeweiligen Kompetenzen auf den DQR-Niveaus 6 (Bachelor), 7 (Master) und 8 (Promotion) beschreibt (HVG 2014). Die hochschulische Ausbildung sollte durch berufsqualifizierende, auch

primärqualifizierend genannte Bachelor-Studiengänge (PQS) in einem Umfang von mind. 210 ECTS resp. 7 Semestern erfolgen (HVG 2018).

Die Transformation der derzeit vorrangig berufsfachschulischen Ausbildung in eine vollständig hochschulische wird voraussichtlich eine Übergangszeit von 10-15 Jahren benötigen (HVG & VAST 2018). Ggf. sind entsprechende Fristen und Übergangsregelungen in den Berufsgesetzen festzulegen.

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?

Durch die Vollakademisierung werden die Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und die Physiotherapie zu akademischen Heilberufen. Die Zulassung zu akademischen Heilberufen erfolgt in Deutschland in der Regel durch eine Approbationsordnung, die vom Bundesgesundheitsministerium auf Grundlage der entsprechenden Bundesgesetze erlassen wird und bundeseinheitlich die Ausbildung regelt, 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. Voraussetzung der Approbation sind im jeweiligen Berufsgesetz zu regeln. Hochschulen müssen eigene Prüfungsordnungen für die hochschulische Ausbildung erlassen, i.d.R. ergänzt durch Studienordnungen. Diese orientieren sich an der jeweiligen Approbationsordnung.

Angesichts des erwähnten Transformationszeitraums von 10-15 Jahren kann eine Modernisierung der derzeit gültigen APrVen dennoch 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.
- Umfang und Inhalte der praktischen hochschulischen Ausbildung müssen an den Versorgungsstrukturen und -bedarfen orientiert 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 Berufsgesetze enthalten keine adäquat formulierten und aktuellen Ausbildungsziele. Qualifikationsziele wären, präzisiert für die jeweilige Berufsgruppe, wie folgt zu fassen: Das Studium vermittelt die fachlichen (Wissen und Fertigkeiten) und personalen (Sozialkompetenz und Selbstständigkeit) Kompetenzen, die für die selbständige, eigenverantwortliche und umfassende ergotherapeutische | logopädische/sprachtherapeutische | physiotherapeutische Tätigkeit im klinischen sowie und ambulanten Bereich erforderlich sind.

Dies sind im Einzelnen:

- das wissenschaftsbasierte Planen und Durchführen/Steuern, Evaluieren und Dokumentieren hochkomplexer Betreuungsprozesse,
- Maßnahmen der Prävention,
- das selbstständige Erschließen von berufsrelevanten Forschungserkenntnissen sowie
- die Kompetenz zu interprofessioneller Kooperation.

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?

Der HVG würde es befürworten, wenn die (im EU-Ausland unüblichen) heutigen Zertifikatspositionen zunächst auf Relevanz und Evidenzbasierung geprüft und auf den notwendigen Umfang reduziert würden.

Die dann noch als notwendig erachteten Kompetenzen, die derzeit außerhalb von berufsfachschulischer Ausbildung und Studium vermittelt werden, sollen in das zukünftige Curriculum des Regel-Physiotherapiestudiums integriert werden. Nicht akzeptabel sind langwierige und teure 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.

Für Absolvent*innen des mittleren Bildungswegs gibt es schon heute in einigen Bundesländern die Fachoberschule Gesundheit, die mit einem spezifischen Profil die Hochschulzugangsberechtigung möglich macht. Somit ist auch in Zukunft für den zunächst mittleren Bildungsweg eine profilgerechte Weiterentwicklung in die hochschulischen Ausbildungsbereiche der Therapie möglich.

In der aktuellen Situation ist die Durchlässigkeit zwischen berufsfachschulischer Ausbildung und Studium ohnehin gegeben. Die bestehenden länderspezifischen hochschulrechtlichen Regelungen zum Hochschulzugang für beruflich qualifizierte Bewerber*innen ermöglichen den Übergang in additive und auch ausbildungsintegrierende Studiengänge. Dies kann und sollte so lange durch entsprechende ausbildungsintegrierende und additive Studienangebote aufrechterhalten werden, bis alle berufsfachschulischen durch hochschulische Ausbildungsplätze ersetzt 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 7. und 8.

Der HVG spricht sich dann für ein gemeinsames Heilberufe-Gesetz aus, wenn die Berufsdifferenzierung aufrechterhalten bleibt. In dem angedachten Gesetz wäre es förderlich, für die Berufsgruppen gleichartige Strukturen zu schaffen, die dann über entsprechende Verordnungen für die einzelne Berufsgruppe spezifiziert werden.

Die Umsetzung eines allgemeinen Heilberufe-Gesetz birgt gleichzeitig Risiken, die unbedingt vermieden werden müssen: 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/Sprachtherapie und Physiotherapie individualisiert und evidenzbasiert angewendet werden. Komplexe Behandlungsfälle sind nicht auf wenige (multiprofessionelle) Arbeitsfelder beschränkt, sondern in der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung ubiquitär. Die Versorgung von Patient*innen ist u. a. aufgrund von zunehmender Multimorbidität, kurzen Liegezeiten, Sektorenübergängen und alternativen Versorgungsformen komplex und interdisziplinär zu gestalten. Nur von wissenschaftlich ausgebildeten Therapeut*innen kann der internationale Bestand an wissenschaftlichem und forschungsbasiertem Grundlagen-, Theorie- und Praxis-/Interventionswissen zum Wohle aller Patient*innen rezipiert, individuell angewendet und weiterentwickelt werden. Ebenso wie das Medizinstudium bilden die Therapie-Studiengänge wissenschaftlich und praktisch zu einem selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Handeln aus.

Berufsfachschulen sind aufgrund ihres Auftrags 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 verkürzt wiedergegebenen Kompetenzfelder sind im Fachqualifikationsrahmen des HVG (2014) weiter ausgeführt:

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?

Laut Wissenschaftsrat (2018) dient die Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen 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 Gesundheitsprofessionen in der Lage sind gemeinsam nach den besten Lösungen für Patient*innen zu suchen und dabei immer auch die Expertise der anderen Berufsgruppen im Blick haben.

Ein Vorzug 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 Grundvoraussetzung für interprofessionelles Lernen, auch Interprofessional Education, kurz IPE genannt gegeben.

IPE wird nicht allein dadurch ermöglicht, dass unterschiedliche Berufsgruppen in ein und derselben Lehrveranstaltung zusammenkommen, sondern insb. dadurch, dass sie gemeinsam an einem Fall (Patient*innen, 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 die interprofessionellen, sektorenübergreifenden Versorgungsformen.

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

Die Verantwortung des Staates für die Gesundheitsversorgung seiner Bürger*innen legt es nahe, dass nur diejenige Berufsgruppe, die nach gesetzlichen Vorgaben für eine bestimmte Tätigkeit ausgebildet wurde, diese auch ausüben darf.

Vorbehaltsaufgaben für die Therapeut*innen sind – spezifisch für die jeweilige Berufsgruppe – wie folgt:

- 1) die Durchführung der ergotherapeutischen | logopädischen/ sprachtherapeutischen | physiotherapeutischen Befundung und Diagnostik
- 2) die Feststellung des Ergotherapie- | Logopädie-/Sprachtherapie | Physiotherapie-Bedarfs
- 3) die Planung ergotherapeutischer | logopädischer/ sprachtherapeutischer | physiotherapeutischer Interventionen auf der Grundlage der durchgeführten Befundung/Diagnostik und unter Berücksichtigung medizinischer Befunde
- 4) die Durchführung ergotherapeutischer | logopädischer/ sprachtherapeutischer | physiotherapeutischer Interventionen und
- 5) die Analyse, Evaluation und Sicherung der Qualität von ergotherapeutischen | logopädischen/ sprachtherapeutischen | 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 Entwicklung von den sogenannten „Heilhilfsberufen“ hin zu Therapieberufen mit hochspezialisiertem Interventionswissen und -können ist längst vollzogen. In der ambulanten Versorgungspraxis ist eine selbstständige therapeutische Befundung, Therapieplanung und -durchführung faktisch seit Langem etabliert. Der Gesetzgeber hat mit der Einführung der Blanko-Verordnung im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) einen ersten richtigen Schritt in Richtung Handlungsautonomie der Therapeut*innen vollzogen.

Die geplante Novellierung der Berufsgesetze sollte diesen Weg konsequent weitergehen und eine selbstständige 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. Hierbei kann auf Forschungsergebnisse zurückgegriffen werden, die sowohl die Sicherheit der Einführung eines Direktzugangs als auch die positiven ökonomischen Folgen belegen (z.B. Piscitelli et al. 2018). Eine Entlastung von Ärzt*innen ist zudem durch die Verordnung von aus ergotherapeutischen, logopädisch/sprachtherapeutischen und physiotherapeutischen Gesichtspunkten erforderlichen Hilfsmitteln sinnvoll.

Eine tatsächliche *evidenzbasierte Praxis* erschöpft sich nicht in dem generellen Ausschluss nachweislich unwirksamer Therapiemaßnahmen, sondern besteht in der patienten-/fallbezogenen Berücksichtigung der besten verfügbaren externen Evidenz aus aktuellen Forschungsergebnissen, der eigenen therapeutischen Expertise und Erfahrung und der Werte und Präferenzen der jeweiligen Patient*innen. Die so verstandene evidenzbasierte Praxis setzt sowohl eine entsprechende Kompetenzerweiterung als auch eine entsprechende Handlungsautonomie voraus.

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.

Der Direktzugang, die evidenzbasierte Praxis und die Arbeit in stärker kooperativ organisierten und komplexen Versorgungsfeldern erfordern Kompetenzerweiterungen, die nicht im Rahmen berufsfachschulischer Ausbildungen, sondern nur in hochschulischen Ausbildungen vermittelt werden können.

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 eines individualisierten Therapieprozesses nicht sinnvoll (HVG & VAST 2018). Die akademische Ausbildung einer kleinen Teilgruppe, wie durch das aktuelle Pflegeberufegesetz vorgesehen, ist nicht auf die Arbeitsaufgaben und -strukturen der Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Physiotherapie übertragbar. 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. Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Physiotherapie sind berufliche Tätigkeiten, die die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse und wissenschaftlicher Methoden erfordern.

In der Physiotherapie wären Assistenzberufe mit anderer Bezeichnung und anderer Ausbildung, z.B. Masseur, möglich. Diese könnten weiterhin auf DQR-Niveau 4 und an Berufsfachschulen angesiedelt bleiben und Schulabsolvent*innen mit mittleren Abschlüssen offen stehen.

IV) Akademisierung

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

Der HVG tritt u.a. für eine qualitativ hochwertige, auf sich verändernde Bedarfe und Anforderungen ausgerichtete Versorgung mit Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Physiotherapie ein. Grundlegend hierfür ist eine vollständig hochschulische Ausbildung (Vollakademisierung) der Berufsangehörigen (HVG 2019). Die Zielsetzung, die Gründe und die Wege dorthin sind in dem Strategiepapier von HVG und VAST (2018) ausführlich dargelegt.

Die hochschulische Ausbildung sollte durch berufsqualifizierende, auch primärqualifizierend genannte Bachelor-Studiengänge (PQS) in einem Umfang von mind. 210 ECTS resp. 7 Semestern erfolgen (HVG 2018). 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 (HRK 2017).

Der Übergang von dem derzeitigen schuldominierten zu dem vollständig hochschulischen Ausbildungssystem muss jedoch gefördert und gestaltet werden. Um den Transformationsprozess zu bewerkstelligen, sind die Hochschulen gefragt, in den nächsten Jahren mit den Berufsfachschulen Kooperationen einzugehen, um die Ausbildungskapazitäten kurz- und mittelfristig erweitern und das Lehrpersonal der Schulen adäquat integrieren zu können. Andererseits ist die Politik gefragt, die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu setzen, die den Transformationsprozess von der schulischen 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 schulischer und hochschulischer Ausbildung muss durch eine flächendeckende hochschulische Ausbildung abgelöst werden. Diese politische

Weichenstellung ist entscheidend, um die Qualität und Attraktivität der Ausbildung zu steigern, die bestehenden Engpässe am Arbeitsmarkt nachhaltig zu überwinden und eine angemessene Patient*innenversorgung zu gewährleisten und kontinuierlich zu verbessern.

Primärqualifizierende Studiengänge bilden in Theorie und Praxis für die unmittelbare Tätigkeit mit Patient*innen aus. Wissenschaftlich qualifizierte Therapeut*innen sind in der Lage zu diagnostizieren und effektive Interventionen auszuwählen, umzusetzen, anzupassen und zu evaluieren.

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

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 (vgl. HVG 2016).

Schließlich wird durch eine Vollakademisierung ein 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 die Berufsattraktivität angehoben.

3. Welche Nachteile sehen Sie in einer Vollakademisierung?

Der HVG sieht keine Nachteile in der Vollakademisierung, sondern im Gegenteil, wie bereits ausgeführt, vielfältige Vorteile für die Qualität der Patient*innenversorgung und die Attraktivität der Berufe.

4. Welche Vorteile sehen Sie in einer Teilakademisierung?

Die Teilakademisierung hat gegenüber der Vollakademisierung keine Vorteile. Die akademische Ausbildung lediglich für eine kleine Teilgruppe vorzusehen, ist für die Therapieberufe, deren Arbeitsaufgaben und -strukturen nicht teilbar sind, nicht angemessen (HVG & VAST 2018).

5. Welche Nachteile sehen Sie in einer Teilakademisierung?

Eine Teilakademisierung ist versorgungs- und bildungspolitisch nicht zu begründen. Das Ziel der Vollakademisierung muss im Berufsgesetz verankert werden, um eine Richtschnur für das politische Handeln in den nächsten Jahren 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 bleibt; Bund und Länder müssten über Jahre und Jahrzehnte hinweg in beide Strukturen investieren.

Weitere Nachteile einer Teilakademisierung werden vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen hier nur stichwortartig wiedergegeben: 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. Aus Sicht des HVG gibt es keine Anforderungen der praktischen Ausbildung, die von den Hochschulen nicht erfüllt werden könnten.

Vielmehr ist die praktische Ausbildung gerade auch mit Patient*innen ein fester Bestandteil des Hochschulstudiums und kann - wie in der Modellphase der primärqualifizierenden Studiengänge belegt werden konnte - erfolgreich unter der Ägide von Hochschulen durchgeführt werden. Die Hochschulen sind in der Lage Kooperationsverträge mit

Praxiseinrichtungen zu schließen, die 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 disziplinierte 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. Niemand würde einem Arzt oder einer Ärztin Patienten- und Praxisferne unterstellen, weil die medizinische Ausbildung an einer Universität stattfand.

Aufgrund der Kombination der beiden Lernorte Hochschule und Praxiseinrichtung werden primärqualifizierende Studiengänge in jüngerer Zeit auch als 'duale Studiengänge' bezeichnet. Diese Bezeichnung kann zu Missverständnissen führen, weil in den primärqualifizierenden Studiengängen die Hochschule die Verantwortung für die am Lernort Praxiseinrichtung stattfindende praktische Ausbildung hat. Eine Zweiteilung der curricularen Verantwortung, die für das duale Ausbildungssystem in den Branchen außerhalb des Gesundheitswesens sinnvoll sein mag, ist für die Therapieberufe nicht angemessen. Zudem ist eine wissenschaftlich-disziplinäre Weiterentwicklung der Therapieberufe im Kontext von dualen Studiengängen mit geteilter Ausbildungsverantwortung nur schwer möglich (HRK 2019).

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

Der HVG kann hierzu wiederum auf die Ausführungen im Strategiepapier verweisen (HVG & VAST 2018). Die Diskussion um das Ausbildungsniveau der Therapieberufe wird derzeit von dem Thema 'Fachkräftemangel' dominiert. Ausbildungsvergütung und Schulgeldfreiheit werden dabei vielfach als wirksames Mittel gegen 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 % (HVG & VAST 2018), 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 Weiterentwicklungs- 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. Eine Reform der berufsfachschulischen Ausbildung ist daher nicht der richtige Weg, sie kann lediglich für die Übergangsphase zur Vollakademisierung von geschätzt 10 – 15 Jahren nützlich sein.

Für eine Übergangszeit sollte dem Problem des Ausschlusses der mittleren Bildungsabschlüsse (“kurzfristige Verschärfung des Fachkräftemangels”) auch dadurch begegnet werden, dass die “kombinierten” Studiengänge und damit die in Kooperationsmodelle eingebundenen Berufsfachschulen so lange erhalten bleiben, wie der Fachkräftemangel besteht, also über die angenommene Übergangszeit von 10 – 15 Jahren hinaus. Junge Menschen ohne Abitur können dann – auf der Basis der bereits bestehenden Länderregelungen zum Hochschulzugang für beruflich Qualifizierte – ein additives Studium an ihre Ausbildung anschließen und einen Hochschulabschluss erreichen.

Diese positiven Effekte einer Vollakademisierung kommen jedoch nur zur Geltung, wenn ihre Umsetzung durch gesetzgeberische Maßnahmen unterstützt wird. 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 (HHVG 2016, TSVG 2019). 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, dem zunehmenden, 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, lehnt der HVG eine Teilakademisierung und damit unterschiedliche Qualifikationsniveaus in ein und demselben Beruf ab. Alle Therapeut*innen

sollen auf dem gleichen hochschulischen Niveau ausgebildet werden und daher auch in den gleichen Berufsfeldern einsetzbar sein. Die Patient*innenbehandlung soll bundesweit und flächendeckend auf einem gleich hohen Niveau erfolgen.

Befragungen von Studienabsolvent*innen haben belegt, dass die Therapeut*innen mit Studienabschluss zu 80-100 % genau in dem Bereich arbeiten, für den sie ausgebildet sind, nämlich in der direkten Patient*innenversorgung. 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 berufsfachschulisch 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 hochschulischen Ausbildung, wie sie in allen EU Ländern Standard ist, wider Erwarten in Deutschland keine Mehrheit finden, sollten Hochschulabsolvent*innen insbesondere in komplexen, multiprofessionell organisierten Versorgungsbereichen tätig werden und entsprechend dotierte Beschäftigungsverhältnisse 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.

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 die Übergangszeit von ca. 10-15 Jahren sinnvoll, die nötig ist, um die Vollakademisierung zu implementieren (HVG & VAST 2018). In dieser Übergangszeit sind Kooperations- und Integrationsmodelle zu entwickeln, 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 werden je nach Bundesland unterschiedliche Möglichkeiten zur Verfügung stehen bzw. müssten entwickelt werden.

Damit das Lehrpersonal der Berufsfachschulen auch in der hochschulischen Berufsausbildung (in der Übergangszeit und auf Dauer) eingesetzt werden kann, sollten die Mindestanforderungen ein berufsbezogenes Bachelorstudium und ein pädagogisches, 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 Lehrpersonals 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 eine Voraussetzung für die Berufung. Je nach Aufgabengebiet sollte dies auch für Lehrbeauftragte gelten.

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

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?

Der HVG ist sich bewusst, dass das Ziel der Vollakademisierung nicht von heute auf morgen zu erreichen ist. Es braucht Meilensteine und Leitlinien für den Transformationsprozess. In dem Strategiepapier von HVG und VAST (2018) sind Empfehlungen für die Gestaltung des Übergangs enthalten. Im Mittelpunkt steht der Vorschlag, die bestehenden Studiengänge, die die berufsfachschulische Ausbildung z.T. integrieren und/oder additiv auf einer berufsfachschulischen Ausbildung aufsetzen, in primärqualifizierende Studiengänge zu überführen. Das würde bedeuten, dass die Kooperationen, die zwischen Hochschulen und Berufsfachschulen bestehen, ähnlich wie in dem Gesetzesentwurf für die Hebammenausbildung vorgesehen - in der Übergangsphase intensiviert werden und dass das Lehrpersonal und die an den Berufsfachschulen vorhandenen Räumlichkeiten, Sachmittel und Kooperationsbeziehungen zu Praxiseinrichtungen soweit möglich an die 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.

Im Strategiepapier von HVG und VAST (2018) ist ausgeführt, dass bereits ein hoher Prozentanteil der Lehrenden an den Berufsfachschulen wissenschaftlich qualifiziert ist. Einige Bundesländer fordern bereits einen einschlägigen Hochschulabschluss. In der Logopädie/Sprachtherapie liegt der Anteil derzeit bei über 70%. Der Anteil der hochschulisch qualifizierten Lehrenden an Berufsfachschulen steigt, 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)

Das Ziel der 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 sieht der HVG keine Personalengpässe, da hier die an den Berufsfachschulen vorhandenen Personalkapazitäten im Rahmen des Transformationsprozesses eingesetzt werden können.

Auf der Ebene der Hochschullehrer*innen sieht die Situation in den drei Berufen derzeit unterschiedlich aus. In der Logopädie/Sprachtherapie 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 mittelfristig 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 personell abgesichert werden kann.

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. Beispielsweise erhalten Praxisanleiter*innen in Großbritannien eine finanzielle Vergütung für ihre Ausbildungstätigkeit.

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

Der HVG 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?

Auch hierzu kann auf das Strategiepapier von HVG und VAST (2018) verwiesen 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 der HVG die Vollakademisierung anstrebt, 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.

Der HVG spricht sich 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 eine vollständige Verantwortung der Hochschule für die theoretische und praktische Ausbildung, nur so kann eine enge Verzahnung der theoretischen und praktischen Inhalte erreicht werden (HRK 2017). 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 des HVG vollumfassend nicht in dualen, sondern nur in primärqualifizierenden Studiengängen. Eine Ausbildungsvergütung ist aus Sicht des HVG nicht mit einer primärqualifizierenden Ausbildung zu vereinbaren, da die Studierenden nicht als Arbeitskräfte in der kooperierenden Praxiseinrichtung integriert werden sollten. Ein Vertragsabschluss zwischen Krankenhaus und Studierenden erschwert zudem den notwendigen Einsatz in einem breiten Spektrum ambulanter und stationärer Settings.

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

Darmann-Finck, I. et al. (2015): „Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW“, Abschlussbericht Dezember 2014

<https://www.mags.nrw/suche?searchtext=Evaluation%20Modellstudieng%C3%A4nge&area=mais&datefrom=&dateto=&site=&num=10&sort=rel&start=2>

HHVG (Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung, Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz) (2017). BGBl 2017 Teil I Nr. 19, 10. April 2017, S. 778ff.

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s0778.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s0778.pdf%27%5D_1561026461821

HRK (Hochschulrektorenkonferenz) (2017): Primärqualifizierende Studiengänge in den Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaften. Entschließung am 14. November 2017.

https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-01-Beschluesse/Entschliessung_Primaerqualifizierende_Studiengaenge_14112017.pdf

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 (Hochschulverbund für Gesundheitsfachberufe) (2016): Hochschulstudium in den Gesundheitsfachberufen Vom Modell zum regulären Bildungsangebot. https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de//wp-content/uploads/2016/06/Online_Forderungspapier_Hochschulstudium_Gesundheitsfachberufe.pdf

HVG (Hochschulverbund für Gesundheitsfachberufe) (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

HVG (Hochschulverbund für Gesundheitsfachberufe) (2019): Pressemitteilung: Eine zukunftsfähige Reform der Berufsgesetze der Therapiefachberufe basiert auf einer Hochschulausbildung.

https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/HVG_PM-BerufsgesetzeAkademisierung_final_mB.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/>

Piscitelli, D., Furmanek, M. P., Meroni, R., De Caro, W., & Pellicciari, L. (2018). Direct access in physical therapy: A systematic review. *La Clinica Terapeutica*, 169(5), e249–e260.

<https://doi.org/10.7417/CT.2018.2087>

TSVG (Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung) (2019). BGBl 2019 Teil I Nr. 18, 10. Mai 2019, S. 646ff.

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s0778.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s0778.pdf%27%5D_1561026461821

Wissenschaftsrat (WR) (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen.

www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf

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>