

Notwendigkeit und Umsetzung einer vollständig hochschulischen Ausbildung in den Therapieberufen (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie) - Strategiepapier

Vorgelegt vom Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (HVG) - ein Zusammenschluss von 38 Hochschulen mit Therapiestudiengängen und 18 Berufsfachschulen, die in Kooperation mit Hochschulen Studiengänge mitgestalten - sowie VAST (Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen) in dem derzeit 5 Schul- bzw. Lehrerverbände organisiert sind.

Zusammenfassung

Der Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG) und VAST als Dachverbund der therapeutischen Schul- bzw. Lehrerverbände setzen sich gemeinsam mit den Berufsverbänden für eine an den zukünftigen Anforderungen einer hochwertigen Patient*innenversorgung orientierten Ausbildung in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie ein. Dazu bedarf es einer grundlegenden Ausbildungsreform. In diesem Strategiepapier werden die Notwendigkeit und die Machbarkeit einer vollumfänglich hochschulischen Ausbildung in Form von primärqualifizierenden Studiengängen dargelegt:

- **Vollständig hochschulisch für die therapeutischen Tätigkeiten ausbilden:** 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 die Patientenversorgung kontinuierlich zu verbessern. Primärqualifizierende Studiengänge bilden in Theorie und Praxis für die unmittelbare Tätigkeit an Patient*innen aus.
- **Alle Berufsangehörigen wissenschaftlich qualifizieren:** Fachschulen sind aufgrund ihres Auftrags und ihrer Strukturen keine Institutionen, an denen wissenschaftlich reflektierende Praktiker*innen ausgebildet werden können. Evidenzbasierte Diagnostik und Intervention, die komplexen Versorgungsbedarfen gerecht werden, erfordert eine wissenschaftliche Qualifikation aller Berufsangehörigen auf Bachelor-Niveau EQR/DQR 6. HVG und VAST sprechen sich für die überfällige Angleichung an den europaweiten Ausbildungsstandard und damit für eine vollständig hochschulische Ausbildung aus, eine Teilakademisierung wird abgelehnt. Nur an Hochschulen, nicht an Schulen können sich Wissenschaft und Forschung entwickeln. Das Nebeneinander von schulischer und hochschulischer Ausbildung muss beendet werden, es stellt ein

Hemmnis für die Weiterentwicklung der Ausbildung und der Patient*innenversorgung dar.

- **Therapeutische Kompetenzen in den Berufsgesetzen verankern:** Wissenschaftlich qualifizierte Therapeut*innen sind in der Lage zu diagnostizieren und effektive Interventionen auszuwählen, umzusetzen, anzupassen und zu evaluieren. Um diese Kompetenzen zum Wohle der Patienten einsetzen zu können, müssen entsprechende Ausbildungsziele und Aufgabenbeschreibungen gesetzlich verankert werden. Eine die berufliche Eigenverantwortung unterstreichende Kompetenzbeschreibung, die auch die Fähigkeit zu interprofessioneller Kooperation einschließt, ist grundlegend für eine hohe Versorgungsqualität.
- **Umbau der Ausbildungsstrukturen innerhalb von 10-15 Jahre realisieren:** In einem sukzessiven Transformationsprozess können die erforderlichen Studienkapazitäten für eine flächendeckend hochschulische Ausbildung in den Fachrichtungen Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie erreicht werden. Derzeit sind 30 primärqualifizierende sowie 75 weitere, anders gestaltete Therapiestudiengänge erfolgreich etabliert. Der Ausbau der vorhandenen primärqualifizierenden Kapazitäten sowie der Aus- und Umbau der weiteren Studiengänge bieten sehr gute Voraussetzungen für die erforderliche Ausbildungsreform. Werden diese vorhandenen Potentiale ausgeschöpft, müssen nach Schätzungen von HVG und VAST durchschnittlich 8 primärqualifizierende Studiengänge pro Bundesland neu eingerichtet werden. Verteilt auf 10 Jahre sind das 0,8 pro Jahr. Selbstverständlich sind dabei die unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedarfe der Bundesländer zu berücksichtigen. Als Träger der Reform sind sowohl die Länder als auch der Bund angesprochen.
- **Fachschulen aktiv einbinden und geeignete Übergangsregelungen schaffen:** Von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Transformation ist die aktive Einbindung der Fachschullehrer*innen (fachliche Expertise) und der Fachschulen (Kooperationsbeziehungen mit Praxiseinrichtungen und Hochschulen) in den Veränderungsprozess. Diese Einbindung wird durch den derzeit bereits hohen Anteil akademisch qualifizierter Fachschullehrer*innen unterstützt. Der Übergang zu einer vollständigen hochschulischen Ausbildung erfordert geeignete Regelungen für fachschulisch ausgebildete Fachschullehrer*innen und praktisch tätige Therapeut*innen. Hier ist innerhalb von 10 - 15 Jahren z.B. eine verkürzte akademische Nachqualifikation (Beispiel Schweiz) oder eine Anerkennung von Ausbildung und Berufserfahrung als hochschulisch äquivalent (Beispiel Österreich) denkbar. Der Übergang in das hochschulische Ausbildungssystem muss gesetzlich eingeleitet und begleitet werden, für die Einrichtung und Finanzierung der primärqualifizierenden Studiengänge sind die Länder zuständig. In Übereinstimmung mit dem Wissenschaftsrat und der Hochschulrektorenkonferenz ist zu fordern, dass die neuen Studiengänge hauptsächlich an staatlichen Hochschulen eingerichtet werden, um die Therapiewissenschaften in Lehre und Forschung in ein breites Fächerspektrum einbetten zu können.

Inhalt	Seite
Präambel	
1. Der Beitrag der Hochschulen zu einer zukunftsfähigen, evidenzbasierten Patient*innenversorgung	5
2. Die derzeitige Situation im Ausbildungssystem	8
3. In der EU ist die hochschulische Ausbildung Standard	10
4. Das Nebeneinander von schulischer und hochschulischer Ausbildung als Hemmnis für die Weiterentwicklung der Therapieberufe	11
5. Entwicklungstrends am Arbeitsmarkt	12
6. Ziele und Wege einer vollständig hochschulischen Ausbildung der Therapieberufe	13
7. Der geschätzte Zusatzbedarf an primärqualifizierenden Studiengängen	14
8. Rechtliche und finanzielle Aspekte der Umstellung auf eine vollständige hochschulische Ausbildung	17
Tabellen und Grafiken	20
Literatur	28
Berufsgesetze und Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen	34
Unterstützende Verbände	35

Präambel

Die Bundesregierung hat sich im Koalitionsvertrag vom März 2018 das Ziel gesetzt, „... hoch motivierten und hervorragend ausgebildeten Nachwuchs für die Gesundheitsberufe zu gewinnen“ (BReg 2018, S. 100). Dafür will die Regierung attraktive Ausbildungsmöglichkeiten schaffen und „die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe im Rahmen eines Gesamtkonzepts neu ordnen und stärken“ (ebd.).

Der Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V., der insbesondere die Hochschulen mit Studiengängen für die Therapieberufe vertritt, und VAST als Dachverbund der therapeutischen Schul- und Lehrerverbände der Physiotherapie (VLL), Ergotherapie (VDES), Logopädie (BDSL) sowie der Diätassistenz (BALD) und Podologie (VLLP) setzen sich gemeinsam mit den Berufsverbänden und dem Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) für eine vollständige hochschulische Berufsausbildung in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie Tätigen ein (vgl. SHV u.a. 2017). Das Nebeneinander von schulischer und hochschulischer Ausbildung soll beendet und durch eine ausschließlich hochschulische Ausbildung abgelöst werden. Auf diese Weise können die o.g. Ausbildungsziele der Bundesregierung für die Therapieberufe umgesetzt werden. Die Verbände sind der Überzeugung, dass damit nicht nur die Qualität und Attraktivität der Ausbildung gesteigert, sondern auch die Patient*innenversorgung verbessert und die bestehenden Engpässe am Arbeitsmarkt überwunden werden können.

In dem vorliegenden Konzeptpapier werden die Ziele der Ausbildungsreform und Strategien für die Überführung der berufsfachschulischen in eine hochschulische Ausbildung der Therapieberufe dargelegt. Die Herausforderungen, vor denen das gesamte Gesundheitswesen steht, wie die steigende Zahl alter und hochbetagter und damit auch multimorbider, chronisch kranker Menschen, die Zunahme psychischer und neurologischer Erkrankungen, die Digitalisierung der Kommunikations- und Versorgungsstrukturen und die Rationalisierung der Behandlungsabläufe, erfordern mehr und andere Kompetenzen und somit auch veränderte Ausbildungsstrukturen in den Therapieberufen.

Nicht nur der Koalitionsvertrag (BReg 2018) und die dort formulierten Ziele, auch die im Bundestag im Jahr 2021 zu treffende Entscheidung über die Einführung primärqualifizierende Studiengänge als reguläres Studienangebot (PSG III 2016) und die anstehende Reform der Berufsgesetze stellen den aktuellen politischen Hintergrund des hier vorgelegten Konzeptpapiers dar. Nach dem Grundgesetz (GG, Art. 2) hat der Staat für die Gesundheit der Bevölkerung eine besondere Fürsorgepflicht, die sich sowohl in der zukunftsorientierten Gestaltung der Ausbildung und Kooperation der Gesundheitsfachberufe als auch in der berufsbezogenen, therapiespezifischen Forschung niederschlägt bzw. niederschlagen sollte.

Um die möglichen Wege hin zu einer vollständigen Akademisierung aufzuzeigen, wird zunächst die derzeitige Situation im Ausbildungs- und Beschäftigungssystem beschrieben und der Veränderungsbedarf aufgezeigt. Anschließend wird dargelegt, auf welchen Wegen die vollständige hochschulische Ausbildung in Form von primärqualifizierenden Studiengängen-

wie sie in allen anderen EU-Ländern seit langem verwirklicht ist - auch in Deutschland erreicht werden kann.

Dabei fokussiert das vorliegende Konzeptpapier die Ausgangssituation und den Entwicklungsbedarf in den drei Berufsgruppen Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Auch für Diätassistent*innen existieren bereits ausbildungsintegrierende und additive Studiengänge und ein Hochschulstudium als reguläre Form der Berufsausbildung wird vergleichbar angestrebt (Buchholz/Ohlrich/Valentini 2015).

Die im Text genannten Tabellen und Grafiken finden sich im Anhang. Im Sinne der Einheitlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Quellen wurden die hier verwendeten Daten soweit möglich den von der öffentlichen Hand (Bundes- und Landesebene) erstellten, allgemein zugänglichen Statistiken entnommen.

1 Der Beitrag der Hochschulen zu einer zukunftsfähigen, evidenzbasierten Patient*innenversorgung

Die Diskussion um eine Neuverteilung der Aufgaben im Gesundheitswesen und die damit einhergehende Neuordnung der Ausbildungswege ist nicht erst in den Koalitionsverhandlungen aufgekommen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat diese Diskussion mit seinem Gutachten aus dem Jahr 2007 (SVR 2007) angestoßen und die Robert Bosch Stiftung hat das Thema in verschiedenen Veranstaltungen und in einem Memorandum (RBS 2011) fortgeführt. Von Seiten des Wissenschaftsrates (WR) wurde die Thematik aus wissenschaftlicher Perspektive aufgegriffen und in „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ aus dem Jahr 2012 festgehalten (WR 2012). Im Jahr 2017 hat sich die Hochschulrektorenkonferenz (HRK) den Empfehlungen des Wissenschaftsrates zum Auf- und Ausbau berufsqualifizierender Studiengänge weitgehend angeschlossen. Die HRK begründet diese Forderung in Übereinstimmung mit dem Wissenschaftsrat damit, dass „tiefgreifende Veränderungen in Gesellschaft und Gesundheitswesen (...) zunehmend höhere Anforderungen an die Qualifizierung im Gesundheitswesen (stellen). Dies macht für einen für das Gesundheitssystem relevanten Teil der in den Gesundheitsfachberufen Tätigen eine hochschulische Ausbildung in primärqualifizierenden Studiengängen erforderlich“ (HRK 2017, S. 1).

In §135a SGB V wird der Einsatz evidenzbasierter Behandlungsmethoden gefordert. Die für die Therapie maßgeblichen Leistungen müssten daher laufend den wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst werden. Die unzureichende Evidenzlage ist auch wiederholt in den Heilmittelreports der Krankenkassen beklagt worden (vgl. u.a. BARMER 2015). Dafür – wie auch für die Entwicklung von therapeutischen Leitlinien – sind wissenschaftliche Erkenntnisse erforderlich, die nur an Hochschulen generiert werden können. Derzeit wird der Erkenntnisgewinn fast ausschließlich aus ausländischen Studien erzielt, deren Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse fraglich ist.

Berufsfachschulen sind aufgrund ihres Auftrags und ihrer Strukturen keine Institutionen, an denen wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen und wissenschaftlich reflektierende

Praktiker*innen ausgebildet werden können. Ebenso können nur an Hochschulen Wissenschaft und Forschung gedeihen, können sich Bachelor- und Masterstudiengänge sowie Promotionskarrieren entwickeln, die unabdingbare Voraussetzungen für die berufsbezogene Grundlagen-, die klinische und die Versorgungsforschung und damit für eine optimale, wissenschaftlich fundierte Patient*innenversorgung sind. In den anderen Ländern der EU wird seit Jahrzehnten geforscht, Deutschland ist von dieser Entwicklung abgehängt, spielt auf internationalen Kongressen der therapeutischen Berufe nur eine randständige Rolle.

Nicht nur für die wissenschaftliche, auch für die berufspraktische Ausbildung sind die Hochschulen prädestiniert. Das zeigt sich seit Jahrzehnten in den Bereichen Medizin und Soziale Arbeit wie auch in den technischen und wirtschaftsbezogenen Studiengängen. Dass ein praxisnahes Studium auch für die Therapieberufe umsetzbar ist, haben die berufsqualifizierenden Modellstudiengänge, die seit 2010 in der Erprobung sind, bewiesen. Die Evaluationsergebnisse haben gezeigt, dass sich die notwendigen Kooperationen mit den Versorgungseinrichtungen in vergleichbarer Weise organisieren lassen wie im Schulbereich und dass die Praxisfähigkeit der Studienabsolvent*innen ohne Einschränkung gegeben ist (DBT 2016 a).

Hochschulische Strukturen ermöglichen zudem - verglichen mit den kleinen und überwiegend monodisziplinär ausgerichteten Berufsfachschulen - eine stärker interprofessionell ausgerichtete Ausbildung, die das „Einüben“ patientenzentrierter Kooperationsformen, wie das Fall-Management, erlauben. Ein Miteinander statt Nebeneinander der Therapieberufe (sowie der Ärzt*innen und der Pflegekräfte) würde erhebliche Effizienzreserven freisetzen und damit Einsparpotential bieten. Die Höhe des Einsparpotentials, die durch die Verlagerung der Ausbildung an die Hochschulen und die daraus resultierenden Gewinne an Effektivität und Effizienz im Versorgungssystem zu erwarten ist, lässt sich derzeit nicht beziffern. Dafür wäre eine fundierte Versorgungsforschung bezogen auf die Tätigkeitsgebiete der Therapeut*innen erforderlich, die aber gerade wegen der schulischen Ausbildungsstrukturen und fehlenden Hochschulanbindung lange Jahre nicht geleistet werden konnte. Zusätzlich fehlt es an Forschungsförderung, die die Forschung an den Hochschulen unterstützen könnten. (Der Innovationsfonds zur Förderung neuer Versorgungsformen wäre hierfür ein geeignetes Modell (vgl. G-BA o.J.).)

Die vollständig hochschulische Ausbildung ist auch deshalb der richtige Weg, weil wissenschaftlich qualifizierte Therapeut*innen in der Lage sind, auf der Grundlage eigener Diagnostik und Befundung eigenständig angemessene Therapiemaßnahmen auszuwählen, umzusetzen, anzupassen, zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Physiotherapeutische, logopädische und ergotherapeutische Interventionen basieren auf der Anwendung wissenschaftlicher Instrumente und Erkenntnisse auf den individuellen Fall. Die dafür notwendigen Kompetenzen setzen eine hochschulische Qualifikation voraus. Nicht zuletzt können an der Hochschule digitale Schlüsselkompetenzen vermittelt werden, denen künftig im Gesundheitswesen - Stichwort E-Health - eine hohe Bedeutung zukommen wird (BMG o.J.).

An den Hochschulen erfolgt die berufliche Ausbildung auf Bachelorniveau und damit auf der Niveaustufe 6 des DQR. Die schulische Ausbildung ist dagegen auf dem Niveau 4 angesiedelt (worden), auf der überwiegend erfahrungsbasiertes Handlungswissen vermittelt wird (BMBF 2013). An den Hochschulen gilt das Leitbild wissenschaftlich reflektierender Praktiker*innen,

die auch bei komplexen Gesundheitsproblemen wissenschaftlich fundierte Lösungen abwägen und einsetzen können. Hochschulen vermitteln zudem verstärkt Schlüsselkompetenzen für lebenslanges Lernen, die Therapeut*innen dazu befähigen, dem Wissenszuwachs in ihren beruflichen Handlungsfeldern Rechnung zu tragen und dabei insbesondere internationale theoretische und empirische Erkenntnisse zu rezipieren und auf den deutschen Praxiskontext zu übertragen.

Vor diesem Hintergrund hat sich der Wissenschaftsrat bereits im Jahr 2012 dafür ausgesprochen, das in komplexen Aufgabenbereichen der Pflege, der Therapie und der Geburtshilfe tätige Fachpersonal künftig an Hochschulen auszubilden. Die hochschulische Ausbildung soll in Form von primärqualifizierenden Studiengängen mit dem Ziel eines zur unmittelbaren Tätigkeit an Patienten*innen befähigenden Bachelor-Abschlusses erfolgen (WR 2012). Die Hochschulrektorenkonferenz hat sich dieser Empfehlung des Wissenschaftsrats im Jahre 2017 angeschlossen und betont: „Eine Akademisierung in den Gesundheitsfachberufen ist die notwendige Folge eines qualitativ veränderten, anspruchsvolleren Versorgungsbedarfs und einer komplexer werdenden Versorgungsstruktur“ (HRK 2017, S. 4). Die `Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe` (AG MTG), in der neben den therapeutischen Berufsverbänden und dem Hebammenverband auch der Verband der Orthoptiker*innen vertreten war, hatte sich bereits in den 1990er Jahren für eine `Vollakademisierung` dieser Berufsgruppen ausgesprochen.

Eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass die Hochschulabsolvent*innen entsprechend ihren wissenschaftlichen Qualifikationen in der Patient*innenversorgung eingesetzt werden können, ist, dass entsprechende Kompetenzbeschreibungen in den Berufsgesetzen verankert werden und im Praxisalltag auch tatsächlich die Möglichkeit besteht, diese Kompetenzen zum Wohle der Patienten*innen in der Versorgungspraxis einzusetzen.

Während in der Pflege traditionell Fachkräfte mit abgestuften Qualifikationsniveaus und Aufgabenbereichen ausgebildet werden und die (Teil-)Akademisierung mit dem Ruf nach ‚Eliten‘ von einer Kommission der Robert Bosch Stiftung 1992 eingeleitet wurde (RBS 1992), erscheint eine ‚Elitenbildung‘ in den Therapieberufen nicht sinnvoll. In den Therapieberufen wäre eine Aufgabendifferenzierung, z.B. zwischen Diagnostik und Umsetzung, nicht zu vertreten. Evidenzbasierte therapeutische Interventionen sind durch eine kontinuierliche Prozessdiagnostik und -evaluation auf der Basis einer individuellen Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in gekennzeichnet. Selbstverständlich gibt es - ebenso wie in der medizinischen Behandlung - organisatorische, vorbereitende oder beaufsichtigende Tätigkeiten, die delegiert werden könnten (bspw. das Bereitstellen von Übungsmaterialien oder die Vorbereitung von Anwendungen).

Während sich der Wissenschaftsrat für eine Begrenzung der hochschulischen Ausbildung auf (zunächst) 10-20% eines Ausbildungsjahrgangs (sog. Akademikerquote) ausgesprochen hat, wird eine prozentuale Grenze von der HRK als unbegründet abgelehnt (HRK 2017, S. 4). Das Ausmaß an Akademisierung und die inhaltliche Ausrichtung der Studiengänge sollte sich aus Sicht der HRK „...aus den besonderen Anforderungen der jeweiligen Berufe und den Ausbildungszielen ergeben, die mit entsprechenden Studiengängen verfolgt werden, sowie aus dem Mehrwert für die Gesellschaft, der sich aus einem optimierten Versorgungshandeln und der Weiterentwicklung des Gesundheitsversorgungssystems ergibt“ (ebd.). Der

Wissenschaftsrat seinerseits hat eine Überprüfung der Umsetzung dieser Akademikerquote und eine mögliche Aktualisierung seiner Empfehlung für die kommenden Jahre angekündigt (WR 2012, S. 87).

Die epidemiologischen Entwicklungen hin zu immer komplexeren Krankheitsbildern und Multimorbidität der älter werdenden Bevölkerung und die zunehmende Komplexität therapeutischen Wissens und Handelns erfordert eine flächendeckend hochschulische Ausbildung, wenn künftig allen Patient*innen in Deutschland diese Qualifikationen zugutekommen sollen. Eine Beschränkung der Akademisierung auf bestimmte Quoten (Teilakademisierung) wird vom HVG daher abgelehnt.

2 Die derzeitige Situation im Ausbildungssystem

Die 3-jährige Berufsausbildung in den Therapieberufen mit abschließenden staatlichen Prüfungen findet in Deutschland traditionell an Berufsfachschulen bzw. Schulen des Gesundheitswesens statt. Das Statistische Bundesamt weist für das Ausbildungsjahr 2017/18 bundesweit 34.488 Auszubildende in den drei Therapieberufen aus, davon entfallen 21.220 auf die Physiotherapie, 9.879 auf die Ergotherapie und 3.389 auf die Logopädie (StaBA 2018a). In den letzten 10 Jahren ist die Zahl der Auszubildenden zurückgegangen (in der Physiotherapie um 15,4%, der Ergotherapie um 26% und der Logopädie um 12,6%) ([Grafik 1](#)); die Schulen klagen zudem über einen deutlichen Rückgang der Bewerberzahlen und die sinkende Qualität der Bewerbungen. Im Schuljahr 2017/18 haben 12.864 Schüler*innen eine schulische Ausbildung in einem der drei Therapieberufe begonnen (StaBa 2018a). Bundesweit existieren insg. 528 Berufsfachschulen, 260 für Physiotherapie, 188 für Ergotherapie und 80 für Logopädie ([Grafik 2](#), [Tabelle 1](#)). An den Schulen werden typischerweise kleine Gruppen unterrichtet; aus der Schulstatistik lässt sich eine Klassenstärke zwischen 16 (Logopädie) und 30 (Physiotherapie) errechnen. Dabei ist noch nicht berücksichtigt, dass insbesondere in der Physiotherapie nicht wenige Ausbildungsstätten zweimal im Jahr aufnehmen, sodass die reale Gruppengröße oft deutlich geringer ist.

Die Ausbildung ist für jeden der Berufe in einem Berufsgesetz mit zugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen geregelt (Berufsgesetze u. APRVs). Durch die Einführung von Modellklauseln in die Berufsgesetze ist seit 2009 neben der Ausbildung an Schulen probeweise auch eine primärqualifizierende Berufsausbildung an Hochschulen möglich (BerGModellKEG 2009). In den letzten 8 Jahren sind bundesweit 30 dieser primärqualifizierenden Studiengänge (PQS) an 19 Hochschulen in 10 Bundesländern entstanden (vgl. [Tabelle 4](#)). Die PQS haben vornehmlich ein patient*innenorientiertes Qualifikationsziel, sie zeichnen sich dadurch aus, dass die Hochschule - im Rahmen der berufsrechtlichen Vorgaben - für die Ausbildungsinhalte und die Organisation der staatlichen Prüfungen allein verantwortlich ist. Das berufsqualifizierende Bachelorstudium dauert 7, maximal 8 Semester, der wissenschaftliche und berufstheoretische Teil der Ausbildung findet an der Hochschule, die praktische Ausbildung in Versorgungseinrichtungen nach Vorgabe der Hochschule oder direkt an der Hochschule statt. Die staatlichen Prüfungen, die bei Bestehen zur Verleihung der ‚Erlaubnis

zum Führen der Berufsbezeichnung‘ führen, werden ebenfalls an der Hochschule durchgeführt. Darüber hinaus werden auch andere Formate von Bachelorstudiengängen (z.B. ausbildungs- bzw. berufsbegleitend) sowie Masterstudiengänge mit überwiegend klinischer oder forschungsbezogener Ausrichtung angeboten (HVG o.J., 2018).

Von den insgesamt 30 PQS entfallen 17 auf die Physiotherapie, 6 auf die Ergotherapie und 7 auf die Logopädie ([Tabelle 3](#)). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass neben den Studiengängen der Logopädie seit vielen Jahren Studiengänge in der Sprachtherapie bestehen, bei denen die Ausbildung nicht auf der Basis des Berufsgesetzes erfolgt und die daher hier nicht mitgezählt werden. Die geringe Zahl der PQS mit geschätzt ca. 1.000 Studienplätzen (Zulassungszahlen, eigene Berechnungen auf Basis von HVG 2018) bildet derzeit einen Engpass für Ausbildungsinteressierte in den Fachrichtungen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie. Regelmäßig sind die Bewerberzahlen an den öffentlichen (gebührenfreien) Hochschulen höher als die Zahl der Studienplätze, sodass an einzelnen Hochschulen bereits ein Numerus Clausus (NC) eingeführt werden musste.

Nicht nur die Nachfrage, auch die Zahl der angebotenen Studienplätze ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Der Wissenschaftsrat hat für seine Berechnungen (hilfsweise) Zahlen des Statistischen Bundesamtes zu einer Subgruppe der gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge herangezogen, wobei sich diese Statistik nicht allein auf die PQS der Physio- und Ergotherapie sowie der Logopädie bezieht. Danach lag die Zahl der Studierenden (1. Fachsemester) in Bachelorstudiengängen für ‚Nichtärztliche Heilberufe/Therapieberufe‘ im Jahr 2010/11 bei 1.063; nach Angaben des Statistischen Bundesamtes hat sich diese Zahl bis zum Jahr 2016/17 auf 2.071 nahezu verdoppelt (GBE 2018a). Die Zahl der Studienabsolvent*innen hat sich im gleichen Zeitraum ebenfalls verdoppelt: von 836 (2010/11) auf 1.705 (2016/17) (GBE 2018; [Grafik 3](#)).

Neben den 30 PQS gibt es eine deutlich größere Zahl (75) an nicht-primärqualifizierenden (‘dualen’) Studiengängen für Therapieberufe, die die hochschulische mit der schulischen Ausbildung verbinden und bei denen die schulischen Lernleistungen z.T. auf das Studium angerechnet werden. Diese Studiengänge sind seit dem Jahr 1998 im Zuge der Bologna-Reform an den (Fach-)Hochschulen aufgebaut worden, hauptsächlich in der Zeit, als PQS gesetzlich noch nicht zulässig waren (bis 2009). Hierbei lassen sich zwei Arten unterscheiden: die Studiengänge, bei denen die schulische Ausbildung in das Studium integriert ist und beide Stränge zeitweise parallel verlaufen (sog. ausbildungsintegrierende Studiengänge) und die Studiengänge, die ein schulisches Berufsexamen voraussetzen und wissenschaftliche Inhalte berufsbegleitend vermitteln (sog. additive Studiengänge; zur Typisierung der Studiengänge für Therapieberufe vgl. auch WR 2012, HVG o.J.).

Die sog. dualen Studiengänge setzen sich etwa hälftig aus ausbildungsintegrierenden und additiven (berufsbegleitenden) Studiengängen zusammen, wobei einige Studienangebote beide Formen vereinen. Dementsprechend groß ist die Zahl an Berufsfachschulen, die in einer mehr oder weniger engen Kooperationsbeziehung zu einer Hochschule mit Therapiestudiengang stehen, in der Logopädie trifft dies für 80% aller Berufsfachschulen zu (Hansen et al. 2018), in der Ergotherapie wird der Anteil auf etwa 50% geschätzt (Rottenecker 2018).

Die weit überwiegende Mehrheit der Therapiestudiengänge befindet sich an Fachhochschulen, vereinzelt bieten auch Universitäten (mit oder ohne angeschlossener

Berufsfachschule) Studiengänge für Physiotherapie oder Logopädie an. Wie die Berufsfachschulen sind auch die Hochschulen mit Therapiestudiengängen ungleich über die Bundesländer verteilt. Eine im Bundesdurchschnitt überproportional gute Ausstattung (mit PQS und anderen Therapie- Studiengängen) findet sich – bezogen auf die Einwohnerzahl – in Agglomerationen, insb. in Hamburg, Berlin, Köln und im Frankfurter Raum. Eine vergleichsweise geringe Ausstattung weisen die Länder Bayern, Brandenburg, Sachsen und Niedersachsen auf; nur das Land Sachsen-Anhalt hat keine Therapiestudiengänge (weder PQS noch andere) ([Tabelle 4](#)).

Wie die Schulen befinden sich auch die Hochschulen zu einem großen Teil in privater Trägerschaft, so dass auch für die hochschulische Ausbildung Gebühren zu zahlen sind. Die derzeit geführte Diskussion um die „Schulgeldfreiheit“ muss die Situation der hochschulischen Ausbildung einbeziehen, um in der Übergangszeit keine finanziellen Hürden für die Wahl einer hochschulischen Ausbildung aufzubauen.

3 In der EU ist die hochschulische Ausbildung Standard

Ein Blick in das europäische Ausland sowie in die USA, Kanada und Australien zeigt, dass Deutschland mit der schulischen Ausbildung heute allein dasteht. Seit Jahrzehnten werden die Therapieberufe europaweit an Hochschulen ausgebildet (ENOTHE o.J., WCPT, o.J., BMBF 2014). Dadurch wird Deutschland von der weltweiten Entwicklung in Forschung und Lehre abgehängt und fällt vor allem in Bezug auf die Integration wissenschaftlich basierten therapeutischen Wissens in die Patient*innenversorgung deutlich zurück.

Die Harmonisierung innerhalb der Europäischen Union ist politisch, insbesondere bildungspolitisch, auch für Deutschland ein prioritäres Ziel. Im Zuge des Bologna-Prozesses haben sich die Hochschulen in Deutschland in kurzer Zeit und ganz konsequent auf das gestufte System von Bachelor und Master umgestellt und das bis dahin international hoch anerkannte deutsche Diplom zugunsten der europaweit einheitlichen Abschlüsse aufgegeben. Es war eine Herkulesaufgabe, die die Hochschulen über Jahre in Atem gehalten hat, aber letztlich wurde der Aufwand trotz hoher Kosten weder von den Hochschulen noch von der Politik in Frage gestellt. Im Vergleich dazu wäre die vollständig hochschulische Ausbildung der Therapieberufe eine wesentlich weniger aufwändige und tiefgreifende Maßnahme.

Eine Angleichung der Ausbildungsstrukturen in den Therapieberufen an den (hochschulischen) europäischen Standard, verbunden mit entsprechenden Kompetenzbeschreibungen in den Berufsgesetzen auf dem Bachelor-Niveau EQR/DQR 6 würde der internationalen Anerkennung der beruflichen Abschlüsse förderlich sein. Derzeit sieht die Europäische Berufsanerkennungsrichtlinie 205/36/EG i.V.m. 2013/55/EU (EU 2005, 2013) für die Therapieberufe keine automatische Anerkennung, sondern lediglich eine Anerkennung nach Einzelfallprüfung vor. Langfristiges Ziel sollte es sein, dass die Berufe-Richtlinie - wie in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie bei den Hebammen - auch für die Therapieberufe auf Basis vergleichbarer Kompetenzen eine automatische Anerkennung vorsieht.

4 Das Nebeneinander von schulischer und hochschulischer Ausbildung als Hemmnis für die Weiterentwicklung der Therapieberufe

Das derzeitige Nebeneinander von schulischer und hochschulischer Ausbildung in Deutschland bedeutet nicht nur bildungspolitisch, sondern auch für die Ausbildungsinteressierten selbst ein Dilemma. Der Unterschied zwischen den beiden Bildungswegen und die daraus entstehenden Folgen am Arbeitsmarkt sind für sie nicht absehbar. Einerseits wird die schulische Ausbildung gegenüber der hochschulischen als diejenige mit langfristigen geringeren Berufsperspektiven angesehen. Andererseits ist fraglich, ob sich ein Studium ‚lohnt‘, wenn man in Deutschland berufstätig werden will, denn im Unterschied zu unseren Nachbarländern wird die hochschulische Qualifikation in Deutschland (noch) nicht adäquat honoriert (vgl. Rübiger/Blümke 2018).

Die in vielen Bundesländern - auch im Vergleich zur Pflege - relativ unregelmäßigen Strukturen der schulischen Ausbildung (keine Vorgaben zur Lehrerqualifikation, kein landesweites Curriculum, keine Schüler-Lehrer-Schlüssel, keine Vorgaben zur Praxisbetreuung) lässt noch die Ursprünge als „Heilhilfsberuf“ erkennen. Mit viel eigenem Engagement unter Einsatz privater Mittel haben die Lehrenden der Schulen nicht selten ein Studium absolviert (in allen drei Berufen wächst die Zahl der Studienabsolvent*innen, in der Logopädie ist inzwischen eine Quote von mehr als 70% erreicht, Hansen u.a. 2018). Durch die eigenmotivierte Professionalisierung konnte trotz unzureichender Strukturen eine gute Ausbildung ermöglicht und Potential für die künftige hochschulische Ausbildung aufgebaut werden. Auch im Fall der Fortsetzung der bisherigen schulischen Ausbildung wären aber weitgehende und kostenintensive Reformen notwendig. Ein simples ‚Weiter so‘ wäre vor allem unter dem Ziel einer verantwortungsvollen Gesundheitsversorgung nicht vertretbar.

Die häufig zu hörende Forderung, dass die therapeutischen Berufe auch den Schüler*innen mit mittlerem Bildungsabschluss erhalten bleiben sollen, steht einerseits entgegen, dass die Mehrheit der Bewerber*innen für die schulischen Ausbildungsplätze einen Abiturabschluss haben - die Abiturient*innenquote liegt in der Logopädie bei ca. 90% (Hansen u.a. 2018), in der Ergotherapie bei ca. 50% (Rottenecker 2018) - und dass die Zahl der Realschüler*innen sich insgesamt von 2014/15 bis 2017/18 um ca. 100.000 verringert hat bei gleichzeitig stetig steigende Zahlen für Gymnasialschüler*innen (StaBA 2018b). Zum anderen sollte die bildungspolitische Perspektive nicht zum Maßstab für eine verantwortungsbewusste Patient*innenversorgung erhoben werden. Maßstab muss hier einzig die notwendige Qualifikation für die anspruchsvolle Tätigkeit an und mit Menschen in gesundheitlichen Notlagen sein. Wichtiger wäre es, Strukturen zu schaffen bzw. zu nutzen, die Schüler*innen mit mittlerem Bildungsabschluss Übergänge in die hochschulische Ausbildung ermöglichen.

5 Entwicklungstrends am Arbeitsmarkt

Nach den Fachkräften der Kranken- und Altenpflege sind die Therapeut*innen die nächstgrößte Berufsgruppe unter den Gesundheitsfachberufen. Im Jahr 2016 betrug die Zahl der berufstätigen Therapeut*innen 324.000. In Vollzeitäquivalenten waren es 199.000 Beschäftigten, davon 136.000 (69%) in der Physiotherapie (ohne Masseur*innen und medizinische Bademeister*innen), 43.000 (21%) in der Ergotherapie und 20.000 (10%) in der Logopädie/Sprachtherapie ([Grafik 4](#)).

Bezogen auf jeden der drei Berufe ist festzustellen, dass die Ressource Arbeitskraft knapper wird. Der Engpass lässt sich an dem Verhältnis von Arbeitslosenzahlen zu offenen Stellen (Stand Mai 2018) ablesen. Diese Relation beträgt in der Physiotherapie 1:2,1, Ergotherapie 1:2,4 und in der Logopädie 1:2,7 ([Tabelle 2](#), [Grafik 8](#)). Angesichts einer Arbeitslosenquote von 0,9 % in der Physiotherapie und 1,1% in der Logopädie/Sprachtherapie spricht die Bundesregierung von einem Fachkräftemangel (DBT 2018); die Bundesagentur für Arbeit weist sie bereits als `Mangelberufe` aus - der Grund ist, dass die Vakanzzeit der offenen Stellen mehr als 150 Tage beträgt (AA 2018 a).

In allen drei Berufen arbeiten überwiegend Frauen (70-90%) ([Grafik 5](#)) und zwar zu mehr als 50% auf Teilzeitstellen ([Grafik 6](#)). Mit Blick in die Zukunft ist von Bedeutung, dass dem zunehmenden Behandlungsaufwand (GKV-HIS 2017) tendenziell sinkende Absolvent*innen-zahlen gegenüberstehen und eine hohe Abwanderung aus den Therapieberufen zu verzeichnen ist (Richter 2018, Hammer 2018). Mehr als 70% aller Physiotherapeut*innen sind in Praxen beschäftigt (DBT 2016 c), rd. 30 % in Akut- und Rehabilitationskliniken, Pflegeheimen u.a. Einrichtungen, diese Zahlen sind auch für die beiden anderen Berufe anzunehmen. Bei den Praxen handelt es sich in der Regel um sehr kleine Betriebseinheiten mit durchschnittlich 5 Beschäftigten (ebd.); die Einkommen der Praxisinhaber*innen und damit auch ihrer Angestellten sind gering. Derzeit beträgt das mittlere Bruttomonatsgehalt (Median) für Therapeut*innen in Vollzeit 2.200 Euro. Das entspricht dem Gehaltsniveau einer Krankenpflegehelfer*in und liegt um rd. 30% unter dem mittleren Monatsverdienst (Median) aller abhängig Beschäftigten in Deutschland (3.100 Euro) (AA 2018b) ([Grafik 7](#)).

Mit der zeitweisen Entkoppelung der Leistungsvergütung von der Entwicklung der Grundlohnsumme und dem Transparenzgebot zur Anhebung der Gehälter hat der Gesetzgeber im Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG 2017) Gegenmaßnahmen ergriffen, die als ein erster Schritt in Richtung einer Angleichung der Gehälter im ambulanten Sektor an die im stationären oft tarifgebundenen Sektor (Akut- und Rehakliniken) gewertet werden können.

Einerseits ist zu erwarten, dass die Akademisierung die Attraktivität der Therapieberufe steigern und helfen kann, den Fachkräftemangel zu überwinden. Andererseits bringen die hochschulisch qualifizierten Therapeut*innen die Kompetenzen mit, die es ihnen erlauben, selbstständig und evidenzbasiert und somit effektiver und effizienter zu arbeiten, wenn z.B. wirkungslose Therapien nicht mehr angewandt werden. Damit dürfte eine wesentliche Voraussetzung für eine Steigerung der Versorgungsqualität und für eine bessere Bezahlung ihrer Tätigkeit gegeben sein.

Derzeit liegt der Anteil der Studienabsolvent*innen an allen Beschäftigten in den drei Therapieberufen bei unter 5%. Bei den Physiotherapeut*innen als der größten Berufsgruppe wird sie auf 2,75 % geschätzt (ZVK 2017) und für die Ergotherapeut*innen wird der Anteil der Hochschulabsolvent*innen an allen Absolvent*innen mit rd. 4% (2015) angegeben (DVE 2018). Für die Logopäd*innen als die kleinste der drei Berufsgruppen, liegen keine Schätzungen vor. Aber unter Einbezug der traditionell hochschulisch ausgebildeten Sprachtherapeut*innen wird mit einem Akademiker*innenanteil von ca. 30% gerechnet (Maihack 2017).

6 Ziele und Wege einer vollständig hochschulischen Ausbildung der Therapieberufe

Das Ziel der vollständig hochschulischen Ausbildung bedeutet die Transformation des bestehenden Nebeneinanders von schulischer und hochschulischer Ausbildung in ein System rein hochschulischer Ausbildung. Dieses Ziel wird nicht allein vom Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe vertreten, auch der Dachverband der Schulverbände (VAST) und die großen Berufsverbände der Therapieberufe stehen hinter dieser Forderung. Damit ist eine wesentliche Voraussetzung für die Umsetzbarkeit des Ziels gegeben. Eine noch zu erfüllende Voraussetzung ist, dass im Jahr 2021 - am Ende der Modellphase - die PQS per Gesetz als reguläre Studienform für die berufliche Ausbildung zugelassen werden.

Für die Ablösung des Nebeneinanders von schulischem und hochschulischem System durch eine rein hochschulische Ausbildung bestehen zwei Möglichkeiten. Zum einen könnte der Wandel ‚ad hoc‘ durch einen entsprechenden Gesetzeserlass erfolgen, wie es in den Österreich 2006 und in der Schweiz im Jahre 2007 geschah. Das wäre eine klare Lösung, die bedeuten würde, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt alle Berufsfachschulen in Deutschland geschlossen werden und die Ausbildung an die Hochschulen verlagert wird.

Während in der Schweiz aufgrund der geringen Zahl an Schulen eine ‚Ad-hoc-Transformation‘ mit sehr kurzer Übergangsphase möglich war, würden in Deutschland voraussichtlich die Zahl der kurzfristig zu schaffenden Studienplätze und auch die mit den Schulschließungen verbundenen wirtschaftlichen Interessen der Trägereinrichtungen dieser ‚schnellen‘ Lösung entgegenstehen.

Die zweite, von HVG und VAST befürwortete Möglichkeit besteht in einem sukzessiv verlaufenden Transformationsprozess, wie er in Österreich ab dem Jahr 2006 vollzogen wurde. Die Zahl der Studiengänge und -plätze würde - nach einem vorgegebenen Masterplan - Jahr für Jahr ausgebaut und die Ausbildungsplätze an den Berufsfachschulen parallel dazu abgebaut. Für diese Reformvariante dürfte ein Zeitraum von 10 - 15 Jahren zu veranschlagen sein (in Österreich waren es 4 - 5 Jahre, wobei allerdings deutlich weniger Schulen zu ersetzen waren). Denkbar wäre, dass in Deutschland - wie in Österreich - die Ausbildung nicht allein an die Hochschulen verlagert wird, sondern z.B. auch an Berufsakademien (wie derzeit im Saarland) oder an sog. Duale Hochschulen (wie in Baden-Württemberg), sofern die für die Hochschulausbildung geltenden Qualitätsstandards (HVG 2017; VAST, HVG, ver.di u.a. 2015) eingehalten werden.

Der Transformationsprozess könnte bei den drei Berufsgruppen gleichzeitig oder in unterschiedlichen Zeiträumen verlaufen. Für die Logopäd*innen - eine kleine Berufsgruppe, die zahlenmäßig der der Hebammen entspricht und die zusammen mit den akademischen Sprachtherapeut*innen schon jetzt einen hohen Akademisierungsgrad aufweist, könnte die Umstellungszeit kürzer ausfallen als in der Physio- und Ergotherapie.

Um in der Zeit des Übergangs den Lehrenden an Schulen Bestandsschutz zu gewähren und den hochschulischen Bedarf an Lehrkräften zu sichern, wurden in der Schweiz Sonderregelungen geschaffen, die ihnen - unter Anrechnung ihrer bereits erworbenen Kompetenzen - eine akademische Nachqualifikation in verkürzter Form ermöglicht haben. In Österreich wurden die Qualifikationen der bereits Berufstätigen als hochschulisch adäquat anerkannt. Auch in Deutschland sollten hierzu gesetzliche Regelungen geschaffen werden. Nicht nur die Transformationsprozesse in unseren Nachbarländern, auch die jetzt auf Bundesebene angestrebte vollständige hochschulische Ausbildung der Hebammen (Koalitionsvertrag) könnte als ‚Blaupausen‘ für die Ausbildungsreform in den Therapieberufen dienen. Erforderlich wäre eine vom Bundesgesetzgeber einzuleitende Reform der Berufsgesetze, ähnlich der, wie sie vor über 10 Jahren in der Schweiz und Österreich vollzogen worden ist (GesBG 2016, MTD 2018).

Grundsätzlich gäbe es noch eine dritte Möglichkeit, wie sich der Wandel von der schulischen zur hochschulischen Ausbildung vollziehen könnte: Der Gesetzgeber könnte sich darauf beschränken, parallel zu der schulischen Ausbildung die PQS als Regelangebot zuzulassen und die weitere Entwicklung dem Marktgeschehen zu überlassen, d.h. abzuwarten, inwieweit die schulischen Ausbildungsplätze nachfrage- und konkurrenzbedingt durch hochschulische Ausbildungsplätze ersetzt werden. Diese Variante, bei der der Staat passiv bliebe, wird von HVG und VAST abgelehnt. Dadurch würde das für die Gesundheitsberufe und die Gesundheitsversorgung zuständige Bundesgesundheitsministerium seine Steuerungskompetenz aufgeben, und für alle Beteiligten (Schulen, Hochschulen, Lernende und Lehrende) bestünde auf Jahre hinaus eine unklare Situation. Anders als in der Pflege, wo abgestufte Aufgaben und Kompetenzprofile üblich sind, ist eine solche Differenzierung bzw. Hierarchisierung innerhalb der therapeutischen Berufe aufgrund ihrer geringen Größe und ihrer homogenen Aufgabenstruktur nach Ansicht von HVG und VAST weder sinnvoll noch umsetzbar. Die als Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie bezeichneten Berufe sollen ein (hochschulisches) Kompetenzprofil aufweisen, das eine hohe und einheitliche Qualität der Patient*innenversorgung sicherstellt.

7 Der geschätzte Zusatzbedarf an primärqualifizierenden Studiengängen

Um das Ziel der ‚Vollakademisierung‘ zu erreichen, wäre - rein quantitativ gesehen - durch die Hochschulen eine Lücke von derzeit 12.864 schulischen Ausbildungsplätzen an 528 Schulen zu schließen (vgl. Kap. 2). [Tabelle 3](#) weist die zusätzlich benötigten PQS und Studienplätze insgesamt und für jede der drei Berufsgruppen aus. Den Berechnungen liegt die Annahme zugrunde, dass mindestens die Zahl der Ausbildungsplätze in der für das Schuljahr 2017/18 vorhandenen Größenordnung erhalten bleiben soll, mithin für jeden (entfallenden)

schulischen Ausbildungsplatz ein Studienplatz geschaffen werden soll. (Ob die Zahl der an den Schulen vorhandenen Ausbildungsplätze tatsächlich bedarfsgerecht ist, wäre gesondert zu prüfen.) Bei den modellhaften Berechnungen in [Tabelle 3](#) wird unterstellt, dass die neu zu schaffenden PQS eine Aufnahmekapazität von jeweils durchschnittlich 60 Studienplätzen (Zulassungszahl) haben werden. (Bei einer Größenordnung von 60 Plätzen können Skalenvorteile im theoretischen Unterricht genutzt und der erforderliche Betreuungsaufwand für die praktische Ausbildungsphase geleistet werden). Die Ausbildungskapazität je Studiengang wäre damit mehr als doppelt so hoch wie die derzeitige Jahrgangsstärke an den Schulen (durchschnittlich 24, [Tabelle3](#)), so dass durch die Umstellung Größenvorteile (‘economies of scale’) zu erwarten sind. Unter der Annahme, dass auch die 30 bestehenden PQS ihre jährlichen Zulassungszahlen von derzeit im Mittel rd. 30 pro Studiengang und Jahr weitgehend (HVG 2018 u. eigene Recherchen) auf 60 nach Abschluss der Modellphase (voraussichtlich 2021) aufstocken werden, errechnet sich ein Neubedarf an Studiengängen, der sich in Abhängigkeit von der Größe der Berufsgruppe in etwa wie folgt verteilt ([Tabelle3](#)): Physiotherapie 124 PQS (62%), Ergotherapie 57 PQS (29%) und Logopädie 18 PQS (9%). Aufgrund der Größenvorteile macht die Zahl der benötigten Studiengänge mit 199 nicht einmal die Hälfte der zu ersetzenden Schulen (528) aus. Eine Übergangszeit von 10 Jahren unterstellt, errechnet sich ein Neubedarf von rd. 20 Studiengängen pro Jahr; verteilt auf die 16 Bundesländer resultiert daraus eine Anforderung von durchschnittlich 1,2 Studiengängen pro Bundesland und Jahr ([Tabelle3](#)).

Die Zahl der vollständig neu zu schaffenden PQS lässt sich dadurch deutlich reduzieren, dass ein großes Potenzial an nicht-primärqualifizierenden Studiengängen vorhanden ist, das zu PQS ausgebaut werden kann. Würden die 75 bestehenden ausbildungsintegrierenden bzw. additiven Studiengänge (HVG 2018 u. eigene Recherchen) zu PQS erweitert - was einen Ausbau der vorhandenen personellen und sächlichen Ressourcen erfordert -, reduziert sich die Zahl der neu zu schaffenden Studiengänge. Bezogen auf die 16 Bundesländer ergäbe sich eine Anforderung von rd. 8 PQS pro Bundesland, verteilt auf 10 Jahre von 0,8 PQS pro Jahr (Tab. 3). Hierbei handelt es sich um einen errechneten Durchschnittswert, die in den einzelnen Ländern tatsächlich vorhandenen Bedarfe werden unterschiedlich sein (vgl. Tab. 4).

Der durch die Akademisierung erreichbare Größenvorteil und Synergieeffekte ließen sich noch steigern – und mit den Vorzügen des interprofessionellen Lernens kombinieren –, wenn an einem Hochschulstandort nicht nur ein Studiengang für einen Therapieberuf angeboten wird, sondern mehrere Studiengänge für zwei oder drei Berufe angesiedelt würden. Schon heute sind Mehrfachangebote an einem Hochschulstandort üblich, an den Schulen hingegen nicht. Auch der Wissenschaftsrat und die Hochschulrektorenkonferenz sprechen sich für eine Konzentration mehrerer (Therapie-)Studiengänge an einer Hochschule bzw. auf einem Hochschulcampus aus (WR 2012, HRK 2017). Derzeit werden die 30 (Modell-)PQS an 19 Hochschulstandorten angeboten und alle Therapiestudiengänge zusammengefasst an 57 Standorten (HVG 2018 u. eigene Recherchen). Angesichts der Zahl von insgesamt 619 Hochschulstandorten (Haupt- und Substandorte, CHE 2017) in Deutschland wäre demnach etwa jeder 5. Hochschulstandort mit einem neuen PQS auszustatten (bei Zweifachangeboten jeder 10. Standort).

Die Möglichkeit der Hochschulen, Substandorte (‘Filialen’) zu eröffnen - davon machen derzeit überwiegend private Hochschulen Gebrauch (CHE 2017) - bietet den Vorteil, dass erprobte

Ausbildungskonzepte dupliziert werden können. Standortvorteile haben auch diejenigen Hochschulen, die bisher ausbildungsintegrierende und/oder additive Studiengänge anbieten, die zu PQS ausgebaut werden können.

Geografisch gesehen, besteht der Zusatzbedarf insbesondere in den Bundesländern, in denen bisher keine PQS (Sachsen, Sachsen-Anhalt, Niedersachsen, Bremen, Rheinland-Pfalz) oder -bezogen auf die Einwohnerzahl - unterdurchschnittlich wenige PQS (Bayern, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein, NRW) vorhanden sind ([Tabelle 4](#)).

In Hinblick auf die Trägerstruktur weisen die Therapiestudiengänge die Besonderheit auf, dass die privaten Hochschulen mit rund einem Drittel (35%) einen relativ hohen Teil des Studienangebots abdecken, während der Anteil der öffentlichen Träger (nur) rd. 65% beträgt (HVG 2018 u. eigene Recherchen). Demgegenüber liegt der Anteil der Studierenden an öffentlichen Hochschulen in der Fächergruppe ‚Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften‘ bei 80% und in der Fächergruppe Ingenieurwissenschaften sogar bei über 90% (StaBa 2018). In Übereinstimmung mit dem Wissenschaftsrat und der Hochschulrektorenkonferenz (WR 2012, HRK 2017) ist daher zu fordern, dass der Auf- und Ausbau der PQS in den Therapieberufen vorwiegend an den öffentlichen (und kirchlichen) Hochschulen erfolgen sollte. Auf diese Weise ließen sich die Trägerstrukturen der Therapiestudiengänge den allgemein üblichen Verhältnissen anpassen, und der Anteil der Studierenden, die eine für sie kostengünstige Ausbildung erhalten, würde erhöht.

Im Zuge der Verlagerung der Ausbildung auf die Hochschulen wäre ein Großteil der Schulen (schätzungsweise die Hälfte) zu schließen. Für diejenigen Schulen, die eine enge Kooperation mit den Hochschulen eingegangen sind oder in der Übergangszeit noch eingehen werden, kämen Fusionen mit Hochschulen oder Gründungen eigenständiger (Fach)Hochschule in Betracht. Einige private Träger haben diese Wege bereits beschritten.

Inzwischen gibt es langjährig bestehende, bewährte Modelle einer engen hochschulisch-schulischen Kooperation, die als Konzeptvorlage für künftige ‚hybriden‘ PQS dienen können, die in der Übergangszeit benötigt werden. In diesen Studiengängen werden die Ausbildungsinhalte von der Hochschule bestimmt und die Lehrenden der kooperierenden Schule(n) übernehmen Lehraufgaben im Rahmen des hochschulisch vorgegebenen Curriculums.

Selbstverständlich müsste der Lehrkörper, insbesondere der professorale, in den PQS während der Übergangszeit weiter ausgebaut werden. Für die Erweiterung des sonstigen Lehrpersonals kommen insbesondere die Lehrenden der (kooperierenden) Berufsfachschulen in Betracht, die über einen Studienabschluss verfügen - in der Logopädie sind dies 73% (Hansen et al. 2018) -, für die nicht-akademisierten Lehrkräfte wären Anpassungsregelungen für die Zeit des Übergangs zu schaffen. Auch die Plätze für die praktische Ausbildung in den Versorgungseinrichtungen können von den Berufsfachschulen auf die Hochschulen übertragen werden.

Die Gründung von PQS erscheint als eine große Aufgabe. Wenn man aber bedenkt, dass alle Beteiligten, Hochschulen, Schulen, Berufsverbände, diese Umstellung wünschen und sich tatkräftig daran beteiligen (wollen), dürfte die Erweiterungsaufgabe durchaus bewältigbar sein. Die Voraussetzungen sind günstig: heute, im Jahr 2018, sind 30 PQS sowie 75 weitere Therapiestudiengänge erfolgreich in (fast) allen 16 Bundesländer etabliert, und der Evaluationsbericht des Bundesgesundheitsministeriums zu den Modellstudiengängen lässt

erkennen, dass die Entwicklung und Etablierung der PQS trotz anfänglicher Schwierigkeiten erfolgreich verlaufen ist (DBT 2016a).

8 Rechtliche und finanzielle Aspekte der Umstellung auf eine vollständige hochschulische Ausbildung

Voraussetzung für die vollständig hochschulische Ausbildung in den Therapieberufen ist eine entsprechende Novellierung der Berufsgesetze und der zugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. Hierzu liegen erste Konzeptentwürfe von Berufs- und Schulverbänden vor, die in die von den Hochschulen zu entwickelnden Studien- und Prüfungsordnungen Eingang finden könnten (DVE/VDES 2017, AK BG L/S 2018). Eine noch offene Frage ist, ob es für jeden Beruf ein Gesetz oder - wie in der Schweiz und Österreich - ein Gesetz für alle Therapieberufe geben soll. HVG und VAST haben - in Zusammenarbeit mit ver.di sowie mit DVE und Schulverbänden - ein Eckpunktepapier für ein Rahmengesetz formuliert, das sich insbesondere mit den für alle drei Ausbildungswege relevanten Qualitätsstandards befasst (VAST, HVG, ver.di u.a. 2015). Die berufsspezifischen Vorschriften könnten unterhalb des Gesetzes in die jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (APrV) aufgenommen werden. Um der hochschulischen Ausbildung bundesweit ein einheitliches Profil zu verleihen, könnten diese berufsspezifischen Verordnungen - ähnlich wie die Approbationsordnung für Mediziner*innen (ÄApprO 2002) - curriculare Mindestanforderungen enthalten (zu den PQS-Empfehlungen des HVG vgl. HVG 2017). Als Orientierung für die Formulierung der Lernziele kann der für die Therapiestudiengänge entwickelte Fachqualifikationsrahmen dienen (HVG 2014). Die Kernkompetenzen der Therapeut*innen wären in den Berufsgesetzen zu verankern. Ein weiterer in den Gesetzen zu berücksichtigender Punkt, der gerade auch in der Übergangszeit wichtig ist, ist die Durchlässigkeit zwischen dem schulischen und dem hochschulischen Bildungsweg (via Anrechnung von Lernleistungen, vgl. auch HVG 2017, WR 2012, HRK 2017).

Ein ebenso zu berücksichtigender Faktor sind die Bedingungen, die im Gesundheits- und Beschäftigungssystem gegeben sein müssten, damit die Qualifikationen der Hochschulabsolvent*innen tatsächlich zum Nutzen der Patient*innen eingesetzt werden können. Dazu gehört, dass die Entscheidungs- und Handlungsautonomie der Therapeut*innen in ihrem eigenen Beruf erweitert bzw. überhaupt erst hergestellt wird. Eine vom HVG durchgeführte Befragung von PQS-Absolvent*innen an 7 Hochschulen hat gezeigt, dass unter den Bedingungen der gültigen Heilmittelrichtlinie die Kompetenzen der Studienabsolvent*innen in den Praxen und Kliniken nur zum Teil abgerufen werden (Räbiger/Blümke 2018). Die Heilmittelrichtlinie und die daran orientierten ärztlichen Verordnungen engen den Therapiespielraum stark ein (das gilt insbesondere in der Physiotherapie) und verhindern somit eine Qualitätssteigerung zum Nutzen der Patient*innen. Ein erster Schritt zu mehr Berufsautonomie ist die derzeit in Modellversuchen zu erprobende ‚Blanko-Verordnung‘ (64d SGB V). Als ein weiterreichender Reformansatz wird der Direktzugang gefordert; die hochschulische Ausbildung ist so angelegt, dass die dafür erforderlichen Qualifikationen erworben werden können (Wich/Räbiger 2016).

Die Ausweitung der therapeutischen Entscheidungsfreiheit und Verantwortung – bis hin zur partiellen Übernahme bisher ärztlich vorbehaltenen Aufgaben – sollte von einer Anhebung der Vergütungssätze für therapeutischen Leistungen und der Gehälter der angestellten Therapeut*innen begleitet werden. In der erwähnten Befragung des HVG haben sich die Absolvent*innen mit ihrer beruflichen Tätigkeit sehr zufrieden, mit dem Gehalt aber unzufrieden gezeigt (Räbiger/Blümke 2018). Darauf, dass die Gehälter der Therapeut*innen deutlich unter dem Durchschnittsgehalt aller abhängig Beschäftigten in Deutschland liegen, wurde bereits hingewiesen (Kap. 5). Mit der Forderung nach einer höheren Vergütung der Leistungen und höheren Gehältern sind sowohl die Tarifpartner*innen als auch die Vertragspartner*innen der Heilmittelversorgung sowie der Gesetzgeber angesprochen.

In der bildungspolitischen Diskussion wird es nicht zuletzt auch um die Kosten der hochschulischen Ausbildung gehen. Die Kosten pro Studiengang dürften von Bundesland zu Bundesland und von Hochschule zu Hochschule unterschiedlich sein. Den wesentlichen Kostenfaktor stellt die personelle Ausstattung der Studiengänge dar. Im Vergleich zu den Ausbildungskosten an den Berufsfachschulen werden bzw. müssen die Kosten an den Hochschulen nicht höher ausfallen. Dafür gibt es i. W. zwei Gründe: zum einen können an Hochschulen größere Gruppen unterrichtet werden (z.B. in Vorlesungen 60 Teilnehmer*innen statt im Mittel 24 an Schulen), und zum anderen ist der Personalaufwand (wesentlich) geringer, weil an den Hochschulen - gemäß dem European Credit Transfer System (ECTS, KMK 2010) - neben Präsenz- auch Selbstlernzeiten für die Studierenden vorgesehen sind; der Umfang an Unterrichtsstunden ist somit geringer als an Schulen. Diese mengenbezogenen Effekte dürften den gegenläufigen Effekt, der in dem höheren Gehalt der Lehrkräfte an Hochschulen (Professor*innen, wissenschaftliche Mitarbeiter*innen) besteht, in der Regel kompensieren, wenn nicht sogar überkompensieren.

Die Zuständigkeit für die Einrichtung von Studiengängen und die Verantwortung für die Genehmigung der Curricula liegen bei den Ländern. Auch die Finanzierung der Studiengänge resp. der Hochschulen obliegt grundsätzlich den Ländern. Da bei den berufsqualifizierenden Studiengängen über die ‚Normalkosten‘ von Studiengängen hinaus auch die Kosten der praktischen Ausbildung in den Versorgungseinrichtungen zu finanzieren sind und diese im Fall der schulischen Ausbildung i.d.R. von den Krankenkassen getragen werden (§ 17a KHG, Ausgleichsfonds), hat der Bundesrat auch für die hochschulische Ausbildung eine Mitfinanzierung der Kassen gefordert (DBT 2016b, S. 118). Von der Bundesregierung ist dies abgelehnt worden (ebd., S. 134).

Während die Frage der Finanzierung berufsqualifizierender Studiengänge in der Medizin bereits vor Jahrzehnten beantwortet worden ist, hat sich im Zuge der Reform des Pflegeberufegesetzes (PflBRefG 2017) - und ansatzweise bereits auch im Bereich der Therapieberufe - in den letzten Jahren eine noch nicht entschiedene politische Diskussion entwickelt. Sollten die Krankenkassen als Finanziere von Teilen der Ausbildung (praktische Ausbildung) im Rahmen von Studiengängen gesetzlich tatsächlich nicht zuständig sein, richtet sich der Blick auf den Bund (BMG), der nach dem Grundgesetz für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung und damit auch für die Ausbildung der Gesundheitsberufe Sorge zu tragen hat. Es wäre in diesem Zusammenhang interessant zu prüfen, inwieweit die Finanzierungsmodalitäten für die Medizinstudiengänge auf die Therapiestudiengänge übertragen werden könnten.

Schon in der Vergangenheit wurden von der Bundesregierung Hochschulprogramme aufgelegt, die u.a. dem Aufbau von Therapiestudiengängen zu Gute kamen. Solche Förderprogramme, wie z.B. der ‚Qualitätspakt Lehre‘ (BMBF o.J.), werden auch künftig vonnöten sein, um die Hochschulen bei dem Auf- und Ausbau der berufsqualifizierenden Studiengänge zu unterstützen. Im Koalitionsvertrag ist zu lesen, dass die Hochschulförderprogramme des Bundes künftig verstetigt werden sollen (BReg. 2018). Angesichts der zahlreichen privaten Studienangebote wären – wie z.B. bei dem PQS-Förderprogramm des Landes Baden-Württemberg (MWFK 2015) – auch Fördermittel für diese Studienplätze vorzusehen. Um den Studiengebühren als Zugangsbarrieren entgegen zu wirken und ‚preisbedingte Wettbewerbsverzerrungen‘ zwischen der schulischen und der hochschulischen Ausbildung in der Übergangszeit zu vermeiden, käme zudem die Vergabe staatlich finanzierter Stipendien in Betracht. Auch dieses Instrument wurde im Land Baden-Württemberg eingesetzt, um das Studienplatzangebot an den Hochschulen zu erhöhen. Auf diese Weise ließen sich auch gezielt die Fachrichtungen fördern, in denen der Bedarf an PQS am größten ist.

Parallel zur Förderung der Studiengänge sollte auch die Förderung der Forschung und des wissenschaftlichen Nachwuchses (z.B. durch Promotionsprogramme) verstärkt werden, um die jungen Therapiewissenschaften systematisch aufzubauen und deren Erkenntnisse für die Patient*innenversorgung fruchtbar machen zu können. Auch der Wissenschaftsrat und die Hochschulrektorenkonferenz haben sich für eine gezielte Förderung der Forschung in den Therapiewissenschaften ausgesprochen (WR 2012, HRK 2017).

Verfasser*innen des Strategiepapiers im Auftrag von HVG und VAST:

Prof. Dr. Jutta Rübiger (ehem. Professur f. Gesundheitsökonomie und -politik, ASH Berlin)*

Dipl.-Med.-Päd. Joachim Rottenecker (Sprecher VAST)*

Prof. Dr. Bernhard Borgetto (Professur f. Gesundheitsförd. u. Prävention HAWK Hildesheim)

Prof. Dr. Hilke Hansen (Professur f. Logopädie, Hochschule Osnabrück)

Prof. Dr. Norina Lauer (Professur f. Logopädie, OTH Regensburg)

Prof. Dr. Andrea Pfingsten (Professur f. Physiotherapie, OTH Regensburg)

Dr. Andrea Warnke (Akadem. Mitarb. Berufliche Bildung – Gesundheit/Pflege, PH Freiburg)

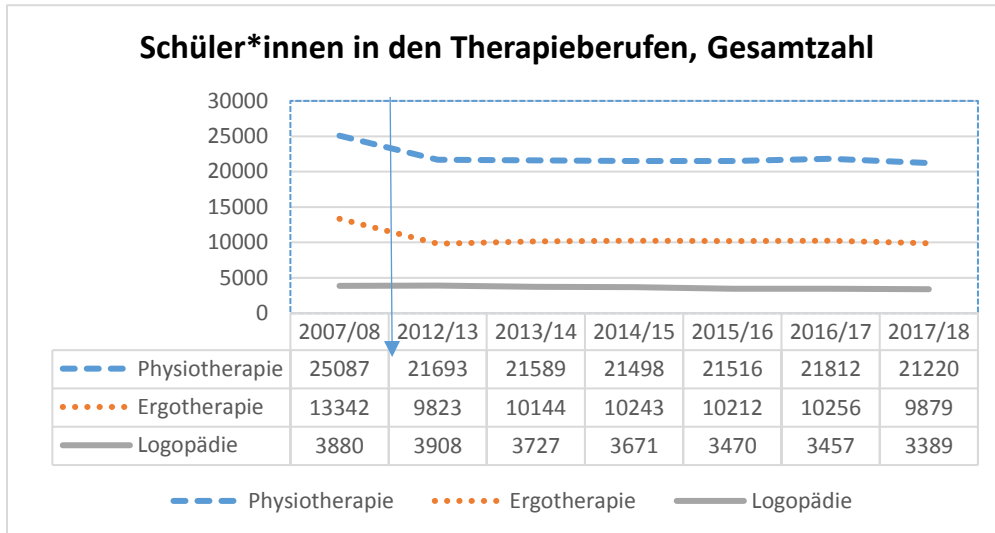
Prof. Dr. Mieke Wasner (Professur f. Physiotherapie, SRH Hochschule Heidelberg).

*Redaktionell verantwortlich

Berlin im November 2018

Tabellen und Grafiken

Grafik 1:

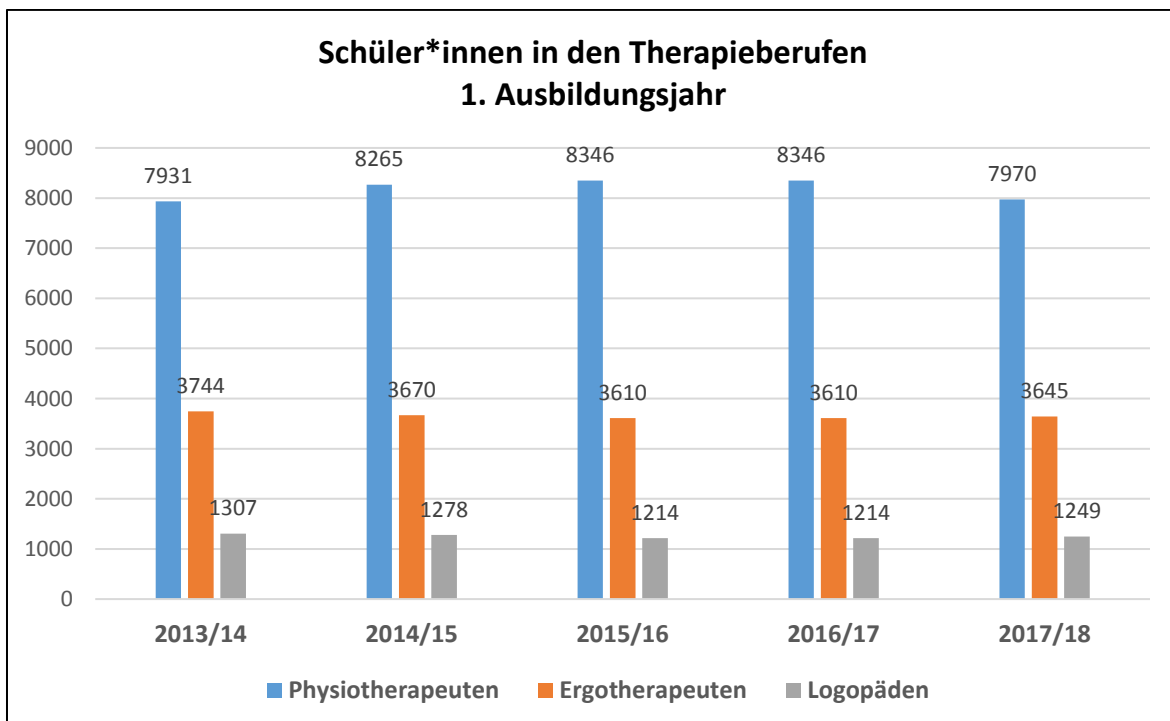


Rückgang Schülerzahlen in den letzten 10 Jahren

- 15,4% (PT)
- 26,0% (ET)
- 12,6% (LP)

Quelle: StaBA (2018a); Eigene Darstellung

Grafik 2:



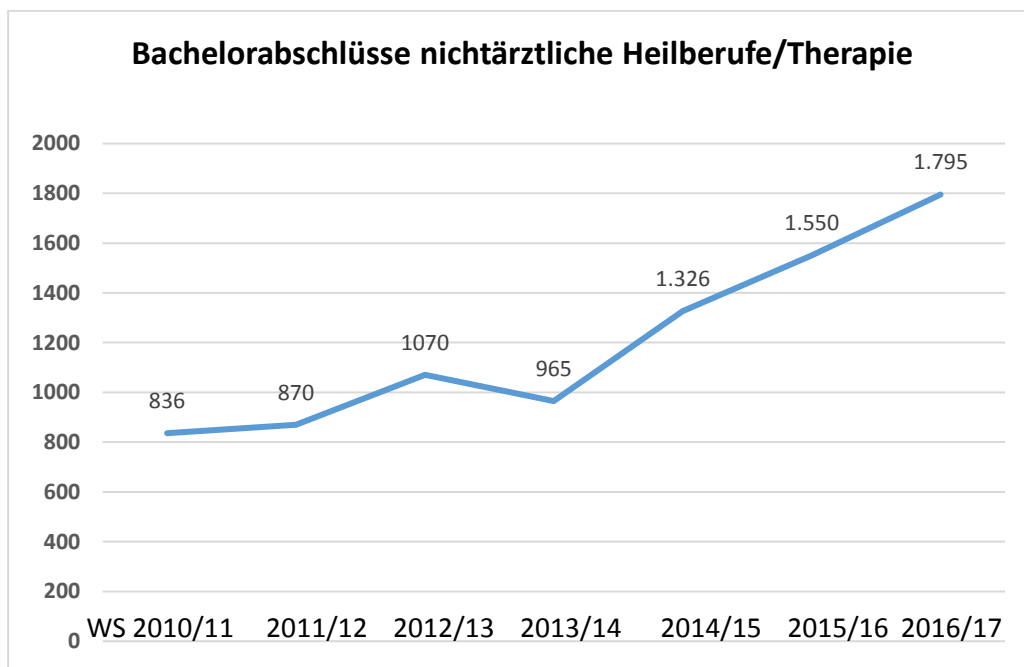
Quelle: StaBA (2018a); Eigene Darstellung

Tabelle 1:

Anzahl Schulen (2017/2018);		Anzahl der Schüler im 1. Ausbildungsjahr (2017/2018)	
• Physiotherapie	260	• Physiotherapie	7970
• Ergotherapie	188	• Ergotherapie	3645
• Logopädie	80	• Logopädie	1249
Gesamt	528	Gesamt	12864

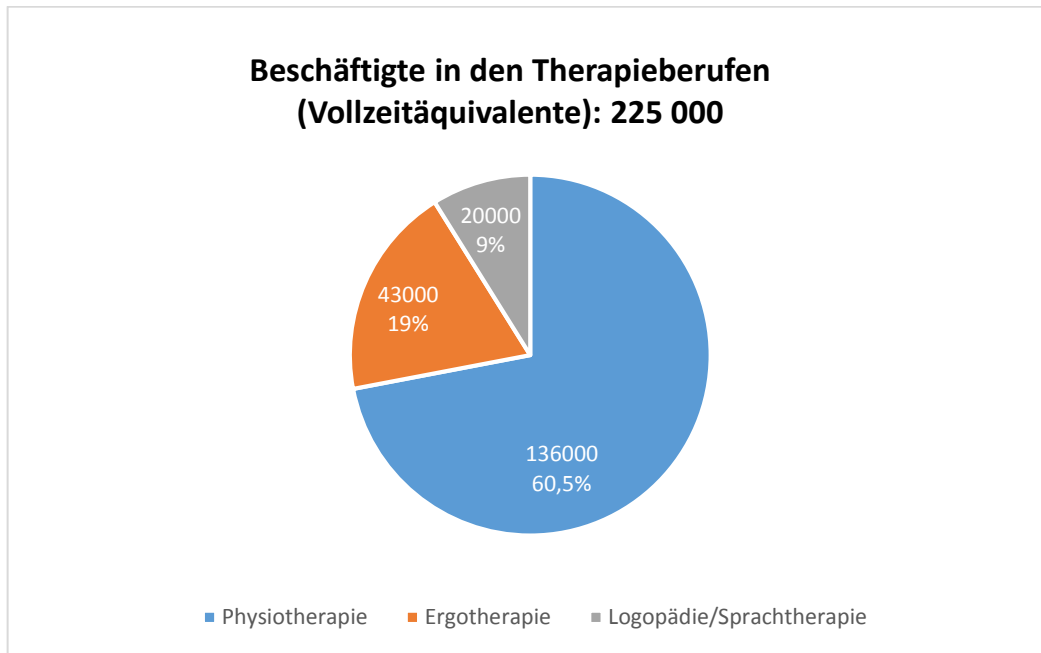
Quellen: Anzahl Schulen lt. Angaben der Berufsverbände; Schülerzahlen StaBA (2018a)

Grafik 3:



Quelle: GBE (2018); Eigene Darstellung

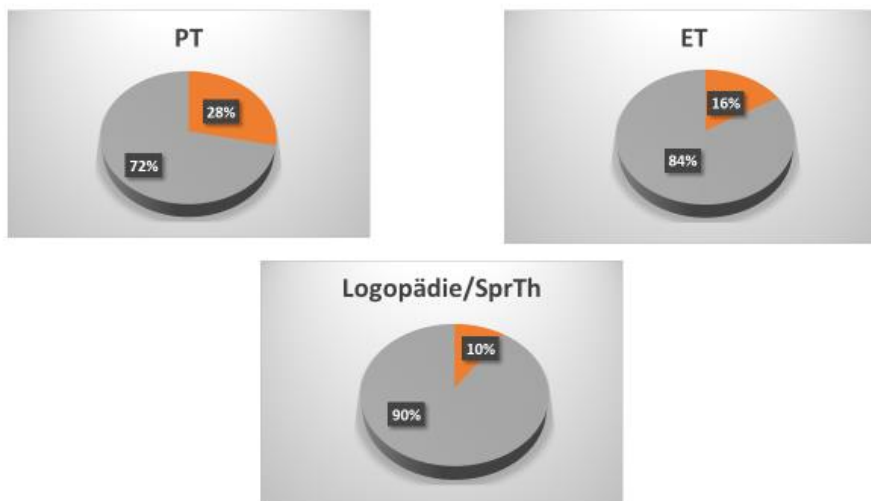
Grafik 4:



Quelle: GBE (2018 c); Eigene Darstellung

Grafik 5:

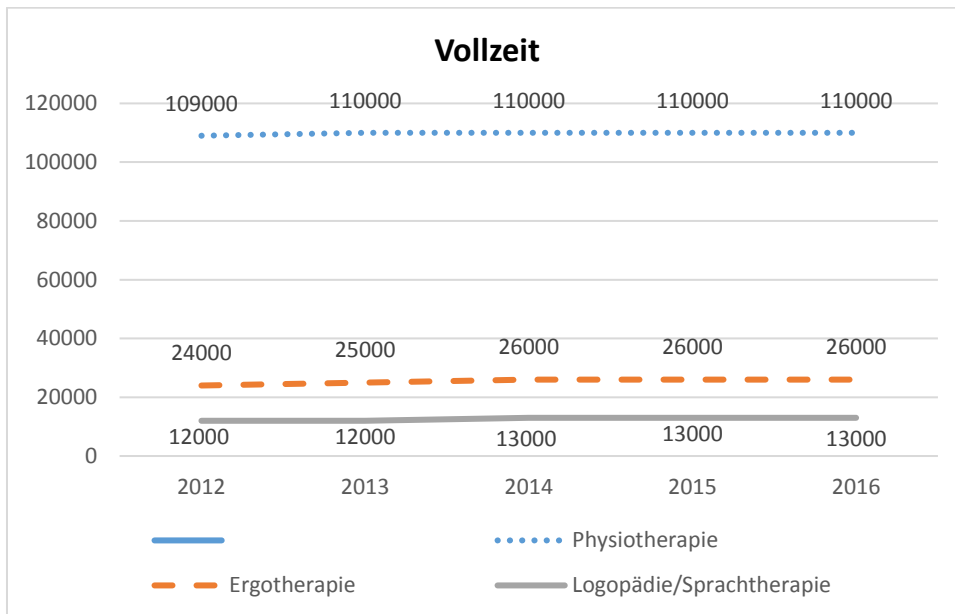
• Geschlechterverhältnisse der Berufstätigen:



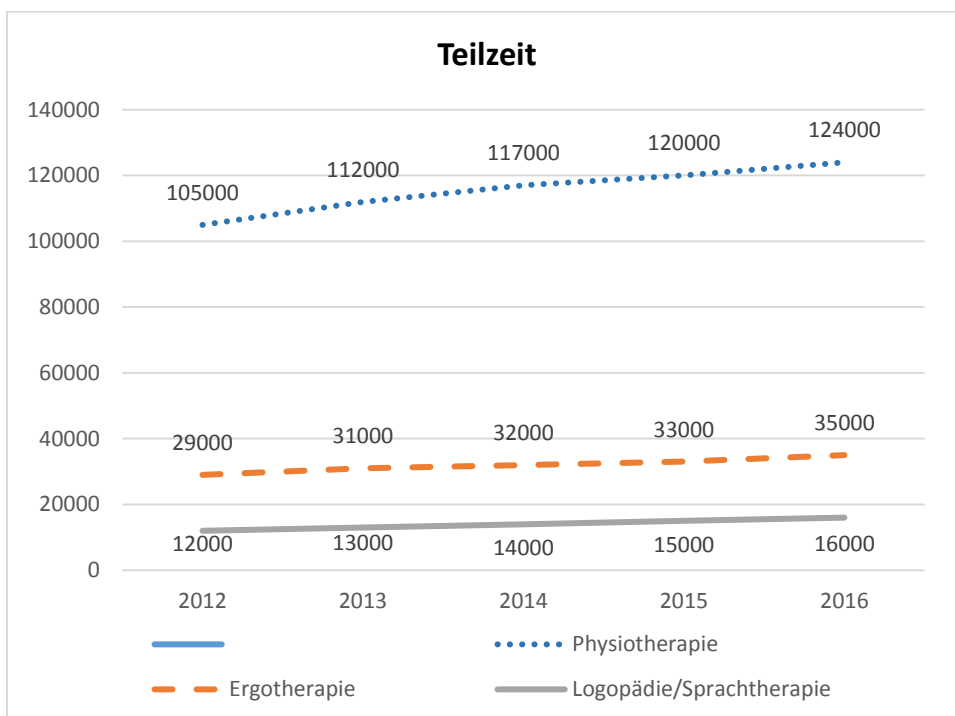
Quelle: GBE (2018 c); Eigene Darstellung

Grafik 6:

Entwicklung der Vollzeit- und Teilzeitkräfte in den Therapieberufen (Stand 2016)



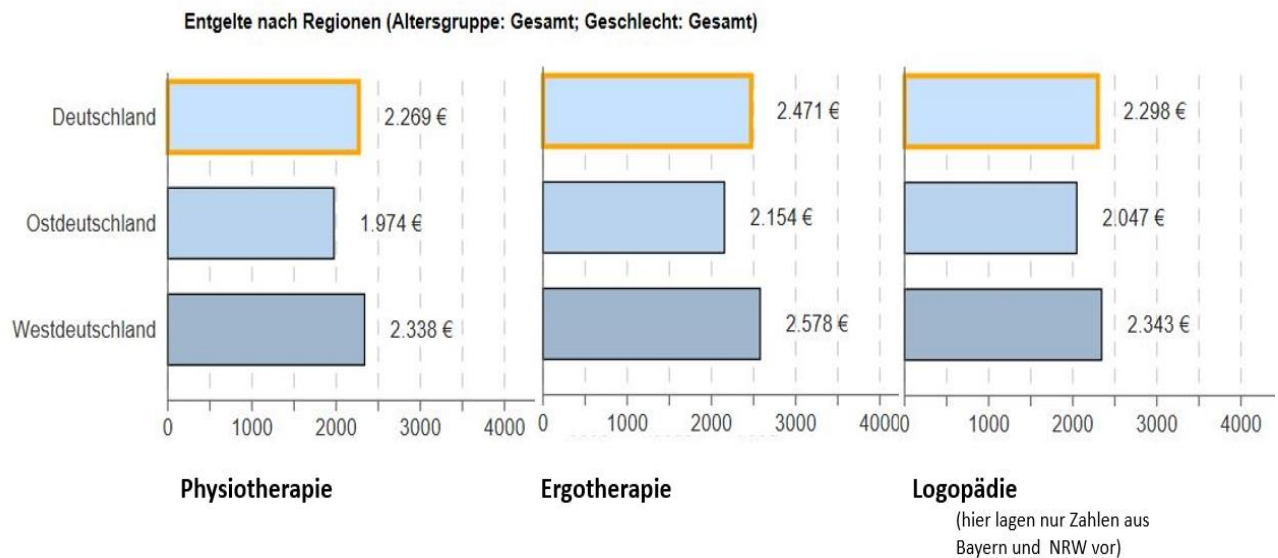
Quelle: GBE (2018 c); Eigene Darstellung



Quelle: GBE (2018 c); Eigene Darstellung

Grafik 7:

Bruttomonatsentgelt (Median) von Vollzeitbeschäftigten in den Therapieberufen, Stand 2017



Zum Vergleich: Das Medianentgelt aller Vollzeitbeschäftigten in Deutschland lag 2017 bei 3209 €

Quelle: AA (2018b); Eigene Darstellung

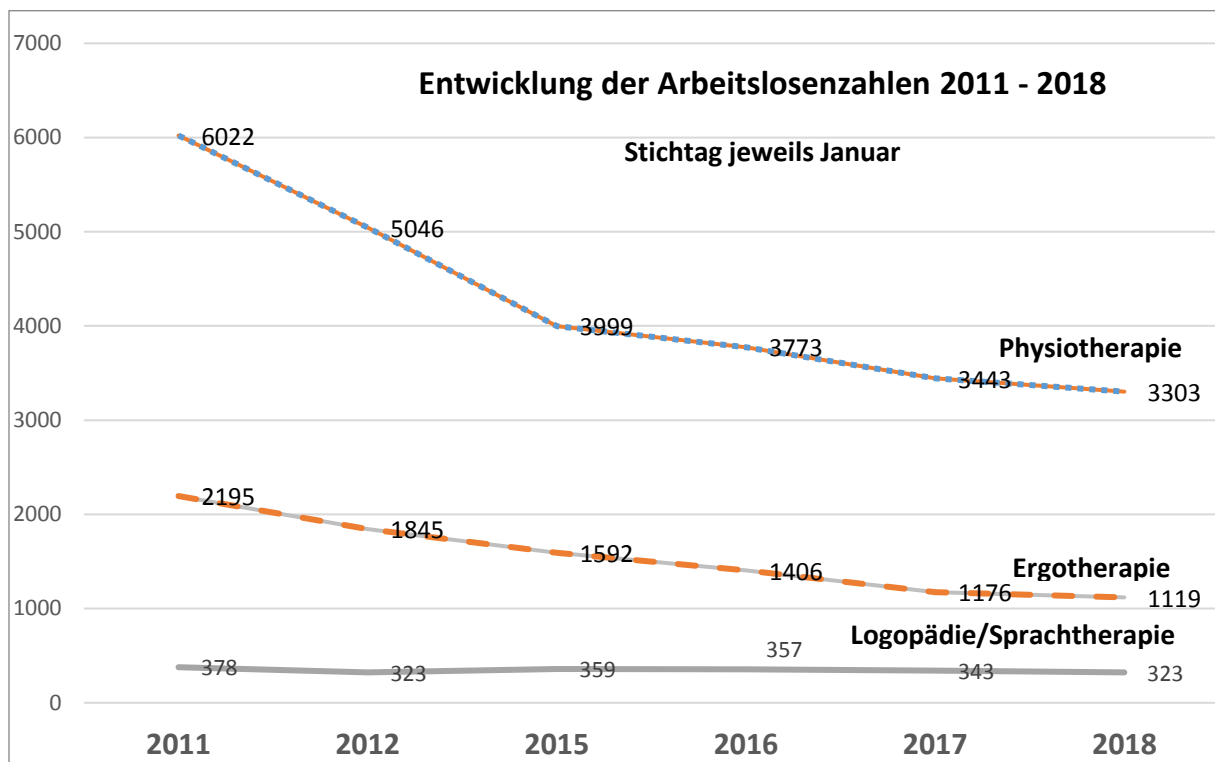
Tabelle 2

Zahl der Arbeitslosen und der freien Stellen in den Therapieberufen, Stand Mai 2018

Beruf	Arbeitslose	Freie Stellen
Physiotherapie	2820	6167
Ergotherapie	966	2356
Logopädie/Sprachtherapie	289	823

Quelle: AA (2018 a); Eigene Darstellung

Grafik 8:



Quelle: AA (2018 a); Eigene Darstellung

Tabelle 3:

Bestand und kalkulierter Neubedarf an primärqualifizierenden Studiengängen (PQS) (Stand 2018)

	Gesamt	Physiotherapie	Ergotherapie	Logopädie
Vorhandene Berufsfachschulen (2017/18)	528	260	188	80
Vorhandene Ausbildungsplätze an Schulen (Schüler 1. Schuljahr, 2017/18)	12.864	7.970	3.645	1.249
Durchschnittliche Gruppengröße¹⁾	24	31	19	16
Vorhandene PQS (Stand 2018)²⁾	30	17	6	7
Neubedarf an PQS mit je 60 Studienplätzen³⁾	214	133	60	21
Neubedarf an PQS bei Aufstockung der 30 PQS (von 30 auf 60 Studienplätze)⁴⁾	199	124	57	18
Neubedarf an PQS pro Bundesland und Jahr (Durchschnitt über 10 Jahre)⁵⁾	1,2	0,7	0,4	0,1
Neubedarf an PQS nach Ausbau der 75 ausbildungsintegrierenden bzw. additiven Studiengänge zu PQS⁶⁾	124	-	-	-
Neubedarf an PQS pro Bundesland und Jahr bei Nutzung aller vorhandenen Studiengänge (Durchschnittswert über 10 Jahre)	0,8	-	-	-

1) Schülerzahlen (Zeile 2) geteilt durch Anzahl der Schulen (Zeile 1)

2) Aufgenommen wurden alle Studiengänge, die vom HVG als PQS eingeschätzt oder von der jeweiligen Landesbehörde so bezeichnet werden.

3) Schulische Ausbildungsplätze (Zeile 2) geteilt durch 60.

4) Zu den PQS-Studienplätzen (Zulassungszahlen) sind keine statistischen Angaben verfügbar. Auf Basis der Angaben der Mitgliedshochschulen des HVG (vgl. HVG 2018) wurde ein Mittelwert von 30 Plätzen pro PQS geschätzt.

5) PQS-Zahlen in der Zeile darüber rechnerisch verteilt auf 16 Bundesländer und 10 Jahre (Übergangszeit); Durchschnittswerte

6) Quellen für die 75 anderen, nicht-primärqualifizierenden Studiengänge: HVG (o.J.), HRK (o.J.), Gesstud (o.J.), ZVK (o.J.), DVE (o.J.), dbl (o.J.). Je nach Quelle und Zugriffsdatum kann die Zahl der nicht-primärqualifizierenden Studiengänge leicht variieren.

Tabelle 4:

Anzahl primärqualifizierender Studiengänge (PQS) und dualer Studiengänge nach Bundesländern (Stand Juli 2018)

B-Land	Anz.PQS	Anz. duale Stg³⁾	Anz.Stg. insg
Ba Wü:	3	10	13
Bayern:	4	7	11
Berlin ¹⁾	5	5	10
Brandenburg	1	1	2
Bremen	-	1	1
Hamburg	2	6	8
Hessen	4	8	12
Meckl. VP	3	-	3
Nied.sachsen	-	7	7
NRW	4	15	19
Reinl.-Pfalz	-	4	4
Saarland ²⁾	2	-	2
Sachsen	-	3	3
Sachsen Anh.	-	-	0
Schlesw. Hol.	1	3	4
Thüringen	1	5	6
Bund insg.	30	75	105

¹⁾ Der PQS Physio-/Ergotherapie an der ASH wurde doppelt gezählt.

²⁾ Berufsakademie

³⁾ Mit `dualen` Studiengängen sind nicht- primärqualifizierende (ausbildungsintegrierende und additive) Studiengänge gemeint. Zu den Begriffsdefinitionen vgl. HVG (o.J), WR (2012)

Quellen: HVG (2018), HRK (o.J.), ZVK (o.J.), DVE (o.J.), dbl (o.J.), Gesstud (o.J.). Je nach Quelle und Zugriffsdatum kann die Zahl der PQS leicht variieren.

Literatur

AA (Arbeitsagentur) (2018a), Arbeitsmarkt nach Berufen; Fachkräfteengpassanalyse, <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2018-06.pdf> (Zugriff am 20.06.2018)

AA (Arbeitsagentur) (2018b), Entgeltatlas, https://entgeltatlas.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/faces/index.jspx?_afdf.ctrl-state=onljxvtvg_67&_afdfLoop=4409365914657096 (Zugriff am 13.10.2018)

ÄApprO (Approbationsordnung für Ärzte) (2002), BGBl. I S. 2405, zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), https://www.gesetze-im-internet.de/appro_2002/BJNR240500002.html (Zugriff am 08.09.2018)

AK BG L/S (Arbeitskreis Berufsgesetz Logopädie/Sprachtherapie) (2018), Rahmenstudienordnung für Studiengänge der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Fassung: 20.02.2018), http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Rahmenstudienordnung_20181.pdf (Zugriff am 08.09.2018)

BARMER GEK (Hrsg.) (2015), Heil- und Hilfsmittelreport 2015, <https://www.barmer.de/blob/37906/168499ade7c25bf26b6383a14c634f7e/data/pdf-barmer-gek-heil-und-hilfsmittelreport-2015.pdf> (Zugriff am 08.06.2018)

BerGModellKEG (Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten (2009), BGBl.1, S. 3158, <https://www.jurion.de/gesetze/bergmodellkeg/> (Zugriff am 20.06.2018)

BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung)(2013), Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen, <https://www.dqr.de/> (Zugriff am 23.05.2018)

BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (2014), Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich, GesinE – Studie, Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung, Bonn, https://www.bmbf.de/pub/Berufsbildungsforschung_Band_15.pdf (Zugriff am 24.07.2018)

BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (o.J.), Das Wissenschaftssystem - Qualitätspakt Lehre, <https://www.bmbf.de/de/qualitaetspakt-lehre-524.html> (Zugriff am 09.09.2018)

BMG (Bundesgesundheitsministerium) (o.J.), E-Health – Digitalisierung im Gesundheitswesen, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/e-health-initiative.html> (Zugriff am 19.09.2018)

BReg (Bundesregierung) (2018), Koalitionsvertrag: Ein neuer Aufbruch für Europa Eine neue Dynamik für Deutschland Ein neuer Zusammenhalt für unser Land, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD 19. Legislaturperiode vom 12. März 2018 <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf;jsessionid=0E080F2B22E38EBB7EB9197CC07722D7.s7t1?blob=publicationFile&v=6> (Zugriff am 23.08.2018)

Buchholz, D., Ohlrich, S., Valentini, L. (2015) in: Akademisierung der Diätetik in Deutschland am Beispiel der Hochschule Neubrandenburg, in: Aktuelle Ernährungsmedizin, Jg. 40, S. 379-385
https://www.hs-nb.de/fileadmin/hs-neubrandenburg/studiengaenge-fachbereiche/SG_DIA/Dokumente/Publicationen_Poster/2015_Buchholz_Akademisierung_der_Diaetetik_in_Deutschland.pdf (Zugriff am 29.10. 2018)

CHE (Centrum für Hochschulentwicklung) (2017), Hochschulbildung wird zum Normalfall – auch in räumlicher Hinsicht? Eine Analyse der Ausbreitung von Hochschulstandorten seit 1990, Gütersloh, http://www.che.de/downloads/Im_Blickpunkt_Hochschulbildung_in_raeumlicher_Hinsicht.pdf (Zugriff am 24.08.2018)

Dbl (Deutscher Bundesverband für Logopädie) e.V., <https://www.dbl-ev.de/> (Zugriff am 8.9. 2018)

DBT (Deutscher Bundestag) (2018), Drucksache 19/3749, Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. A. Kessler, S Ferschl, S. Gabelmann, weitere Abgeordneter und der Fraktion Die Linke, Einkommenssituation in der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie vom 7.8. 2018, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/037/1903749.pdf> (Zugriff am 29.9. 2018)

DBT (Deutscher Bundestag) (2016 a), Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten, Drucksache 18/9400 18. Wahlperiode 19.08.2016, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/094/1809400.pdf> (Zugriff am 19.08.2018)

DBT (Deutscher Bundestag) (2016 b), Drucksache 18/7823, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe, Anlage 3: Stellungnahme des Bundesrates, http://www.pflegeausbildung-generalistisch.de/images/Drucksache_18_7823.pdf (Zugriff am 09.09.2018)

DBT (Deutscher Bundestag) (2016 c), Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage von Abgeordneten und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zu Versorgung mit Heilmitteln – Einkommenssituation und Verteilung der Heilmittelerbringer in Deutschland, Bundesdrucksache 18/7283, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/072/1807283.pdf> (Zugriff am 20.06.2018)

DVE (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.).(2018), schriftliche Mitteilung des Referats für Aus- und Weiterbildung am 1.2. 2018

DVE (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.) (2017), Entwurf eines neuen Gesetzes über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (Ergotherapeutengesetz, ErgThG), https://dve.info/attachments/article/253/ErgThG_Homepage.pdf (Zugriff am 27.08.2018)

DVE (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.) und VDES (o.J.), <https://dve.info/> (Zugriff 19.08.2018)

ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education) (o.J.), <https://enothe.eu>, (Zugriff am 20.05.2018)

EU (Europäische Union) (2005) Europäische Berufsankennungsrichtlinie 2005/36/EG des Europ. Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, Amtsblatt der Europäische Union L 255/22 v. 30.9. 2005, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=DE> (Zugriff am 19.08.2018)

EU (Europäische Union) (2013), Richtlinie 2013/55/EU des Europ. Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt- Informationssystems („IMI-Verordnung“), <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=EN> (Zugriff am 19.08.2018)

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (o.J.), Der Innovationsfonds und der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss, <https://innovationsfonds.g-ba.de/> (Zugriff 09.09.2018)

GBE (Gesundheitsberichtserstattung des Bundes), (2018), Daten aus Deutschland, Statistisches Bundesamt, Hochschulstatistik, Statistik der Prüfungen, (www.gbe-bund.de) (Zugriff am 09.09.2018)

GBE (Gesundheitsberichtserstattung des Bundes) (2018 a), Hochschulen: Studenten in ausgewählten Studiengängen des Gesundheitswesens, WS 2016/2017, http://www.gbe-bund.de/gbe10/trecherche.prc_them_rech?tk=700&tk2=960&p_uid=gast&p_aid=8213311&p_sprache=D&cnt_ut=1&ut=960 (Zugriff am 09.09.2018)

GBE (Gesundheitsberichtserstattung des Bundes) (2018b), Daten aus Deutschland, Statistik der beruflichen Schulen, unterschiedliche Jahresstatistiken, (www.gbe-bund.de), (Zugriff am 09.09.2018)

GBE (Gesundheitsberichtserstattung des Bundes) (2018c), Daten aus Deutschland, Gesundheitspersonalberechnung, http://www.gbe-bund.de/gbe10/hrecherche.prc_herkunft_rech?tk=51310&tk2=51311&p_fid=7036&p_uid=gast&p_aid=89375749&p_sprache=D&cnt_ut=1&ut=51311 (Zugriff am 09.09.2018)

GKV - HIS (GKV-Heilmittel-Schnellinformationssystem) (2017), Bundesbericht Januar bis Dezember 2017, Stand: 23.05.2018, https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2017_04/Bundesbericht-HIS_201704.pdf (Zugriff am 19.09.2018)

GesBG (Gesundheitsberufegesetz) (2016), Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 30. 9. 2016, <https://www.admin.ch/opc/de/7federal-gazette/2016/7599.pdf> (Zugriff am 24.07.2018)

Gesstud (Gesundheit-studieren.com (o.J.), Wegweiser zu Deinem Studium, <https://www.gesundheit-studieren.com/fernstudium/> (Zugriff am 09.06.2018)

Hammer, S (2018), „Ich bin dann mal weg...“ - Gründe für den Ausstieg aus den Therapieberufen, Vortrag am 8.6.2018 an der Universität Lübeck, <http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Vortrag-HVG-Tagung-2018-Hammer-Ich-bin-dann-mal-weg.pdf> (Zugriff 29.08.2018)

Hansen, H., Breitbach-Snowdon, H., Degenkolb-Weyer, S., Hollweg, W., Janknecht, S., Post, J., Tietz, J. (2018), Daten zum Stand der Ausbildung in der Logopädie/Sprachtherapie, 2010-2017. https://www.hs-osnabrueck.de/fileadmin/News/Nachrichten/WiSo/2018/Ausbildung_Logopaedie_Sprachtherapie_2010-2017.pdf (Zugriff am 19.08.2018)

HHVG (Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung) (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_1535104483555 (Zugriff am 24.08.2018)

HRK (Hochschulrektorenkonferenz) (2017), EntschlieÙung der 23. Mitgliederversammlung der HRK am 14. November 2017 in Potsdam Primärqualifizierende Studiengänge in Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaften, Berlin und Bonn, https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-01-Beschluesse/Entschliessung_Primaerqualifizierende_Studiengaenge_14112017.pdf (Zugriff am 24.08.2018)

HRK (Hochschulrektorenkonferenz) (o.J.), Hochschulkompass, Studieren und promovieren in Deutschland, <https://www.hochschulkompass.de/home.html> (Zugriff am 28.06.2018)

HVG (Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V.) (2014), Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie (FQR-ThGFB), http://hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/FQR_ThGFB_%20HVG_2014_final.pdf (Zugriff am 09.09.2018)

HVG (Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V.) (2017), Empfehlungen des HVG e.V. für die Gestaltung primärqualifizierender Studiengänge für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie im Rahmen von Modellvorhaben, http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Empfehlungen_PQS_HVG_12.05.2017-2.pdf (Zugriff am 08.09.2018)

HVG (Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V.) (2018), Studiengänge der Mitgliedshochschulen des HVG e.V., Stand August 2018, http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Uebersicht_Studiengaenge_Therapieberufe_HVG_Mitgliedshochschulen_PQS_HVG_08.2018.pdf (Zugriff am 24.08.2018)

HVG (Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V.) (o.J.), Studiengänge für Therapieberufe, <http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/studiengaenge-fuer-therapieberufe/> (Zugriff am 23.07.2018)

KMK (Kultusministerkonferenz) (2010), Ländergemeinsame Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.10.2003 i.d.F. vom 04.02.2010), https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2003/2003_10_10-Laendergemeinsame-Strukturvorgaben.pdf (Zugriff am 06.09.2018)

Maihack, S. (2017), Arbeitskreis Berufsgesetz Logopädie/Sprachtherapie, Vortrag gehalten am 12.05.2017 an der MHH Hannover

MTD-Gesetz (Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste) (2018), BGBl für die Republik Österreich Nr. 460/1992, Aktuelle, konsolidierte Fassung, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010701> (Zugriff 23.08.2018)

MWFK (Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg) (2015), Akademisierung der Gesundheitsfachberufe: Land fördert erstmals Studiengänge in den Bereichen Pflege und Physiotherapie, Ausbau der Kapazitäten in Heidelberg, Karlsruhe, Ludwigsburg und Stuttgart zum Wintersemester 2015/16, <https://mwk.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/akademisierung-der-gesundheitsfachberufe-land-foerdert-erstmals-studiengaenge-in-den-bereichen-pfle/> (Zugriff am 09.09.2018)

PfIBRefG (Gesetz zur Reform der Pflegeberufe - Pflegeberufereformgesetz) (2017), Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, Bonn 24. Juli 2017, S. 2581ff

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D_1535103552125

(Zugriff 24.08.2017)

Räbiger J., Blümke, C. (2018), Ergebnisse der HVG Absolventenbefragung Primärqualifizierende Bachelor-Studiengänge für therapeutische Gesundheitsfachberufe (Physiotherapie Ergotherapie und Logopädie. Vortrag auf der HVG Fachtagung am 08.06.2018, http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Impulsvortrag_Ergebnisse_Absolventenbefragung.pdf (Zugriff am 22.08.2018)

RBS (Robert Bosch Stiftung) (1992), Pflege braucht Eliten: Denkschrift der Kommission der Robert Bosch Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. 3. Aufl., Bleicher, Stuttgart

RBS (Robert Bosch Stiftung) (2011), Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart

Richter, R. (2018), Fachkräftemangel - Ursachen und Perspektiven, Vortrag gehalten am 25.4. 2018 in Freiburg

Rottenecker, Joachim (2018), Persönliche Mitteilung als Sprecher von VAST gemäß Schulbefragung des DVE, am 25.08.2018

SHV, HVG, VAST, DVE, VPT, ZVK, dbl, dbs, dba, IFK, ZFD (2017), Zukunftsorientierte Patientenversorgung durch eine grundständige hochschulische Ausbildung der Therapieberufe Positionspapier für den Ausbau der hochschulischen Ausbildung der Therapieberufe (Diättherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Podologie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie), http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Positionspapier-Hochschulische-Ausbildung-in-den-Therapieberufen_15.12.17.pdf (Zugriff am 27.07.2018)

StaBA (Statistisches Bundesamt) (2018), Fachserie 11, Reihe 4.1 ; Bildung und Kultur, Studierende an Hochschulen, Sommersemester 2017, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Hochschulen/StudierendeHochschulenSommersemester2110410177314.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 02.08.2018)

StaBA (Statistisches Bundesamt) (2018a), Fachserie 11, Reihe 2; Bildung und Kultur, Berufliche Schulen, Schuljahr 2017/2018, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Schulen/BeruflicheSchulen2110200187004.pdf;jsessionid=2B608E01CC0A6B566CBB506961EB192E.InternetLive1?__blob=publicationFile (Zugriff am 20.9. 2018)

StaBA (Statistisches Bundesamt) (2018b), Bildung und Kultur, Allgemeinbildende Schulen, Schuljahr 2016/17, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Schulen/AllgemeinbildendeSchulen2110100177004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 20.06.2018)

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2007): Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf (Zugriff am 05.06.2018)

VAST, HVG, ver.di, BDSL, DVE, VDES, VLL (2015), Eckpunkte zur Ausbildungsreform in den Gesundheitsfachberufen (Heilberufe) Diskussionspapier der Arbeitsgruppe „Berufsbildung in den Heilberufen“ zur Entwicklung einer homogen(er)en Struktur und zur Qualitätssicherung der Berufsausbildung in den Heilberufen, http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de//dokumente/Eckpunkte_BBHG_Oktober_2015.pdf (Zugriff am 19.08.2018)

WCPT (World Confederation for Physical Therapy) (o.J.), <https://www.wcpt.org/what-is>, (Zugriff am 20.05.2018)

Wich, M., Rübiger, J. (2016), Blankoverordnung oder Direktzugang–Die Patienten müssen die Gewinner sein, in: physioscience 2016; 12: 158. 160, http://www.health-care-professionals-online.de/wp-content/uploads/2016/12/Wich_Raebiger_2016_Blankoverordnung_Direktzugang.pdf (Zugriff am 19.08.2018)

WR (Wissenschaftsrat) (2012) Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, Drs. 2411-12 Berlin 13 07 2012, <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (Zugriff am 22.07.2018)

ZVK (Deutscher Verband für Physiotherapie) e.V.(o.J.), <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise.html> (Zugriff am 28.9. 2018)

ZVK (Deutscher Verband für Physiotherapie) e.V.,(2017), Zahlen, Daten, Fakten aus berufsrelevanten Statistiken, Stand 23.8. 2018

Berufsgesetze und Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen

MPhG (Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz) (1994), BGBl. I S. 1084 vom 26.5. 1994, zuletzt geändert durch Art. 17d G v. 23.12.2016 I 319, <https://www.gesetze-im-internet.de/mphg/BJNR108400994.html> (Zugriff am 19.08.2018)

APrV Physiotherapie (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten, PhysTh-APrV) (1994), BGBl. I S. 3786 vom 6. 12. 1994, zuletzt geändert durch Artikel 27 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886), <https://www.gesetze-im-internet.de/physth-aprv/BJNR378600994.html> (Zugriff am 19.08.2018)

ErgThG (Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (Ergotherapeutengesetz) (1976), GBl. I S. 1246, vom 25.5. 1976, zuletzt geändert durch Art. 17a G v. 23.12.2016 I 3191, <https://www.gesetze-im-internet.de/bearbthg/ErgThG.pdf> (Zugriff am 24.08.2018)

APrV Ergotherapie (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, ErgAPrV) (1999), BGBl. I S. 1731 vom 2. 8. 1999, zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886), <https://www.gesetze-im-internet.de/ergthaprv/B, JNR173100999.html> (Zugriff am 24.08.2018)

LogPädG (Gesetz über den Beruf des Logopäden) (1980), BGBl. I S. 529 vom 7. Mai 1980, zuletzt geändert durch Artikel 17c des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191)

APrV Logopädie (Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden, LogAPrV) (1980), BGBl. I S. 1892 vom 1. 10.1980, zuletzt geändert durch Artikel 17 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886), <https://www.gesetze-im-internet.de/logapro/> (Zugriff am 24.08.2018)

Folgende Berufsverbände unterstützen das Strategiepapier:



DEUTSCHER VERBAND DER
ERGOTHERAPEUTEN E.V.



Deutscher Bundesverband
für Logopädie e.V.



In VAST organisierte Verbände:



VERBAND LEITENDER LEHRKRÄFTE
AN SCHULEN FÜR PHYSIOTHERAPIE DEUTSCHLAND E.V.

