



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



An das

Bundesministerium für Gesundheit

Referat 315

## **Konsultationsverfahren zur Vorbereitung eines späteren Referentenentwurfs über die Berufe in der Physiotherapie**

Schriftliche Beteiligung der Länder und Verbände

### Fragenkatalog:

- 1. Welche Position vertreten Sie zu einer möglichen Akademisierung (ggf. Voll- oder Teilakademisierung) der Ausbildung der Physiotherapie? Wie bewerten Sie ein „Nebeneinander“ der fachschulischen und akademischen Ausbildung? (bitte begründen)**

Wir halten die hochschulische Ausbildung (Vollakademisierung) für eine hochwertige und zukunftsfähige Patientenversorgung für den einzig richtigen Weg, und zwar aus den nachfolgenden Gründen:

Um den Anforderungen einer zukünftigen Patientenversorgung gerecht zu werden, bedarf es für die Physiotherapeuten einer hochschulischen Ausbildung mit hohem Praxisanteil. Dies bedeutet, dass die Studiengänge gezielt eine wissenschaftsbasierte, kontextbezogene und praxisorientierte Befähigung für die Arbeit in interprofessionellen Teams anstreben. Hierfür gilt es, entsprechende Kompetenzen auszubilden. Dies ist im europäischen und internationalen Raum üblich.

Es bedarf daher einer grundlegenden Ausbildungsreform für die Physiotherapeuten, und dem folgend auch für die zukünftigen Medizinischen Massagetherapeuten, dem heutigen Masseur und medizinischer Bademeister. Das derzeit gültige Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (MPhG) sowie die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (APrV) stammen aus dem Jahre 1994 und entsprechen nicht mehr den Anforderungen an eine zeitgemäße Physiotherapieausbildung.

Ein „Nebeneinander“ der fachschulischen und akademischen Ausbildung zum

Physiotherapeuten halten wir im Sinne einer qualitätsgesicherten Patientenversorgung für keinen gangbaren Weg. Das Berufsbild Physiotherapeut muss ein eindeutiges klares Profil haben. Es muss vermieden werden, zwei Wege der Berufsbefähigung anzubieten. Dies ist ein Hemmnis für die Weiterentwicklung der Ausbildung als auch für die Umsetzung der Patientenversorgung. D.h. der Unterschied zwischen den beiden Bildungswegen und die daraus entstehenden Folgen am Arbeitsmarkt wirken sich negativ aus – z. B. durch eine Spaltung der Berufsgruppe und durch schwer abzugrenzende Qualifikationsprofile der Therapeuten. Die Versorgungslage des Patienten muss eindeutigen Qualitätsansprüchen genügen und darf nicht einem Zwei-Klassen-System in der Versorgung Vorschub leisten.

Für eine flächendeckende, evidenzbasierte Patientenversorgung in der Physiotherapie ist es erforderlich, dass alle in der Patientenversorgung tätigen Berufsangehörigen das gesamte Tätigkeitsspektrum und den gesamten Therapieprozess ihres Berufes beherrschen. Sie müssen in der Lage sein, in allen Indikationsbereichen im individuellen Therapieverlauf eine angemessene therapeutische, prozessbegleitende Diagnostik durchzuführen sowie Therapien und Beratungen individuell zu planen, anzuwenden und zu evaluieren.

Diese so beschriebenen Kernaufgaben der Therapieberufe begründen die Unteilbarkeit der Berufe und damit die Forderung nach einer primärqualifizierenden, hochschulischen Ausbildung.

Das gegenwärtig bestehende Nebeneinander verschiedener Ausbildungswege ((Berufs-) Fachschulausbildung, additive und ausbildungsintegrierende Studiengänge sowie primärqualifizierende Studiengänge) innerhalb der Therapieberufe bringt schon heute für alle Beteiligten – Berufseinsteiger, Arbeitgeber sowie Patient\*innen – enorme Verunsicherung und Unklarheit mit sich und ist weder fachlich noch ökonomisch zu rechtfertigen. Fachlich verlangen therapeutische Kernaufgaben ein Kompetenzniveau, dem mit einer (berufs-)fachschulischen Ausbildung nicht länger begegnet werden kann. Ökonomisch würde ein Nebeneinander von Hochschulen und Berufsfachschulen eine doppelte Finanzierung der Infrastruktur- und Betriebskosten bedeuten. Dies hätte einen ineffizienten Einsatz von Finanzmitteln zur Folge. Die primärqualifizierende hochschulische Ausbildung ist notwendig, um mittelfristig eine flächendeckende wohnortnahe Patientenversorgung auf erforderlich hohem Niveau zu sichern.

Die Mehrwerte der primärqualifizierenden hochschulischen Ausbildung werden auch in der Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen nordrhein-westfälischer Modellstudiengänge (VAMOS) und in der HVG-Absolventenbefragung von 2019 verdeutlicht. Die Sorge, dass eine hochschulische Ausbildung keinen ausreichenden Praxisbezug aufweise, konnte in beiden Studien entkräftet werden. Neben der gelingenden Berufseinmündung – rund 90 Prozent der Absolvent\*innen arbeiten als Therapeut\*innen direkt mit Patient\*innen bzw. Klient\*innen in der beruflichen Praxis – verweisen die Studienergebnisse auf erweiterte Kompetenzen und Einsatzgebiete und belegen zudem eine hohe Zufriedenheit der Arbeitgeber. Aus Sicht des Fachbeirates zur VAMOS-Studie erreichen die Modellstudiengänge „demnach das an sie primär gestellte Ziel und befähigen die Absolvierenden in Bezug auf die direkte Versorgung von Patient\*innen sowie Klient\*innen zu einer beruflichen Handlungskompetenz, die den Anforderungen des Arbeitsmarkts entspricht. Der Fachbeirat, u. a. besetzt mit Krankenkassen-, Krankenhaus- und Ärztevertreter\*innen sowie Vertreter\*innen der Therapieberufe fordert daher dazu auf, für die Übernahme der Modellstudiengänge in den Regelbetrieb die notwendigen gesetzlichen

Grundlagen und eine finanzielle Förderung zu schaffen.

2. **Welche Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung für die Berufe in der Physiotherapie (Masseurinnen/Masseur und medizinische Bademeisterinnen/medizinischen Bademeister sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) halten Sie zukünftig für sinnvoll? Bitte differenzieren Sie nach den einzelnen Berufen.**

Das *Physiotherapiestudium* darf nur absolvieren, wer

1. mindestens einen der folgenden Abschlüsse nachweist:
  - a) den Abschluss mit einer Hochschulzugangsberechtigung oder
  - b) den Abschluss einer erfolgreich absolvierten Berufsausbildung zum Medizinischen Massagetherapeuten mit Hochschulzugangsberechtigung
2. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt,
3. nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist und
4. über die für das Studium sowie die Ausübung des Berufs erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt.

Voraussetzung für den Zugang zu einer Ausbildung zum „*Medizinischen Massagetherapeuten*“ ist,

1. der mittlere Bildungsabschluss oder
2. eine andere gleichwertige, abgeschlossene Schulbildung oder
3. nach einem Hauptschulabschluss oder einer gleichwertigen Schulbildung erfolgreich abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer
4. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt,
5. über die für die Ausübung sowie die Ausübung des Berufs erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt.

sowie die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufs.

Personen, die die staatliche Prüfung zum „*Medizinischen Massagetherapeuten*“ mit allgemeinbildendem Teil bestanden haben, erhalten die fachgebundene Hochschulzugangsberechtigung und damit die Möglichkeit, das *Physiotherapiestudium* zu absolvieren (siehe Ziffer 6 b).

3. **Wie sollten die Ausbildungsziele und Kompetenzen ausgestaltet sein, um den heutigen und zukünftigen Anforderungen an die Berufe in der Physiotherapie zu entsprechen? Bitte differenzieren Sie nach den einzelnen Berufen.**

Die Gesundheitsversorgung ist in den letzten Jahren aufgrund der demografischen Entwicklungen, des medizinisch-technischen Fortschritts und des gesellschaftlichen Wertewandels anspruchsvoller und komplexer geworden.

Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass seit der letzten Novellierung des MPhGs eine signifikante Verschiebung der gesellschaftlichen medizinischen Versorgung aus dem stationären in den ambulanten Sektor vollzogen und infolgedessen immer mehr Verantwortung dem ambulanten Bereich zugewiesen wurde. Dies hatte insbesondere auch auf die physiotherapeutische Versorgung eine deutliche Zunahme an

Verantwortung und Entscheidungen zur Folge, die sich in der Novellierung des MPhG niederschlagen muss.

Die Ausbildung zum Physiotherapeuten muss dahingehend verändert werden, dass sie den Erwerb der Kompetenzen in Anlehnung an den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (AK DQR, 2011), EFQR, die WPT guideline for physical therapist professional entry level education (WPT, 2011) sowie die CanMeds von 2015 berücksichtigt. Sowohl theoretische und praktische Lehrveranstaltungen sowie die praktische Ausbildung müssen sich am zukünftigen Tätigkeitsprofil der Physiotherapeuten ausrichten. Analog dazu muss die staatliche Prüfung so gestaltet sein, dass die in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen entsprechend kompetenzorientiert – gemäß der Regularien der Hochschulgesetze und Akkreditierungsanforderungen - geprüft werden. Dabei erwirbt der zukünftige Physiotherapeut Kompetenzen, die ihm die Steuerungsverantwortung für den physiotherapeutischen Prozess gestatten. Weitere Einzelheiten bitten wir dem beigefügten Kompetenzkatalog (Anlage 1) zu entnehmen.

Die Ausbildung zum Medizinischen Massagetherapeuten soll entsprechend der Aufgabenstellung des Berufs insbesondere dazu befähigen, durch Anwenden geeigneter massagetherapeutischer Behandlungsmethoden in den Bereichen der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliativmedizin zur Heilung und Linderung, zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, zu gesundheitsförderndem Verhalten und zum Kurerfolg zu führen.

4. **Wie ist Ihre Position zur zukünftigen horizontalen und vertikalen Durchlässigkeit zwischen beruflicher und akademischer Bildung in den Berufen in der Physiotherapie? (bitte begründen)**

Auch Menschen mit mittlerem Bildungsabschluss soll durch die Etablierung einer hochschulischen Ausbildung der Weg in das Berufsfeld Physiotherapie zugänglich bleiben. Der Erwerb der Hochschulzugangsberechtigung kann künftig über die Ausbildung zum/zur „Medizinischen Massagetherapeuten“ oder über den Besuch einer gesundheitlich orientierten Fachoberschule erfolgen. Die Anerkennung von Inhalten für das Studium obliegt der Hochschule. Klare Strukturen für Durchstiegsregelungen für den nachträglichen Erwerb eines hochschulischen Abschlusses müssen erarbeitet werden.

Zudem müssen transparente und verlässliche Bestandsschutzregelungen für Physiotherapeuten mit bereits absolvierter Ausbildung entwickelt werden.

Hinsichtlich der Zugangsmöglichkeiten für die heutigen Physiotherapeuten\*innen und die zukünftige Ausbildung zum „Medizinischen Massagetherapeuten“ verweisen wir auf das beiliegende Eckpunktepapier zum Transformationsprozess von Berufsfachschulen der Physiotherapie 2030 (Anlage 2).

5. **Sollten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten zukünftig im Rahmen einer akademischen Ausbildung zusätzliche Kompetenzen erwerben und diesen Kompetenzen entsprechende Aufgaben eigenverantwortlich ausüben dürfen? Wenn ja, welche der nachfolgenden Kompetenzen sollten erworben und eigenverantwortlich ausgeübt werden?(bitte begründen)**

Die hochschulische Ausbildung zur/zum Physiotherapeutin/en muss zur unmittelbaren, selbstständigen und eigenverantwortlichen Erfüllung von physiotherapeutischen Aufgaben mit Menschen aller Alterststufen entsprechend dem

allgemein anerkannten (internationalen) Standard fundierter physiotherapeutischer, medizinischer und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse befähigen. Weitere Einzelheiten bitten wir dem beigefügten Kompetenzkatalog (Anlage 1) zu entnehmen.

Die gelisteten Kompetenzen besitzen Physiotherapeuten teilweise schon heute. Daher wird im Folgenden differenziert beschrieben, welche Kompetenzen bereits heute vermittelt werden und welche im Sinne einer hochschulischen Ausbildung verbindlich unterrichtet werden sollen.

- Physiotherapeutische Diagnostik (inkl. Screening auf Risikofaktoren, Diagnosestellung)
- Eigenverantwortliche Festlegung der therapeutischen Maßnahmen (inkl. Therapiefrequenz und -dauer)  
(Anordnung bildgebender Verfahren)  
(Ausstellung von Krankenschreibungen)
- Angebot von präventiven Beratungen
- Evaluation  
(Überweisung an Hausarzt/-ärztin)
- Überweisung an Spezialisten/-innen bzw. Fachärzte/-innen  
(Überweisung an andere Gesundheitsfachpersonen)
- Ggf. weitere Kompetenzen:
  - Verordnung von physiotherapeutisch notwendigen Hilfsmitteln und digitale Gesundheitsanwendungen
  - Wissenschaft und Forschung (eigenständiges Forschungsgebiet)
  - Interprofessionelle Zusammenarbeit (Kommunikation auf Augenhöhe mit allen im Gesundheitswesen agierenden Akteuren)

Begründungen:

### **Physiotherapeutische Diagnostik (inkl. Screening auf Risikofaktoren, Diagnosestellung)**

In der derzeitigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV) (Anlage 1 (zu § 1 Abs. 1) ist festgelegt, dass Physiotherapeuten bereits physiotherapeutische Befund- und Untersuchungstechniken in einem Stundenumfang von 100 UE erlernen. Hierzu zählen u.a. die Grundlagen der Befunderhebung, Inspektion, Funktionsprüfung und die Erstellung eines Behandlungsplans. Zudem sollen die Absolventinnen und Absolventen verbindlich Screeningverfahren erlernen und einen Physiotherapiebedarf bei bewegungsbezogenen Problemstellungen von Menschen aller Altersstufen beurteilen und darauf selbstständig und eigenverantwortlich die Indikation oder Kontraindikation für die Physiotherapie ableiten können.

Im Rahmen einer akademischen Ausbildung sollen Absolventinnen und Absolventen darüber hinaus die Kompetenzen erhalten, geeignete Assessments und Untersuchungsmethoden auf Basis der derzeitig besten Evidenz auszuwählen, anzuwenden und zu evaluieren.

Den heutigen Berufsangehörigen sollen Weiterqualifizierungsmaßnahmen angeboten werden, damit sie sich für diese Fähigkeiten qualifizieren ohne den „Umweg“ über den Teilheilpraktiker Physiotherapie machen zu müssen.

## **Eigenverantwortliche Festlegung der therapeutischen Maßnahmen (inkl. Therapiefrequenz und -dauer)**

Wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, besitzen Physiotherapeuten bereits die Kompetenz, Befund- und Untersuchungstechniken anzuwenden und daraus abgeleitet die Therapie zu planen. In der zukünftigen Ausbildung sollen Physiotherapeuten verbindlich die Kompetenzen erhalten, physiotherapeutische Prozesse indikationsbezogen und evidenzbasiert eigenverantwortlich zu organisieren, zu analysieren, durchzuführen und zu evaluieren.

## **Angebot von präventiven Beratungen**

Zur Vertiefung der Kompetenzen im Sinne einer akademischen Ausbildung gehört, dass Physiotherapeuten Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Physiotherapieprozessen bei Menschen mit besonderen gesundheitlichen Problemlagen unter Berücksichtigung von wissenschaftlich fundierten Ansätzen der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation übernehmen. Des Weiteren sollen Physiotherapeuten im Rahmen einer akademischen Ausbildung verbindlich die Kompetenzen erhalten, entsprechend der rechtlichen Bestimmungen selbstständig und eigenverantwortlich Maßnahmen der Rehabilitation und Prävention bei Menschen aller Altersstufen auf Grundlage der bestverfügbaren Evidenz durchzuführen. Ebenso sollen angehende Physiotherapeuten im Sinne einer akademischen Ausbildung in Kommunikations- und Edukationssituationen eingeführt werden und mit an der Konzeption und Evaluation von Beratungs- und Schulungskonzepten mitwirken.

## **Überweisung an Spezialisten/-innen bzw. Fachärzte/-innen (Überweisung an andere Gesundheitsfachpersonen)**

Sofern Physiotherapeuten im Rahmen des Screeningsverfahrens beim Direktzugang die Notwendigkeit einer ärztlichen Begutachtung erkennen, sollen Physiotherapeuten die Kompetenz erhalten, eigenverantwortlich und selbstständig die Notwendigkeit der Überweisung an andere Professionen zu erkennen und zu veranlassen.

## **Verordnung von physiotherapeutisch notwendigen Hilfsmitteln und digitale Gesundheitsanwendungen**

Physiotherapeuten sollen die Kompetenzen erhalten, passende Hilfsmittel und digitale Gesundheitsanwendungen zu ermitteln, in Interventionen einzubeziehen, ggf. anzupassen und zu verordnen. Sie stärken damit die Kompetenzen von Patient\*innen, Angehörigen und anderen Bezugspersonen im Verständnis und in der Anwendung bewegungsfördernden Maßnahmen und im Umgang mit Hilfsmitteln.

## **Wissenschaft und Forschung (eigenständiges Forschungsgebiet)**

Physiotherapeuten sollen im Rahmen einer ersten akademischen Ausbildung (Bachelor) verbindlich die Kompetenzen erhalten, Fragen der Therapiewissenschaft und -forschung abzuleiten und an Forschungsprojekten mitzuwirken. Des Weiteren erlernen Physiotherapeuten Forschungsergebnisse zu bewerten und forschungsgestützte Problemlösungen sowie neue Technologien für die Gestaltung von Physiotherapieprozessen zu nutzen.

Die für die Therapie maßgeblichen Leistungen müssen laufend den wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst werden. Wissenschaftlich qualifizierte Therapeuten sind in der Lage, auf der Grundlage eigener Befundung eigenständig angemessene Therapiemaßnahmen auszuwählen, umzusetzen, anzupassen, zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Physiotherapeutische Interventionen basieren auf der Anwendung wissenschaftlicher Instrumente und Erkenntnisse auf den individuellen Fall. Kompetenzen der Wissenschaft und Forschung sind unabdingbare Voraussetzungen für eine berufsbezogene Grundlagen- klinische und Versorgungsforschung und sorgen damit auch perspektivisch für eine optimale, physiotherapeutische wissenschaftlich fundierte Patientenversorgung.

### **Interprofessionelle Zusammenarbeit (Kommunikation auf Augenhöhe mit allen im Gesundheitswesen agierenden Akteuren)**

Interprofessionelle Kompetenzen sollten vergleichbar dem Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) unterrichtet werden. Optimal für eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit sind vergleichbare Lernziele in der Ausbildung sowie die Möglichkeit, gemeinsamen Prüfungen durchzuführen.

Physiotherapeuten arbeiten schon heute interprofessionell zusammen und können Versorgungssituationen zielführend und patientenorientiert gestalten. Diese Kompetenzen sind bisher nicht in der Ausbildungs- und Prüfungsordnung verankert und sollen in einer zukünftigen akademischen Ausbildung verpflichtend aufgenommen werden. Physiotherapeuten sollen verbindlich die Kompetenzen erhalten, Sichtweisen der eigenen und der angrenzenden Professionen in Versorgungssituationen zu berücksichtigen.

Im Sinne einer akademischen Ausbildung sollen Physiotherapeuten verbindlich die Kompetenzen erhalten, an der Evaluation des gesamten Versorgungsprozesses gemeinsam mit dem interprofessionellen Team mitzuwirken und zur Analyse von Versorgungsstrukturen und Steuerung von Versorgungsprozessen beizutragen.

- 6. Welche Ausbildungsdauer für die Berufe in der Physiotherapie ist Ihrer Meinung nach für eine qualifizierte Patientenversorgung sinnvoll? Wie sollten die Anteile der praktischen und theoretischen Ausbildung zukünftig gewichtet und ausgestaltet sein? Bitte differenzieren Sie nach Hochschule und Berufsfachschule sowie nach den einzelnen Berufen.**

#### **a) Physiotherapeuten:**

Das Studium der Physiotherapie dauert in Vollzeit mindestens sieben Semester (mindestens 210 Credit Points) und umfasst theoretische und praktische Lehrveranstaltungen an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen anhand eines modularen Curriculums sowie eine praktische Ausbildung, die einen Theorie-Praxis-Transfer in dafür geeigneten Einrichtungen gewährleisten.

Die für die Berufserlaubnis maßgeblichen Teile des Physiotherapiestudiums umfassen mindestens 4500 Stunden. Davon entfallen 2900 Stunden auf den hochschulischen Teil und 1600 Stunden auf den berufspraktischen Studienteil (praktische Ausbildung am Patienten), davon sind max. 20 % Selbststudium anzurechnen (siehe beigefügter Kompetenzkatalog – Anlage 1).

## **b) Medizinischer Massagetherapeut**

Die Ausbildung zum Medizinischen Massagetherapeuten umfasst mindestens 3900 Unterrichtseinheiten (UE) für den berufsqualifizierenden Teil. Der allgemeinbildende Teil der Ausbildung umfasst 560 UE entsprechend der KMK Richtlinien und kann vom Teilnehmer des Ausbildungsganges in Anspruch genommen werden, um die Voraussetzungen zum Durchstieg in die Physiotherapie zu ermöglichen.

Die berufsqualifizierende Ausbildung soll einen Umfang von 2700 UE im theoretischen und praktischen Unterricht haben, sowie 1200 UE in der praktischen Ausbildung.

Die berufsqualifizierende Ausbildung umfasst eine Dauer von 2,5 Jahren und kann um den allgemeinbildenden Teil auf 3 Jahre erhöht werden.

### **7. Welche derzeit für die Physiotherapie erforderlichen Weiterbildungen für die sogenannten Zertifikatspositionen (z.B. Manuelle Therapie, Manuelle Lymphdrainage) lassen sich Ihrer Ansicht nach zukünftig wie in die Ausbildung integrieren? Welche Folgen hätte dies für den Inhalt, die Dauer sowie das Niveau (Berufsfachschule oder höher) der Ausbildung?**

Mit Einführung einer kompetenzorientierten Ausbildung muss auch das Weiterbildungssystem den neuen Veränderungen angepasst werden. Da sich die Ausbildung zukünftig an Kompetenzen und nicht mehr an der Vermittlung von Behandlungstechniken orientiert, ist auch das Weiterbildungssystem zu überarbeiten. Physiotherapeutische Weiterbildungsprogramme orientieren ihre Ziele zunehmend an Abschlusskompetenzen. Das Weiterbildungskonzept z. B. der „entrustable professional activities“ (EPA) (Breckwoldt et al. 2018), welches in der medizinischen Weiterbildung bereits erfolgreich umgesetzt wird, kann auch ein Modell für die Physiotherapie sein. Als EPA wird eine in sich abgeschlossene klinische Arbeitseinheit bezeichnet, die für den jeweiligen Arbeitsbereich typisch ist und die im Verlauf der Weiterbildung schrittweise dem Weiterzubildenden zur selbstständigen Durchführung anvertraut wird. Eine EPA kann als Weiterentwicklung eines kompetenzbasierten Ausbildungskonzepts verstanden werden und als Struktur an einer hochschulischen Ausbildung anschließen.

### **8. Wie kann Ihrer Meinung nach eine praxisorientierte Ausbildung bei einer Akademisierung der Ausbildung der Physiotherapie weiterhin gewährleistet werden? Bitte differenzieren Sie nach Voll- und Teilakademisierung.**

Unumstritten ist die Tatsache, dass praxisorientierte Ausbildungsanteile ein wichtiger Bestandteil einer hochschulischen Ausbildung sind.

Auch zukünftig muss gewährleistet werden, dass Studierende in der Vielfalt an beruflichen Settings, wie z.B. stationär, ambulant, rehabilitativ und in den unterschiedlichsten medizinischen Fachbereichen ihre Ausbildung erfahren. Nur dies gewährleistet eine Kompetenzentwicklung, die der beruflichen Komplexität gerecht wird.

Die wechselseitige Beeinflussung von „Theorie und Praxis“ sind in einer hochschulischen Ausbildung bestmöglich miteinander zu verknüpfen, mit dem erklärten Ziel, eine wissenschaftsfundierte Physiotherapie nachhaltig in der Gesundheitsversorgung zu verankern. Die Umsetzung der praxisorientierten (praktischen) Ausbildung erfolgt in enger Anbindung an Praxispartner im



physiotherapeutischen Handlungsfeld. Im Handlungsfeld bedarf es Qualitätsanforderungen an die Praxisanleiter, Anleiterquoten und explizite Lernsituationen. Begleitend bedarf es Lehrpersonal, hochschulischer Ausbildungsstrukturen und -konzepte, deren originäres Ziel es ist, den Studierenden eine wissenschaftsbasierte, berufsfeldorientierte Lernbegleitung und -anleitung zu garantieren. Dies umfasst z.B. die Organisation der Praxisphasen, das Prüfungswesen der Studierenden und ermöglicht die konzeptionelle Einbindung der praxisorientierten Studiums Anteile in die Studiengangentwicklung.

Die Umsetzung könnte beispielsweise über Hochschulambulanzen, qualifizierte (Lehr-)Praxen/Kliniken oder Rehasentren unterstützt werden. Die Gesamtverantwortung für die theoretische als auch die praktische Ausbildung am Patienten muss bei den Hochschulen liegen, um Prozesse der Weiterentwicklung steuern und den Theorie-Praxis-Transfer gewährleisten zu können.

**9. Wie bewerten Sie die Möglichkeit der Ausgestaltung einer akademischen Ausbildung der Physiotherapie als „dualer Studiengang“?**

Duale Studiengänge zeichnen sich nach der Definition des Akkreditierungsrates durch die Inanspruchnahme von Institutionen und vergleichbaren Einrichtungen als zweitem Lernort neben der Hochschule und die Verteilung des Curriculums auf mindestens zwei Lernorte aus.

Wie bereits in Frage 8 dargestellt, ist eine praxisorientierte Kompetenzentwicklung wesentlicher Bestandteil eines zukünftigen Physiotherapie-Studiums. Ebenfalls wurde das große Praxis-Spektrum der Physiotherapie angesprochen. Wesentliche physiotherapeutische Handlungsfelder finden sich im präventiven, kurativen, rehabilitativen und auch palliativen Bereich. In einem dualen Studium müssten Unternehmen oder andere Einrichtungen organisatorisch wie inhaltlich gewährleisten, dass sie den Studierenden im Rahmen der praktischen Ausbildung die Möglichkeit des Kompetenzerwerbs in diesen verschiedenen Handlungsfeldern ermöglichen. Die Physiotherapie bedarf der Ausbildung in sehr vielen verschiedenen Handlungsfeldern und Settings. Daher ist ein dualer Studiengang, wie im Hebammengesetz vorgesehen und konzipiert, auf die Physiotherapie nicht übertragbar.

Bei der Sicherstellung der Qualitätsansprüche darf die Wissenschaft in der Lehre nicht durch Einflussmöglichkeiten der Institutionen/Praxis auf die Studieninhalte und die Modulstruktur beeinträchtigt werden.

Der Vorteil eines primärqualifizierenden – im Gegensatz zum dualen - Studiums ist daher, dass die gesamte Verantwortung sowohl für das theoretische als auch das praktische Lernen faktisch in der Hand der Hochschule liegt. Somit ist eine Verzahnung der theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalte sicher gewährleistet.

**10. Wie viele primärqualifizierende Studiengänge müssten pro Land im Fall einer Vollakademisierung neu eingerichtet werden bzw. wie hoch müsste die Studienkapazität pro Land sein?**

In einem sukzessiven Transformationsprozess können die erforderlichen Studienkapazitäten für eine flächendeckend hochschulische Ausbildung in der Physiotherapie gut erreicht werden. Derzeit sind 17 (Stand 2018)

primärqualifizierende Studiengänge Physiotherapie erfolgreich etabliert. Der Ausbau der vorhandenen primärqualifizierenden Kapazitäten sowie der Aus- und Umbau der weiteren ausbildungsintegrierender oder additiver Studiengänge bieten sehr gute Voraussetzungen für die erforderliche Ausbildungsreform.

Auf der Basis von 7970 Schülern des 1. Schuljahrs an Physiotherapieschulen (2017/2018), besteht ein Neubedarf von 133 PQS mit je 60 Studienplätzen. ( $7970/60 = 132,8$ ). Auf Basis der Angaben der Mitgliedshochschulen des HVG wurde ein Mittelwert von 30 Plätzen pro PQS geschätzt, daher würde der Neubedarf auf 124 PQS mit je 60 Studienplätzen pro Jahr sinken, wenn die vorhandenen PQS auf je 60 Studienplätze aufgestockt würden.

Werden diese vorhandenen Potentiale ausgeschöpft, müssen nach Schätzungen von HVG und VAST über die nächsten 10 Jahre durchschnittlich 0,7 primärqualifizierende Studiengänge Physiotherapie pro Bundesland und Jahr neu eingerichtet werden. 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.

(Quelle: HVG, VAST (2018) Notwendigkeit und Umsetzung einer vollständigen hochschulischen Ausbildung in den Therapieberufen (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie) – Strategiepapier; Zugriff 26.05.21 [https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Strategiepapier-2018\\_11\\_08.pdf](https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Strategiepapier-2018_11_08.pdf))

**11. Halten Sie eine Angleichung der Physiotherapeutenausbildung an die europäische hochschulische Ausbildung (Bachelor-Niveau EQR/DQR 6) und eine Angleichung der Tätigkeiten für sinnvoll? (bitte begründen)**

Ja, in jedem Fall. Da es im europäischen Raum keine automatische Anerkennung der Therapieberufe gibt, muss jeweils verglichen werden, ob die Ausbildungen gleichwertig sind. Dabei kann es dazu kommen, dass die Anerkennung mit Auflagen verbunden ist. In Europa ist dies mittels der Anerkennungsrichtlinie so geregelt. Die hochschulische Ausbildung in den Therapieberufen trägt dazu bei, die Anerkennung der Ausbildungen und der Mobilität der Physiotherapeuten zu erleichtern, da sowohl europaweit als auch international die hochschulische Ausbildung Standard ist. Im Vergleich zu den übrigen EU-Mitgliedsstaaten, bei denen die Ausbildung in den Therapieberufen an Hochschulen stattfindet, bildet Deutschland mit der Verortung der Berufsausbildungen an (Berufs-)Fachschulen europaweit das Schlusslicht. Der dadurch entstehende Wettbewerbsnachteil, den in Deutschland ausgebildete Physiotherapeut\*innen im Ausland erleben, ist immens. Es besteht die Sorge, dass die Therapieberufe auch künftig im internationalen Vergleich nicht bestehen, da sie ihrer Möglichkeit beraubt werden, eine entsprechende Professionsentwicklung gemäß den aktuellen Erkenntnissen und dem Stand der wissenschaftlichen Forschung voranzutreiben. (Berufs-)Fachschulen sind zudem keine Institutionen, an denen Forschung und wissenschaftliche Entwicklung betrieben werden können. Dazu kann es nur kommen, wenn die Ausbildung vollständig an Hochschulen angesiedelt wird. Die dadurch erwartbar höhere Versorgungsqualität wird einen unmittelbaren Nutzen für die Patient\*innen und deren Angehörige haben.

- 12. In welchen Tätigkeitsbereichen werden Ihrer Einschätzung nach im Fall einer Akademisierung der Ausbildung der Physiotherapie die Absolventinnen / Absolventen überwiegend tätig werden? Wie bewerten Sie die Auswirkungen einer Akademisierung auf die Versorgungsqualität und Vergütungsstruktur? Bitte differenzieren Sie nach Voll- und Teilakademisierung.**

Auch die Absolvent\*innen einer hochschulischen Ausbildung sind und werden überwiegend in der Patientenversorgung tätig sein (siehe oben, Antwort Frage 1). In allen physiotherapeutischen Tätigkeitsbereichen bedarf es akademisch ausgebildeter Physiotherapeuten, die eine qualitativ hochwertigere, evidenzbasierte Patientenversorgung sicherstellen. Hier gelten die gleichen Regeln wie beim Mediziner, der sowohl am Patienten wie auch in der Wissenschaft und Forschung tätig ist. Die Patientenversorgung ist anspruchsvoller (siehe oben Ziffer 3), daher ist eine hochschulische Ausbildung für alle zukünftigen Physiotherapeut\*innen notwendig.

- 13. Wie sollte aus Ihrer Sicht im Fall einer Vollakademisierung der Ausbildung der Physiotherapie der Bestandsschutz für Absolventinnen und Absolventen fachschulischer Ausbildungen ausgestaltet sein? (Voller Bestandsschutz, voller Zugang zu ggf. nach neuem Recht zu regelnden vorbehaltenen Tätigkeiten?) Welche Ausgestaltungsalternativen sind Ihrer Meinung nach denkbar? (bitte begründen)**

Bestandsschutzregeln müssen sicherstellen, dass Therapeut\*innen mit fachschulischer Ausbildung ihren Beruf in bisherigem Umfang ohne Einschränkungen ausüben können.

Für neue, erweiterte Kompetenzbereiche müssen praktikable Durchstiegsmöglichkeiten für schon tätige Physiotherapeut\*innen geschaffen werden.

- 14. Welche Kompetenzen und Tätigkeitsbereiche halten Sie zukünftig für Masseurinnen/Masseur und medizinische Bademeisterinnen/medizinischen Bademeister für sinnvoll? (bitte begründen)**

Der Beruf des Medizinischen Massagetherapeuten umfasst die eigenverantwortliche Anwendung von geeigneten massagetherapeutischen und physikalischen Behandlungsmethoden in den Bereichen der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliativmedizin. Er trägt zum komplikationslosen Heilungsverlauf von Erkrankungen und zum allgemeinen Wohlbefinden bei Menschen aller Altersstufen bei.

Auszubildende sind befähigt, insbesondere auf struktureller Ebene des menschlichen Organismus in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliativversorgung zu agieren. Sie beurteilen insbesondere die strukturellen Ebenen des menschlichen Organismus in Bezug auf ihren fördernden oder hemmenden Einfluss auf die Bewegungsfähigkeit in einem partizipativen Entscheidungsprozess, beeinflussen bedürfnis- und ressourcenorientiert diese Ebenen des Organismus und tragen somit zur funktionellen Leistungsfähigkeit eines Individuums bei. Sie erbringen in diesem Sinne Leistungen sowohl gegenüber einzelnen Personen als auch gegenüber Personengruppen in allen Sektoren der gesundheitlichen Versorgung. Sie arbeiten in interprofessionellen bzw. interdisziplinären Teams zusammen und bringen ihre Expertise zum Wohle der Patientinnen und Patienten sowie Klientinnen und Klienten ein und agieren gemäß einem Kodex beruflicher Ethik.

Die Tätigkeitsbereiche liegen in der Massagetherapie, Physikalischen Therapie und der allgemeinen Bewegungstherapie in Einzel- und Gruppenbehandlungen in allgemeinen und speziellen Versorgungsbereichen des Gesundheitssystems.

**15. Welche Position vertreten Sie zum Thema Direktzugang zur Physiotherapie? Welche Vorteile sehen Sie in einem Direktzugang? Welche Nachteile sehen Sie in einem Direktzugang? (bitte begründen)**

Schon heute besteht für die Physiotherapeuten die Möglichkeit, Patienten im Direktzugang zu behandeln, zwar (noch) über den Umweg des eingeschränkten Heilpraktikers, aber an den fachlichen Voraussetzungen ändert sich dadurch nichts. Hierauf hat das Bundesverwaltungsgericht bereits in seiner Entscheidung vom 26.8.2009 hingewiesen. Insbesondere fehlen für den Direktzugang der Patienten zum Physiotherapeuten die Voraussetzungen in der aktuellen Ausbildung, die für eine „selbstständige Erstdiagnose (BVwerG, aaO, Rz 24) notwendig sind“. Nach unserer Auffassung geht es jedoch nicht um eine selbstständige Erstdiagnose. Dies ist nicht unser Ziel. Zur Patientensicherheit und Gefahrenabwehr ist obligatorisch ein systematisches Vorgehen im Rahmen eines Screenings erforderlich, bei dem abgeklärt wird, ob Symptome oder Störungen festzustellen sind, die auf eine ernsthafte Erkrankung schließen lassen und einen Erstkontakt zum Arzt erforderlich machen. In diesem Zusammenhang ist von besonderer Bedeutung, dass Physiotherapeuten, die im Direktzugang arbeiten, keine weiteren medizinischen Tätigkeiten übernehmen wollen.

Das Ziel ist vielmehr, durch eine Änderung des Berufsausbildungsgesetzes hin zur vollständigen hochschulischen Ausbildung eine Grundlage für den Direktzugang zu schaffen. Es geht darum, jedem Physiotherapeuten verbindlich in der Ausbildung die Kompetenzen zu vermitteln, die er benötigt, um in einem systematischen Screening und unter Anwendung geeigneter Assessments die Fähigkeiten und Kenntnisse im Sinne einer verantwortlichen Gefahrenabwehr einzusetzen und ggf. notwendige Schritte in die Wege zu leiten. Hierzu gehört, dass der Physiotherapeut die physiotherapeutische Behandlung patientenindividuell plant und durchführt.

Der Direktzugang zur Physiotherapie verkürzt die Zeitspanne zwischen dem Auftreten physiotherapeutisch Behandlungsbedarfe und dem Beginn der Therapie ganz erheblich. Denn die vielfach beklagten Wartezeiten auf einen Termin beim Arzt entfallen. Der Direktzugang sorgt also dafür, dass den Patienten schneller geholfen wird als derzeit. Zum anderen räumt der Direktzugang den informierten und mündigen Patienten ein Wahlrecht ein. Patienten können souverän und frei entscheiden, ob sie sich zunächst an einen Arzt wenden und erst danach mit einer Verordnung einen Physiotherapeuten aufsuchen oder sich gleich in physiotherapeutische Behandlung begeben wollen. Welche der beiden Alternativen sie wählen, hängt einzig und allein von ihrer höchstpersönlichen Präferenz ab. Die Verantwortung für ein systematisches Screening und die rationale und wirtschaftliche Therapie bleibt beim Direktzugang in einer Hand. Der Direktzugang bietet ein großes Einsparpotential und verspricht daher auch einen deutlichen Kostenreduzierungs-effekt und könnte sogar die Ärzte unterstützen und entlasten (siehe auch Frage 17).

**16. Welche Auswirkungen hätte Ihrer Meinung nach ein Direktzugang zur Physiotherapie auf die Qualität der Patientenversorgung und die Dauer der Behandlungen? Welche möglichen Auswirkungen auf den Haftpflichtschutz sind denkbar? (bitte begründen)**

Durch den Direktzugang wird die Qualität der Patientenversorgung sicherlich nicht gefährdet, ganz im Gegenteil: Der GEK-Heilmittelreport 2007 hat bereits beanstandet, dass die Versorgung von z. B. Schlaganfallpatienten darunter leidet, dass zwischen Entlassung aus der stationären Versorgung (Krankenhaus oder Reha) und der Aufnahme der Heilmittelversorgung i. d. R. 40 Tage (!) liegen. Durch den Direktzugang ist der Übergang in die ambulante Versorgung schneller möglich, weil der Besuch zum Arzt entfiel. Dadurch entstehen auch Entlastungspotenziale für Ärztinnen und Ärzte und des stationären Settings in den Notfallaufnahmen durch z.B. Rückenschmerzpatienten.

Die Frage der Haftpflichtversicherung wurde bereits vor Jahren mit den Berufshaftpflichtversicherern im Rahmen der Segmentzulassung als Heilpraktiker geklärt. Ob es ggf. einer Anpassung/Erweiterung der Haftpflichtversicherung für die niedergelassenen Praxen bedarf, wenn der Praxisinhaber nicht nur aufgrund ärztlicher Verordnung als Physiotherapeut, sondern auch ohne ärztliche Verordnung tätig wird, hängt maßgeblich von den einzelnen Versicherungsbedingungen ab. Der Versicherungsschutz umfasst grundsätzlich alle Tätigkeiten des Physiotherapeuten, die er aufgrund seiner Aus- und Fortbildung ausüben darf. Daher wird sich der Direktzugang auf den Haftpflichtschutz nicht weiter auswirken.

Studien aus dem Ausland, in denen der Direktzugang bereits etabliert ist, können bereits belegen, dass sich der Direktzugang zur Physiotherapie positiv auf die Patientenversorgung auswirkt. Patienten, die den Direktzugang wählten, konnten im Vergleich zur herkömmlichen Überweisung durch den Arzt, mit weniger Behandlungen das Therapieziel erreichen (Lankhorst et al. 2020, Hon et al. 2021) und es wurden gleiche oder besser Behandlungsergebnisse erzielt (Ojha et al. 2014; Swinkels et al. 2014; Piscitelli et al. 2018, Hon et al. 2021). Außerdem zeigen Studienergebnisse, dass keine größere Gefahr für die Patienten besteht, wenn Physiotherapeuten im Direktzugang behandeln (Moore et al. 2005; Mintken et al. 2015; Bishop et al. 2018; Hon et al. 2021).

**17. Welche Entlastungspotenziale für Ärztinnen und Ärzte halten Sie durch einen Direktzugang zur Physiotherapie für möglich? (bitte begründen)**

Siehe Frage 16 Absatz 1.

Durch den demographischen Wandel werden in Zukunft immer mehr Menschen das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen müssen. Gleichzeitig ist ein Fachkräftemangel in den Gesundheitsfachberufen sowie bei den Ärzten festzustellen. Es wird also in Zukunft nötig sein, die medizinische Versorgung so zu organisieren, dass alle Kompetenzen genutzt werden und somit der Bedarf an medizinischer Versorgung flächendeckend gewährleistet werden kann. Der Direktzugang zur Physiotherapie ist ein Baustein dazu, dieses Ungleichgewicht zwischen Bedarf und Angebot auszugleichen. Die direkte Versorgung von Patienten durch Physiotherapeuten sorgt somit für eine Entlastung der Ärzte.

**18. Wie beurteilen Sie die finanziellen Auswirkungen eines Direktzugangs zur Physiotherapie auf das Gesundheitssystem? (bitte begründen)**

Internationale Studien belegen, dass durch den Direktzugang zur Physiotherapie Kosten im Gesundheitssystem eingespart werden können, da beispielsweise Doppeluntersuchungen entfallen und die durchschnittliche Behandlungsanzahl beibehalten oder sogar verringert wird (Holdsworth et al. 2007; Semmelweiß 2010; Swinkels et al. 2014; Mallett et al. 2014; Fritz et al. 2015; Fritz et al. 2017; Piano et al. 2017, Denninger et al. 2018; Piscitelli et al. 2018; Demont et al. 2019; Garrity et al. 2020; Hon et al. 2021).

Durch die Einführung des Direktzugangs in Schweden sanken die Kosten für das Gesundheitssystem. Grund hierfür ist, dass physiotherapeutische Maßnahmen günstiger als ärztliche Behandlungen sind. Behandlungen wurden durch Erstkontakt reduziert, Wartezeiten verringerten sich, sodass ein effizienter Verbrauch der finanziellen Mittel gewährleistet werden konnte (Leinich 2007).

Studien belegen außerdem, dass weniger Medikamente und bildgebende Verfahren verordnet werden (Ojha et al. 2014; Piscitelli et al. 2018; Kazis et al. 2019), die ebenfalls für hohe Kosten verantwortlich sind. Das Ergebnis einer Studie zeigt zudem, dass bei Patienten, die im Direktzugang behandelt werden, weniger AU Tage verzeichnet wurden (Holdsworth et al. 2006; Piano et al. 2017).

**19. Könnte Ihrer Meinung nach eine Ausbildung mit Bachelor-Abschluss die Möglichkeit eröffnen, einen Direktzugang zur Physiotherapie zu eröffnen? (bitte begründen)**

Die Frage ist nicht ausschließlich hinsichtlich des Ausbildungsweges zu beantworten, sondern allein hinsichtlich der erworbenen Kompetenzen, die eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vorsieht. Absolventen, die entsprechend zum Direktzugang befähigende Kompetenzen erworben haben, verfügen über ein Kompetenzniveau, das dazu befähigt, komplexer werdende Versorgungsprozesse, neue Aufgabenfelder und wissenschaftliche Erkenntnisse zu erschließen. Die hochschulische Ausbildung sollte verbindlich so gestaltet werden, dass Absolventen in der zukünftigen therapeutischen Versorgung evidenzbasierte Diagnostik und Behandlungsmethoden einsetzen, Verantwortung übernehmen und eigenständig Entscheidungen innerhalb ihrer Expertise treffen. Eine Ausbildung mit Bachelorabschluss ermöglicht, eine bedarfsgerechte Versorgung zu initiieren und zu steuern. Dies schließt auch den Direktzugang für Physiotherapeuten in die Regelversorgung mit ein (siehe beigefügter Kompetenzkatalog – Anlage 1).

**20. Wie sollte Ihrer Meinung nach die Finanzierung der Ausbildung sichergestellt werden? Bittedifferenzieren Sie nach den einzelnen Berufen.**

Unter Finanzierungsaspekten ergäbe sich die Möglichkeit einer Mischfinanzierung der Gesamtausbildungskosten. Die Bundesländer sollen die Finanzierung der hochschulisch entstehenden Kosten übernehmen. Eine Finanzierung der praktischen Ausbildungsstrukturen könnte über einen Ausgleichsfonds durch weitere Kostenträger (GKV, PKV, Arbeitgeber etc.) übernommen werden. Dies beinhaltet die Begleitung in der praktischen Ausbildung seitens des Hochschullehrpersonals, sowie die Anleitung bei den Praxispartnern, den entsprechenden Lern- und Prüfungssituationen sowie die notwendige Qualifizierung der Praxispartner.

Dies hätte den großen Vorteil, dass Strukturen und Konzepte der praktischen Ausbildung mit auskömmlichen Finanzmitteln ausgestattet werden.

**21. Wie sollten Ihrer Ansicht nach die durch eine Abschaffung des Schulgeldes entfallenden Finanzmittel stattdessen aufgebracht werden (fachschulische Ausbildung)?**

Siehe Frage 20 – Derzeitig ist eine Abschaffung der Schulgelder immer noch nicht flächendeckend umgesetzt. Zukünftige Finanzmittel müssen in zukunftsfähige Ausbildungsstrukturen investiert werden – eine Finanzierung von Doppelstrukturen verbietet sich.

**22. Wie bewerten Sie die Kosten bei der Akademisierung der Physiotherapie im Rahmen des Gesundheitssystems im Verhältnis zum Nutzen? Bitte differenzieren Sie nach Voll- und Teilakademisierung.**

Um den Anforderungen einer zukünftigen hochwertigen Patientenversorgung gerecht zu werden, bedarf es für die Physiotherapeuten einer hochschulischen Ausbildung. Mit dieser Grundsatzentscheidung verbunden ist auch die Frage der Finanzierung entschieden (siehe oben Frage 20).

**23. Wie ist Ihre Position zum Thema, eine Ausbildungsvergütung gesetzlich verpflichtend vorzusehen? (bitte begründen)**

Aktuell zahlen ca. 90% aller Physiotherapie-Schulen keine Ausbildungsvergütung. Nur die Schulen, welche von Krankenhausträgern unterhalten werden, sind in der Lage, die finanziellen Mittel refinanziert zu bekommen. Dies ist signifikant anders zu betrachten als in der Pflege oder Hebammenausbildung, bei denen durchweg eine Ausbildungsvergütung gezahlt wird. Aufgrund historisch gewachsener Strukturen ist somit die Ausbildungsvergütung in der Physiotherapie eher die Ausnahme als die Regel.

In der überwiegenden Mehrzahl aller Studiengänge werden keine Ausbildungsvergütungen gezahlt – die hochschulische Ausbildung wird kostenfrei bereitgestellt oder durch die Teilnehmer selber über Studiengebühren finanziert.

Wir positionieren uns gegen eine zukünftige Zahlung einer Ausbildungsvergütung in physiotherapeutischen Studiengängen, da anders als in der Pflege- und Hebammenwissenschaft, ein großer Anteil der Lehre am Lernort Hochschule und nicht in der praktischen Ausbildung mit Patienten stattfindet. Weiterhin sind wir ein Verfechter der praktischen Ausbildung (unter Verantwortung der Hochschule), damit Lernsituationen im Mittelpunkt der praktischen Ausbildung bleiben. Dies ist in Abgrenzung zur praktischen Tätigkeit zu sehen, welche darauf abzielen, hohe praktische Erfahrungswerte zu erlangen und unter Verantwortung des Unternehmens liegen.

Die ohnehin knappen finanziellen Ressourcen sollten in wissenschaftliche und praktische Ausbildungsstrukturen investiert werden, die ein qualitätsorientiertes Studium ermöglichen. Langfristig wird dies die Attraktivität der therapeutischen Ausbildung nachhaltig steigern und der Berufsentwicklung zugutekommen.

## Quellen:

- Bishop et al. (2018): STEMS pilot trial: a pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open*. Mar 12;7(3): e012987. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012987.
- Demont et al. (2019): The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *Disabil Rehabil* 2019 Oct 11;1-12.
- Denninger et al. (2018): The Influence of Patient Choice of First Provider on Costs and Outcomes: Analysis From a Physical Therapy Patient Registry. *J Orthop Sports Phys Ther*. Feb;48(2):63-71. doi: 10.2519/jospt.2018.7423.
- Fritz et al. (2015): Use of Physical Therapy for Low Back Pain by Medicaid Enrollees. *Physical Therapy* Volume 95 Number 12.
- Fritz et al. (2017): Cost-Effectiveness of Primary Care Management With or Without Early Physical Therapy for Acute Low Back Pain. *SPINE*: March 2017 - Volume 42 - Issue 5 - p 285-290. doi: 10.1097/BRS.0000000000001729.
- Garrity et al. (2020): Unrestricted Direct Access to Physical Therapist Services Is Associated With Lower Health Care Utilization and Costs in Patients With New-Onset Low Back Pain. *Phys Ther* 2020 Jan 23;100(1):107-115. doi: 10.1093/ptj/pzz152
- Holdsworth, L. et al. (2006): Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GPs? Results of a national trial. In: *Physiotherapy*, 92, 26-33.
- Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK (2007): What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy: results of a national trial. *Physiotherapy*, 93: 3-11.
- Hon et al. (2021). Cost-Effectiveness and Outcomes of Direct Access to Physical Therapy for Musculoskeletal Disorders Compared to Physician-First Access in the United States: Systematic Review and Meta-Analysis. *Physical Therapy & Rehabilitation Journal | Physical Therapy*, 2021;101:1-11. DOI: 10.1093/ptj/pzaa201.
- Kazis et al. (2019): Observational retrospective study of the association of initial healthcare provider for new-onset low back pain with early and longterm opioid use. *BMJ Open* 2019;9: e028633. doi:10.1136/bmjopen-2018-028633.
- Lankhorst et al. (2020): Characteristics of patients with knee and ankle symptoms accessing physiotherapy: self-referral vs general practitioner's referral. In: *Physiotherapy* 108, S. 112-119. DOI: 10.1016/j.physio.2017.03.008.
- Leinich, T. (2007): Schweden: Behandeln ohne ärztliche Verordnung. In: *physiopraxis*, 5/07, 11-14.
- Mallett et al. (2014): Is physiotherapy self-referral with telephone triage viable, cost-effective and beneficial to musculoskeletal outpatients in a primary care setting? *Musculoskeletal Care*. 2014 Dec;12(4):251-60. doi: 10.1002/msc.
- Mintken et al. (2015): Direct Access to Physical Therapy Services Is Safe in a University Student Health Center Setting. *J Allied Health*. 44(3):164-8.
- Ojha et al. (2014): Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review. *Phys Ther*. Jan;94(1):14-30. doi: 10.2522/ptj.20130096.
- Piano et al. (2017): Direct access to physical therapy for the patient with musculoskeletal disorders, a literature review. *J. Phys. Ther. Sci*. 29: 1463-1471.
- Piscitelli et al. (2018): Direct access in physical therapy: a systematic review. *Clin Ter*. Sep-Oct;169(5): e249-e260. doi: 10.7417/CT.2018.2087.
- Semmelweiß, Andreas (2010): Direct Access in Deutschland, Österreich und der Schweiz – Wir wären dann so weit! In: *physiopraxis* 8 (05), S. 8-10. DOI: 10.1055/s-0030-1255008.
- Swinkels et al. (2014): An overview of 5 years of patient self-referral for physical therapy in the Netherlands. *Phys Ther*. 2014 Dec;94(12):1785-95. doi: 10.2522/ptj.20130309.