



Therapie- berufe 2030

Tragfähige Ausbildungs-
strukturen für eine gute
Gesundheitsversorgung in
der Physiotherapie, Ergo-
therapie und Logopädie

Ein Szenarien-Projekt der
DAA-Stiftung Bildung und Beruf
in Zusammenarbeit mit dem
Institut für prospektive Analysen (IPA)



IPA

Institut für prospektive Analysen



**DAA-STIFTUNG
BILDUNG UND BERUF**



IPA

Institut für prospektive Analysen

IPA – Institut für prospektive Analysen

Prenzlauer Allee 36F

D-10405 Berlin

Telefon: +49 30 3398 7340

Fax: +49 30 3398 7341

www.ipa-netzwerk.de



**DAA-STIFTUNG
BILDUNG UND BERUF**

DAA-Stiftung Bildung und Beruf

Alter Teichweg 19

D-22081 Hamburg

Telefon: +49 (0)40 35094-112

Fax: +49 (0)40 35094-225

www.daa-stiftung.de

● Inhalt

Einleitung	5
Szenario 1: Weiter wie bisher	16
Szenario 2: Einseitiger Kompromiss	23
Szenario 3: Eine gemeinsame Aufgabe	29
Szenario 4: Vollakademisierung	37
Fazit	45
Literatur	50



www.daa-stiftung.de

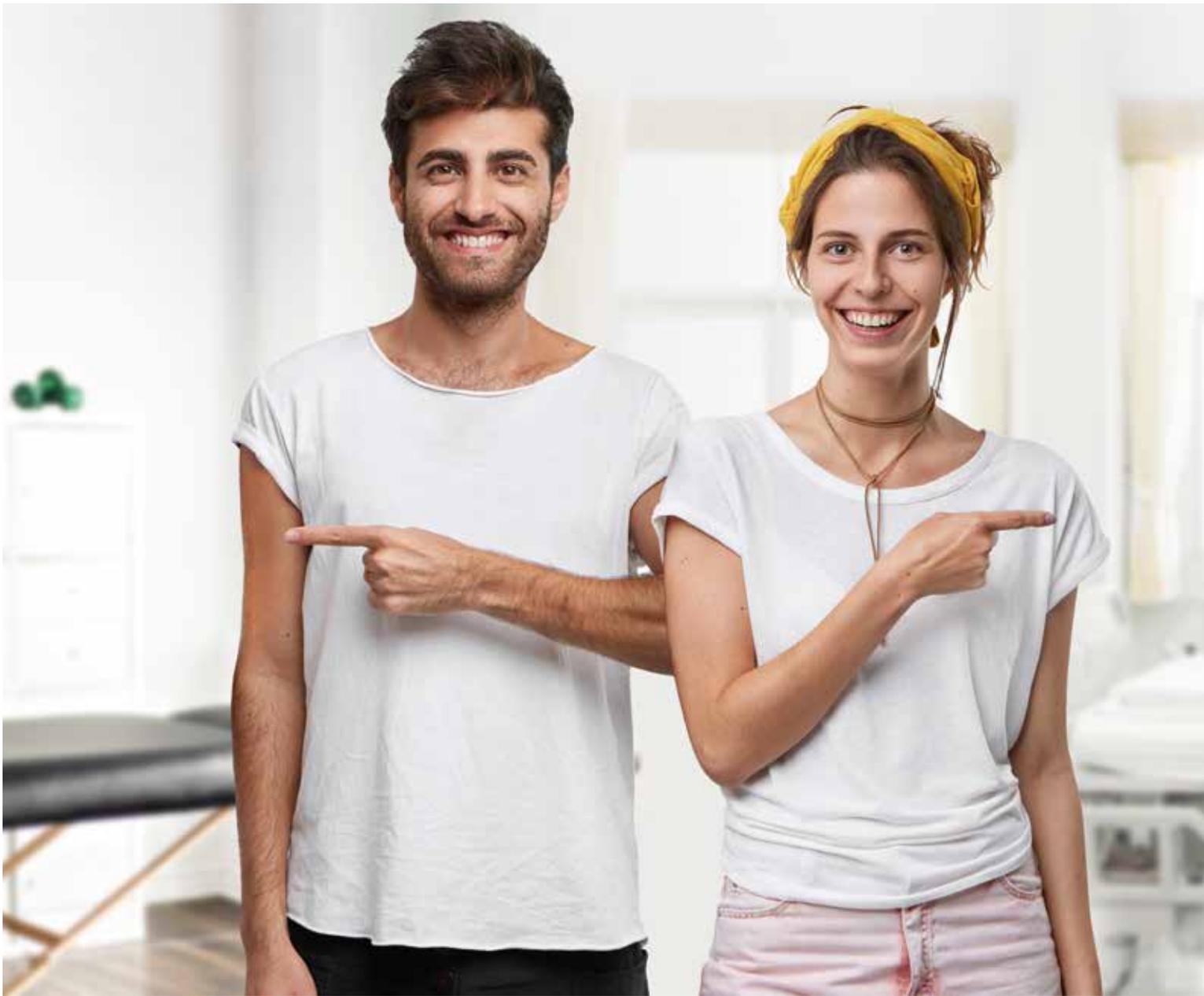
Autoren*innen:

Dr. Thomas Mehlhausen
E-Mail: mehlhausen@ipa-netzwerk.de

Sascha Meinert
E-Mail: meinert@ipa-netzwerk.de

Roxanne Schuster
E-Mail: roxanne.schuster@daa-stiftung.de

Dr. Till Werkmeister
E-Mail: till.werkmeister@daa-stiftung.de



● Einleitung

Die Corona-Pandemie führt eindrücklich die zentrale Bedeutung des Gesundheitssektors vor Augen. Innerhalb weniger Wochen musste sich das gesellschaftliche Leben weltweit den notwendigen Maßnahmen zur Bekämpfung des Covid-19-Virus unterordnen. Steht die Gesundheit auf dem Spiel, verschieben sich unsere Prioritäten.

Oft akzeptieren wir radikale Veränderungen eingefahrener Verhaltensmuster erst in Zeiten akuter Krisen. Entfalten hingegen Bedrohungen ihre drastischen Auswirkungen nur graduell, reagieren wir oft träge oder zu spät.

Dieses Phänomen gilt auch für die Rahmenbedingungen der Ausbildung in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Zwar hat die Bundesregierung die „Systemrelevanz“ der Gesundheitsfachberufe im Zuge der Corona-Pandemie insgesamt anerkannt, doch bestehen auch weiterhin Finanzierungslücken. Dies ist bei der Ausbildung in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen in besonderem Maße der Fall. Dabei ist es unstrittig, dass die therapeutischen Leistungen in Form von Therapie, Rehabilitation und Prävention zu einer hohen Lebensqualität und durch eine hochwertige Gesundheitsversorgung auch zu unserem Wohlstand beitragen.

● **Reformbedarf: Fachkräftemangel in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen**

Eine überwiegende Mehrheit der Therapeut*innen in Deutschland ist mit ihrem Tätigkeitsprofil zufrieden. Über zwei Drittel der in einer repräsentativen Studie der Hochschule Fresenius befragten knapp 1.800 Physio- und Ergotherapeut*innen sowie Logopäd*innen bewerteten ihren Arbeitsplatz als positiv, insbesondere mit Blick auf die Abwechs-

lung, die hohe Verantwortung und den Freiraum in der Therapie (Carter/Bley 2019: 3, 13). Die Therapeut*innen identifizieren sich stark mit ihrem Beruf, der für viele sinnstiftend und erfüllend ist (ebd.: 19).

Und doch zählen die therapeutischen Gesundheitsfachberufe zu den Mangelberufen. Laut Engpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit (2019) liegt die Vakanzzeit ausgeschriebener sozialversicherungspflichtiger Stellen für Physiotherapeut*innen zwischen 147 und 189 Tagen mit einer Steigerung von bis zu 24 Prozent im Vergleich zum Vorjahr¹. Eine Studie geht sogar von bis zu 250 Tagen aus, da viele Stellen der Bundesagentur für Arbeit nicht gemeldet würden (Hochschule Fresenius 2018: 1). Bis auf Bremen (keine Daten angesichts kleiner Größenordnungen), und Hamburg (keine Anzeichen für Engpässe) betrifft der Fachkräftemangel alle Bundesländer (Bundesagentur für Arbeit 2020: 7). Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der Ausbildung wider. In einer internen Umfrage des Verbandes gemeinnütziger Bildungseinrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen (GeBEGS) gab eine Mehrzahl der befragten Schulen an, dass sie in den kommenden Jahren weniger Bewerber*innen als zur Verfügung stehende Ausbildungsplätze erwarten.

Da in Zeiten des demografischen Wandels immer weniger junge Auszubildende einer wachsenden Zahl altersbedingt zu versorgender Patient*innen gegenübersteht, dürfte sich der Fachkräftemangel in den nächsten 10 Jahren deutlich verschärfen. Laut einer Studie wird sich der derzeitige Fehlbedarf von ca. 47.000 Fachkräften im Bereich der nicht-ärztlichen Therapie und Heilkunde in Deutschland bis 2030 mehr als verdoppeln (IEGUS/WifOR/IAW 2016).²

¹ Die Daten für die Logopädie werden in der Fachkräfteengpassanalyse der BA als Teilbereich der Gruppe „Berufe in der Sprachtherapie“ geführt. Die spezifischen Daten für die Logopädie lassen sich hieraus nicht erkennen, die Berufsgruppe insgesamt wird aber auch von der BA explizit als vom Fachkräftemangel betroffen ausgewiesen. Für die Logopädie gibt es spezifische Analysen teilweise auf Landesebene. Das gilt auch für die Ergotherapie, bei der systematische Analysen auf Bundesebene jedoch vollständig fehlen.

² Siehe auch die Fehlbedarfsanalyse für Rheinland-Pfalz (Lauxen 2018), die einen ähnlichen Trend anzeigt.

Der Fachkräftemangel hat weitreichende Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung und manifestiert sich in langen Wartezeiten von durchschnittlich 30 Tagen (Hochschule Fresenius 2018: 2), die besonders im ländlichen Raum spürbar sind. Rehabilitationskliniken und ambulante Praxen finden keinen Nachwuchs, eine Stellenbesetzung wird schwieriger. Daraus folgt, dass Fachkräfte vor Ort Patient*innen häufig nicht mehr behandeln können, da das Personal für eine angemessene Patientenversorgung fehlt. Notleidende Menschen finden keine zeit- oder ortsnahe Hilfe und Symptome bleiben über einen längeren Zeitraum unbehandelt, was nicht nur das Leiden verschlimmern, sondern auch die Lebensqualität erheblich beeinflussen kann. Für eine aufwendige Vor- und Nachbereitung in den Praxen fehlt häufig die Zeit, wodurch die Gefahr besteht, dass Patient*innen mit komplexeren Beschwerden nicht in adäquatem Umfang behandelt werden können. Dadurch steigt die Zahl der Menschen, die unter chronischen Erkrankungen leiden, oft verbunden mit gesundheitsbedingten Auszeiten oder gar völliger Berufsunfähigkeit. Zudem geht auch der demografische Wandel mit einer deutlichen Zunahme behandlungsintensiver gerontologischer Beschwerden einher, was den Mangel an Behandlungskapazitäten noch weiter verschärfen kann.

Die Ursachen des Fachkräftemangels lassen sich in den Bereichen lokalisieren, in denen auch die in einer Studie befragten Therapeut*innen die größten Defizite wahrnehmen: Vergütung, Anerkennung, Autonomie, Qualität, Organisation und Ausbildung (Christmann 2019: 3).

Die *finanziellen Anreize* sind sowohl in der Ausbildung als auch in der Berufsausübung gering. Im Gegensatz zu anderen Ausbildungsbereichen

müssen viele Auszubildende an den berufszulassenden Berufsfachschulen ein monatliches Schulgeld in Höhe von circa 140 bis 450 Euro aufbringen. Derartige Schulgebühren für Ausbildungsgänge finden im Übrigen im Rahmen von „Schüler-BAföG“ keine Berücksichtigung. Bis zum Jahr 2018 war im Wesentlichen nur die Ausbildung an den vergleichsweise wenigen staatlichen Berufsfachschulen (ca. 23 Prozent in der Physiotherapie, ca. 17 Prozent in der Ergotherapie und ca. 13 Prozent in der Logopädie) für die Schüler*innen kostenfrei; alle privaten, häufig gemeinnützigen Berufsfachschulen hingegen mussten die Ausbildungskosten durch die Erhebung eines Schulgelds (mit-)finanzieren.

Als erstes Bundesland hat Schleswig-Holstein zum 01.01.2019 eine trägerunabhängige Schulgeldfreiheit für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe eingeführt, Bayern, Niedersachsen, Hamburg und Hessen zogen nach.³ Nordrhein-Westfalen hat bis Ende 2020 70 Prozent der Schulkosten finanziert; in Baden-Württemberg gibt es eine ähnliche Teilfinanzierung für Ersatzschulen (Physiotherapie und Logopädie), für die Ergänzungsschulen (Ergotherapie) hingegen nicht (Freie Presse 2020, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration 2020, ZDF 2020).⁴ In einigen Bundesländern, darunter Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen, besteht schon seit längerem eine anteilige Ersatzschulfinanzierung im Bereich der therapeutischen Berufsfachschulen, die die von den Schüler*innen aufzubringenden Gebühren reduziert. Andere Bundesländer wie Brandenburg und Rheinland-Pfalz halten sich bislang auf diesem Feld gänzlich zurück und verweisen auf den laufenden Reformprozess mit dem Ziel einer bundeseinheitlichen Regelung.

³ Bei einer Schulgeldfreiheit entfällt das Schulgeld für die Schüler*innen und wird den Trägern i.d.R. vom jeweiligen Bundesland erstattet. Eine Schulgeldfreiheit ist nicht mit einer vollständigen Refinanzierung der tatsächlich anfallenden Ausbildungskosten gleichzusetzen, da die konkreten Ausbildungskosten an den Schulen bisher in keinem Bundesland ermittelt wurden. Die erhobenen Schulgelder liegen meist unter den tatsächlichen Ausbildungskosten der Schulträger und führen zu einer strukturellen Unterfinanzierung. Dies belastet vor allem gemeinnützige Bildungsträger, die nicht profitorientiert arbeiten und zuvor eher niedrige Schulgelder erhoben haben.

⁴ Ersatzschulen bieten Abschlüsse an, die mit denen staatlicher Schulen vergleichbar sind. Ergänzungsschulen bieten hingegen Abschlüsse an, die nicht an staatlichen Schulen vorgesehen sind.



Die Ungleichverteilung der finanziellen Anreizstrukturen wird durch die Einführung einer Ausbildungsvergütung weiter verschärft. Nachdem sich die kommunalen Krankenhäuser und Universitätskliniken in den Tarifverhandlungen ab Januar 2019 zu einer Zahlung einer Ausbildungsvergütung von circa 1.000 Euro pro Monat verpflichtet haben (ver.di 2018), wurden im Rahmen des Pflegepersonalstärkungsgesetzes auch die rechtlichen Voraussetzungen einer Ausweitung auf private Krankenhäuser geschaffen. Die rechtliche Basis ist das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), das die Refinanzierung von Ausbildungskosten und eine Ausbildungsvergütung über die Krankenkassen für Auszubildende an Berufsfachschulen ermöglicht, die sich in Trägerschaft oder Mitträgerschaft eines Krankenhauses befinden. Somit können grundsätzlich nur diejenigen Auszubildenden eine Ausbildungsvergütung erhalten, die an einer Berufsfachschule lernen, die sich in (Mit-)Trägerschaft eines Krankenhauses befindet.

Unter dem Strich bedeutet dies, dass es drei Gruppen von Auszubildenden in den Therapieberufen mit sehr unterschiedlichen finanziellen Rahmenbedingungen gibt:⁵ Für die Ausbildungsgänge in der Physiotherapie etwa zahlten im Jahr 2020 circa 25 Prozent der Auszubildenden kein Schulgeld und erhielten während der dreijährigen Ausbildung eine Vergütung in Höhe von insgesamt 37.350 Euro. Circa 30 Prozent der Auszubildenden erhielten zwar keine Ausbildungsvergütung, mussten aber zumindest keine Schulgebühren zahlen. Knapp die Hälfte der Auszubildenden (ca. 45 Prozent) hingegen erhielt keine Ausbildungsvergütung und musste ein Schulgeld aufbringen. In der Ergotherapie ist der Anteil derjenigen, die eine Ausbildungsvergütung erhielten und kein Schulgeld zahlen mussten, mit insgesamt 10 Prozent noch einmal deutlich niedriger. Hier erhielten circa 35 Prozent der Schüler*innen keine Ausbildungsvergütung, ohne ein Schulgeld zahlen zu müssen. Die Mehrheit der Auszubildenden in der Ergo-

⁵ Eigene Berechnung und Recherche unter Einbeziehung der Daten aus Deutscher Verband für Physiotherapie, physio.de – Physiotherapie in Deutschland und Fillbrandt.

therapie (ca. 55 Prozent) hingegen musste ohne Ausbildungsförderung weiterhin auch ein Schulgeld bezahlen. In der Logopädie bewegte sich der Prozentsatz derjenigen, die kein Schulgeld zahlen mussten und eine Ausbildungsvergütung erhielten, auf einem ähnlichen Niveau wie in der Physiotherapie (ca. 25 Prozent), während ein kleinerer Teil (ca. 15 Prozent) zwar keine Ausbildungsvergütung erhielt, aber auch kein Schulgeld aufbringen musste. Wie in der Ergotherapie musste die Mehrheit der Auszubildenden auch in der Logopädie (fast 60 Prozent) weiterhin ein Schulgeld zahlen.

Im Jahr 2020 zahlten somit insgesamt circa 20 Prozent der Auszubildenden in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen kein Schulgeld und erhielten während der dreijährigen Ausbildung eine Ausbildungsvergütung. Circa 30 Prozent der Auszubildenden erhielt zwar keine Ausbildungsvergütung, musste aber kein Schulgeld aufbringen.⁶ Die Hälfte der Auszubildenden musste hingegen ohne Ausbildungsvergütung ein Schulgeld – abhängig vom Bildungsgang und Bundesland – von einer Gesamtsumme zwischen 5.000 und 16.000 Euro zahlen.

Auch die *Vergütung der späteren beruflichen Tätigkeit* ist vergleichsweise niedrig. Das mittlere Bruttomonatsgehalt für Therapeut*innen in Vollzeit lag im Jahr 2017 bei 2.200 Euro und damit um rund 30 Prozent unter dem aller abhängig Beschäftigten in Deutschland von 3.100 Euro im Monat (HVG/VAST 2018). Vergleicht man die finanziellen Rahmenbedingungen im Bereich der therapeutischen Gesundheitsfachberufe mit denen von Mechatroniker*innen, die in etwa so lange (3,5 Jahre) ausgebildet werden und für dessen Ausbildung ähnliche Zulassungsbedingungen gelten, so müssen diese nichts für ihre Ausbildung bezahlen, erhalten eine Ausbildungsvergütung von

circa 1.000 bis 1.200 Euro pro Monat und verdienen als Berufseinsteiger*innen durchschnittlich zwischen 12 bis 20 Prozent mehr als etwa Physiotherapeut*innen.⁷

Zudem sind die Arbeitsbedingungen oft schwierig. Insbesondere im Bereich der Physiotherapie wünschen sich viele Therapeut*innen längere Behandlungszeiten (Carter/Bley 2019: 6), die übliche Taktung der Behandlungen ist mit 20 Minuten pro Patient*in oft zu knapp. Darüber hinaus führt die steigende psychische Belastung vermehrt zu Burnout-Symptomen (Mühlhaus/Rathmann 2018). Die Arbeitsbelastung dürfte durch den zunehmenden Fachkräftemangel weiter steigen, selbst wenn eine Kehrseite dessen ist, dass durch geringe Arbeitslosigkeit – bei derzeit ca. 1 Prozent – ein nahtloser Übergang von der Ausbildung in die Beschäftigung wahrscheinlich ist.

Die fehlende Anerkennung der eigenen Arbeit in der Gesellschaft spielt ebenfalls eine große Rolle (ebd.). In diesem Zusammenhang fordern 82,8 Prozent der Befragten einen Direktzugang zu den Patient*innen ohne vorherige ärztliche Konsultation, da dies die Selbständigkeit der eigenen Tätigkeit erhöhen und das eigene Berufsbild aufwerten würde (Christmann 2019: 3). Während bislang die Diagnose mit entsprechender Ausstellung einer Verordnung den Ärzt*innen obliegt und Therapeut*innen darauf aufbauend einen Befund erstellen und danach therapieren,⁸ wären Therapeut*innen bei einem Direktzugang berechtigt, den Umfang, die Frequenz und die Ausrichtung der Therapie unabhängig zu bestimmen.

Viele Befragte sehen ein erhebliches Ungleichgewicht zwischen Einsatz und Entlohnung bzw. Ausbildungskosten und späterem Verdienst (ebd.). Diese „Gratifikationskrise“ betrifft mittlerweile bis zu

6 Zu dieser Gruppe können auch zu einem Teil die Absolvent*innen der 30 primärqualifizierenden Studiengänge hinzugezählt werden. Von den zwölf im Ausbildungsjahr 2017/18 in den Therapieberufen ausbildenden Hochschulen sind sieben staatlich und erheben keine Studiengebühren.

7 Eigene Berechnung, Daten basieren auf Statistisches Bundesamt 2016: 329, 338 sowie auf Statistisches Bundesamt 2020.

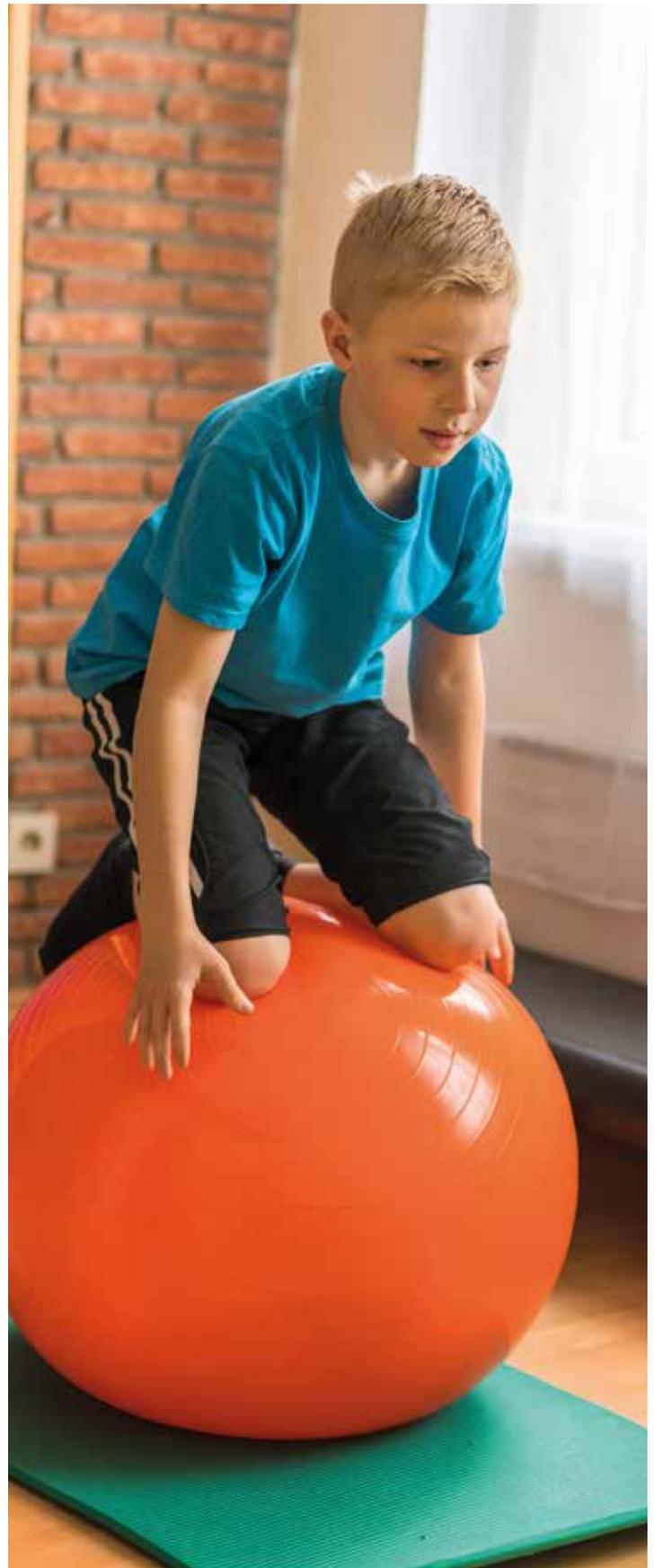
8 Hier gilt eine Einschränkung im Bereich der Physiotherapie: Mit einer Fortbildung zum sektoralen Heilpraktiker für Physiotherapie dürfen Physiotherapeut*innen auch heute bereits direkte Leistungen erbringen und mit den Patient*innen abrechnen, allerdings werden die Kosten hierfür i.d.R. nicht von den Kassen übernommen.

85 Prozent der Therapeut*innen (Hochschule Fresenius 2018: 1, siehe auch Höppner/Beck 2019) und kann als einer der Gründe angeführt werden, warum viele Therapeut*innen den Beruf wechseln möchten. In der o. g. Studie gaben 46 Prozent der befragten Physiotherapeut*innen, 56 Prozent der Ergotherapeut*innen, 58 Prozent der Logopäd*innen an, im Beruf verweilen zu wollen, während die restlichen Befragten über einen Berufswechsel nachdenken, „sich umschauchen“, diesen konkret planen oder bereits vollziehen (Heun/Steffan 2019: 19). Die Verweilbereitschaft ist besonders unter jüngeren Therapeut*innen gering (ebd: 20), was den Fachkräftemangel in Deutschland schon zeitnah zusätzlich verschärfen dürfte.

Eine Studie für das Land Rheinland-Pfalz (Lauxen 2018) kommt zu dem Ergebnis, dass weder eine Erschließung externer Potenziale noch eine stärkere Bindung der Beschäftigten den Fachkräftemangel signifikant reduzieren können: Eine höhere Anerkennungsquote ausländischer Berufsabschlüsse oder ein gezieltes Anwerben von ausländischen Fachkräften, eine Ausschöpfung sogenannter stiller Reserven im Sinne nicht mehr berufstätiger, aber auch nicht arbeitslos gemeldeter oder noch in der Ausbildung stehender Fachkräfte, eine Verringerung der Teilzeit- und Unterbrecherquoten oder eine Erhöhung des durchschnittlichen (faktischen) Renteneintrittsalters würden quantitativ eher geringe Effekte haben. Folglich kann der Fachkräftemangel nur durch eine *Erhöhung der Absolvent*innenzahlen* und somit durch eine *systematische Steigerung der Attraktivität einer Ausbildung* in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen erreicht werden.

● **Reformprozess: Eckpunkte-Papier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe**

Angesichts dieser Entwicklungen hat sich die Regierung 2018 im Koalitionsvertrag zum Ziel gesetzt, die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe zu reformieren. Die Gesundheitsministerkonferenz berief eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Führung des Gesundheitsministeriums mit dem



Ziel ein, einen Aktionsplan für eine bedarfsorientierte Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen sowie eine Neustrukturierung der Aufgaben- und Kompetenzprofile zu erstellen (GMK 2017). Demnach soll sich die Reform auf die Revision der Berufsgesetze, die Ausbildungsstrukturen und deren Finanzierung, die Formulierung bedarfs- und kompetenzorientierter Aufgabenprofile sowie Fragen der Transparenz und Durchlässigkeit der Ausbildungen fokussieren. Am Ende soll eine Neufassung der Berufsgesetze stehen, die zum Teil noch aus den 1970er Jahren stammen (Ergotherapeutengesetz 1976, Logopädiegesetz 1980, Masseur- und Physiotherapiegesetz 1994). Nachdem die davon betroffenen Fachverbände um Stellungnahmen gebeten wurden, hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe im März 2020 das Eckpunkte-Papier „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ (BMG 2020) vorgelegt. Im eigenen Selbstverständnis dient das Papier als „Grundlage für die geplante gesetzliche Änderung“ und reflektiert den aktuellen Stand der Verhandlungen.

Übergeordnetes Ziel des laufenden Reformprozesses ist die langfristige Gewährleistung einer flächendeckenden und patientenorientierten Gesundheitsversorgung in Deutschland. Dabei werden die folgenden Themenschwerpunkte genannt:

- grundsätzliche Schulgeldabschaffung,
- flächendeckende Ausbildungsvergütung,
- Revision der Berufsgesetze für insgesamt 10 Berufsprofile,
- Durchlässigkeit der Ausbildungen,
- (Teil-)Akademisierung,
- Direktzugang,
- neue zu regelnde Berufe sowie
- damit einhergehende Finanzierungsfragen.

Weitgehende Einigkeit scheint es dem Wortlaut nach in dem Bestreben zu geben, das Schulgeld bundesweit abzuschaffen, eine angemessene und flächendeckende Ausbildungsvergütung einzuführen sowie eine Teilzeitausbildung zu ermöglichen. Weitere Reformideen werden hingegen zunächst geprüft, etwa der Direktzugang zu den

Patient*innen, eine Teilakademisierung für die Physio- und Ergotherapie bzw. eine Vollakademisierung für die Logopädie oder der Hochschulzugang für beruflich qualifizierte Bewerber*innen ohne Hochschulzugangsberechtigung. Offenbar herrscht größerer Diskussionsbedarf bei der Finanzierung der durch die Reformen entstehenden Mehrkosten, sodass die Bearbeitung dieser Frage einer aus Staatssekretär*innen bestehenden Arbeitsgruppe „Wissenschaft und Gesundheit“ zur weiteren Beratung übertragen wurde.

● Reformdebatte: Weichenstellungen für die Zukunft

Entsprechend den im Eckpunktepapier genannten Themen wird der Reformbedarf in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen kontrovers diskutiert, wobei die einzelnen Reformvorschläge teilweise eng miteinander verbunden sind.

Für die Regelungen der **Finanzierung** der Ausbildungskosten und -vergütung sind unterschiedliche Modelle denkbar. Zum einen gäbe es die Möglichkeit, die Kostenübernahme über das Krankenhausfinanzierungsgesetz so auszudehnen, dass künftig auch freie, nicht an einem Krankenhaus angesiedelte Berufsfachschulen die Ausbildungskosten auf der Grundlage von Kooperationsvereinbarungen über die Krankenkassen abrechnen können. Diese Möglichkeit wird im Eckpunktepapier explizit genannt und wäre eine erhebliche Erweiterung der bisherigen Refinanzierungspraxis, die bislang nur Schulen vorbehalten ist, die in (Mit-)Trägerschaft eines Krankenhauses stehen. Zum anderen könnte das jeweilige Bundesland – so wie mancherorts bereits praktiziert – (einen Teil der) Ausbildungskosten übernehmen. Schließlich gibt es die Möglichkeit einer Mischfinanzierung, etwa über einen Ausbildungsfonds analog zu dem in der Pflege, in den mehrere Kostenträger einzahlen – in dem Fall das jeweilige Bundesland und die Pflegeversicherung sowie Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und ambulante Praxen. Die im Jahr 2017 beschlossene Reform in der Pflege wird nun im Jahr 2020 umgesetzt.⁹ Eine Übertragung auf die

⁹ Neben der Neustrukturierung der Ausbildungsfinanzierung wurde eine generalistische Ausbildung eingeführt, infolge derer die Kinder-, Alten- und Krankenpflegefachkräfte zunächst zwei Jahre gemeinsam ausgebildet und erst im dritten Jahr auf eine Fachrichtung spezialisiert werden.



Finanzierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe würde bedeuten, dass eine Finanzierungslogik gefunden wird, an der sich sowohl die Krankenkassen – entweder indirekt oder direkt – sowie die Bundesländer, eventuell perspektivisch auch der Bund sowie die Renten- und Unfallkassen, beteiligen.

Je nach Modell würde die Finanzierung massive Konsequenzen für die **Trägerstruktur** von Ausbildungseinrichtungen haben. Erstens könnte es bei einer Ausbildungsfinanzierung über das Krankenhausfinanzierungsgesetz ohne die Möglichkeit einer Kooperationsvereinbarung zwischen einer Berufsfachschule bzw. einem Schulträger und einem Krankenhaus zu einer Schließung oder Verlagerung vieler freier privater und gemeinnütziger Berufsfachschulen in die (Mit-)Trägerschaft von Krankenhäusern kommen.¹⁰ Dies hätte nicht nur

zur Folge, dass damit etablierte und über Jahre gewachsene Strukturen für die Versorgung mit Fachkräften – vor allem auf dem Land – verloren gingen, sondern auch, dass statt eines benötigten flächendeckenden Ausbaus der Ausbildungsplätze eher eine Verknappung erfolgt. Zweitens könnten damit die Krankenhäuser in einem solchen Finanzierungsmodell einen privilegierten Zugang zu einer sinkenden Anzahl von Auszubildenden erhalten, und sich der Fachkräftemangel somit vor allem in den ambulanten Praxen und in der Fläche deutlich verschärfen, was wiederum Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung hat, insbesondere auf dem Land. Der dritte Aspekt – das Größenverhältnis zwischen der Anzahl der Berufsfachschulen und der Hochschulen – ist hingegen eng mit der Frage einer stärkeren Akademisierung der Gesundheitsfachberufe verbunden.

¹⁰ So wurden in Rheinland-Pfalz in den letzten Jahren 13 von 19 privaten Physiotherapie-Schulen in die Trägerschaft von Krankenhäusern überführt (Landtag Rheinland-Pfalz 2018: 5).

Der Grad der **Akademisierung** in den Gesundheitsfachberufen ergibt sich aus dem Verhältnis von berufsfachschulischen und hochschulischen Abschlüssen. Bereits jetzt ergibt sich hierzu ein recht komplexes Bild (HVG o.J.): Die berufsaufbauenden bzw. additiven Regelstudiengänge ermöglichen es Therapeut*innen mit Staatsexamen berufsbegleitend, in einem Studium Zusatzqualifikationen in den Bereichen Management oder Pädagogik zu erhalten. Die mittlerweile 75 ausbildungsintegrierenden bzw. dualen Regelstudiengänge werden seit dem Jahr 2000 in Form einer Kooperation zwischen Hochschulen und Berufsfachschulen angeboten, die in eine Doppelqualifikation mit einem Berufsfachschulabschluss und einem akademischen Grad münden. Schließlich gibt es seit 2009 auch 30 sogenannte primärqualifizierende Modellstudiengänge, die als Voraussetzung für eine Berufszulassung anerkannt werden und prinzipiell ebenso wie die Berufsfachschulen für den späteren Einsatz an den Patient*innen qualifizieren.

Wenn nun im Eckpunktepapier von einer Teilakademisierung für die Physio- und Ergotherapie gesprochen wird, so lässt sich feststellen, dass der Begriff hier – wie häufiger in politischen und wissenschaftlichen Diskursen – nicht einheitlich verwendet wird. Eine Teilakademisierung im Sinne einer akademischen (Weiter-)Bildung von Fachkräften in diesen Berufen gibt es de facto heute schon. Der Begriff lässt sich besser fassen und die vorgebrachten Argumente in der Debatte einordnen, wenn zwischen einem kooperativ-konsekutiven und einem kompetitiv-substituierenden Verhältnis zwischen berufsfachschulischer und hochschulischer Ausbildung unterschieden wird.

Eine fortschreitende Teilakademisierung im kooperativ-konsekutiven Sinne würde bedeuten, dass die berufsaufbauenden bzw. additiven und die ausbildungsintegrierenden bzw. dualen Studiengänge systematisch ausgebaut werden. Damit wäre die Grundlage geschaffen, um das Ziel einer höheren Akademikerquote unter den Therapeut*innen zu erreichen, wobei hier nur die Berufsfachschulen einen Abschluss anbieten, der als Voraussetzung für eine Berufszulassung für die direkte Patienten-

versorgung gilt. Viele Schulen kooperieren bereits in diesem Rahmen mit einer Hochschule: In der Logopädie wird der Anteil auf 80 Prozent und in der Ergotherapie auf etwa 50 Prozent der Schulen geschätzt (HVG/VAST 2018: 9). In einem kompetitiv-substituierenden Verständnis könnte hingegen die Teilakademisierung derart zunehmen, dass die primärqualifizierenden Studiengänge als Regelstudiengänge anerkannt und systematisch ausgebaut werden, sodass es zwei Wege zur Berufszulassung – über einen berufsfachschulischen und einen hochschulischen Abschluss – geben würde, die prinzipiell auf dieselben Tätigkeitsfelder vorbereiten würden.

Beide Formen der Teilakademisierung sind in der gegenwärtigen Ausbildungslandschaft angelegt, wobei quantitativ die erstgenannte Variante vorherrscht. Eine kompetitiv-substituierende Teilakademisierung kann als eine graduell abgestufte Form der Vollakademisierung gewertet werden. Ein Ausbau primärqualifizierender Studiengänge zulasten der anderen fachschulischen und hochschulischen Ausbildungsangebote würde zu einer kompletten Abschaffung der Berufsfachschulen im Bereich der Ausbildung der drei therapeutischen Gesundheitsfachberufe führen, den Zugang zu den Therapieberufen für Schulabgänger*innen mit mittlerer Schulreife (ohne Berufsabschluss) erheblich erschweren und so den Fachkräftemangel weiter verschärfen. Letztlich trüge dieser Schritt auch dazu bei, dass der Schulabschluss mit mittlerer Reife in Deutschland weiter entwertet und noch weniger Berufsperspektiven für die Absolvent*innen bieten würde.

Eng mit der Akademisierung verbunden wird mit dem Ziel einer Erhöhung der Attraktivität einer therapeutischen Ausbildung auch die Verbesserung der **Durchlässigkeit** für die berufliche Weiterentwicklung von Therapeut*innen im Sinne eines lebenslangen Lernens gefordert. Im Zentrum steht das vertikale Verständnis, dass den Ausbildungsinteressent*innen Aufstiegsmöglichkeiten von niedrigeren hin zu höheren Abschlüssen (von Hauptschulabschluss mit Berufsausbildung bis zur Promotion) gewährt werden. Das horizontale und ggf. diagonale Verständnis zielt auf die

Möglichkeit eines Wechsels zu einem ähnlich ausgerichteten Beruf unter Anerkennung bisheriger Qualifikationen. Je höher die Durchlässigkeit, desto inklusiver und attraktiver kann eine therapeutische Ausbildung werden.

● Reformperspektiven: Zur Zukunft der Ausbildung in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen

Das Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe enthält zahlreiche offene Punkte, die mehrere Entwicklungsmöglichkeiten denkbar erscheinen lassen. Vor diesem Hintergrund sollen alternative Szenarien vorgestellt werden, die unterschiedliche, aber mögliche „Zukünfte“ im Bereich der Ausbildung in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen beschreiben und deren Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung in Deutschland im Jahr 2030 verdeutlichen. Der Zeithorizont ergibt sich aus der Überlegung, dass jüngst in einem vergleichbaren Prozess – die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung – zwischen Beschluss und Inkrafttreten sechs Jahre vergangen sind.

Der Fokus auf die therapeutischen Gesundheitsfachberufe Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie ergibt sich aus vier Gründen. Erstens stellen diese im Vergleich zu den anderen sieben Berufsprofilen¹¹, auf die sich das „Gesamtkonzept Gesundheitsberufe“ erstreckt, die zahlenmäßig größte Gruppe dar. Im Ausbildungsjahr 2018/19 fielen 76,2 Prozent der insgesamt 46.468 Ausbildungsplätze der zu reformierenden Berufe auf diese drei Berufe.¹² Zweitens werden die drei genannten therapeutischen Berufe im Eckpunktepapier bei der Akademisierung als einzige Berufe explizit genannt. Drittens liegt für diese drei Berufsgruppen das größte Datenmaterial in diversen Studien und Analysen vor. Viertens können Entwicklungen in diesen drei Therapieberufen auch eine Signalwirkung für die anderen Gesundheitsfachberufe entwickeln. Die Logopädie unterscheidet sich in bestimmten Punkten von der Ergo-



und Physiotherapie – nicht nur im Tätigkeitsprofil, sondern auch mit Blick auf die deutlich höhere Abiturientenquote unter den Bewerber*innen. Diese Argumente werden im Eckpunktepapier u. a. als Gründe angeführt, warum für die Logopädie eher eine Vollakademisierung in Frage komme als für die Ergo- und Physiotherapie.

Angesichts der hohen Unsicherheit über die konkrete Ausgestaltung der geplanten Gesetzesnovelle sollen die Szenarien

- eine Reflexionsgrundlage über den gewünschten Ausgang und mögliche Folgen des Reformprozesses bilden,
- einen konstruktiven Dialog zwischen den potenziell betroffenen Akteuren anregen,

¹¹ Dazu zählen die Diätassistent*innen, Masseur*innen und medizinische Bademeister*innen, medizinisch-technische Assistent*innen für Funktionsdiagnostik, medizinisch-technische Laboratoriumsassistent*innen, medizinisch-technische Radiologieassistent*innen, Orthoptist*innen sowie Podolog*innen.

¹² Nur die drei medizinisch-technischen Berufe weisen mit der Logopädie vergleichbare Ausbildungszahlen von ca. 1.100 bis 1.300 Personen pro Jahr auf.

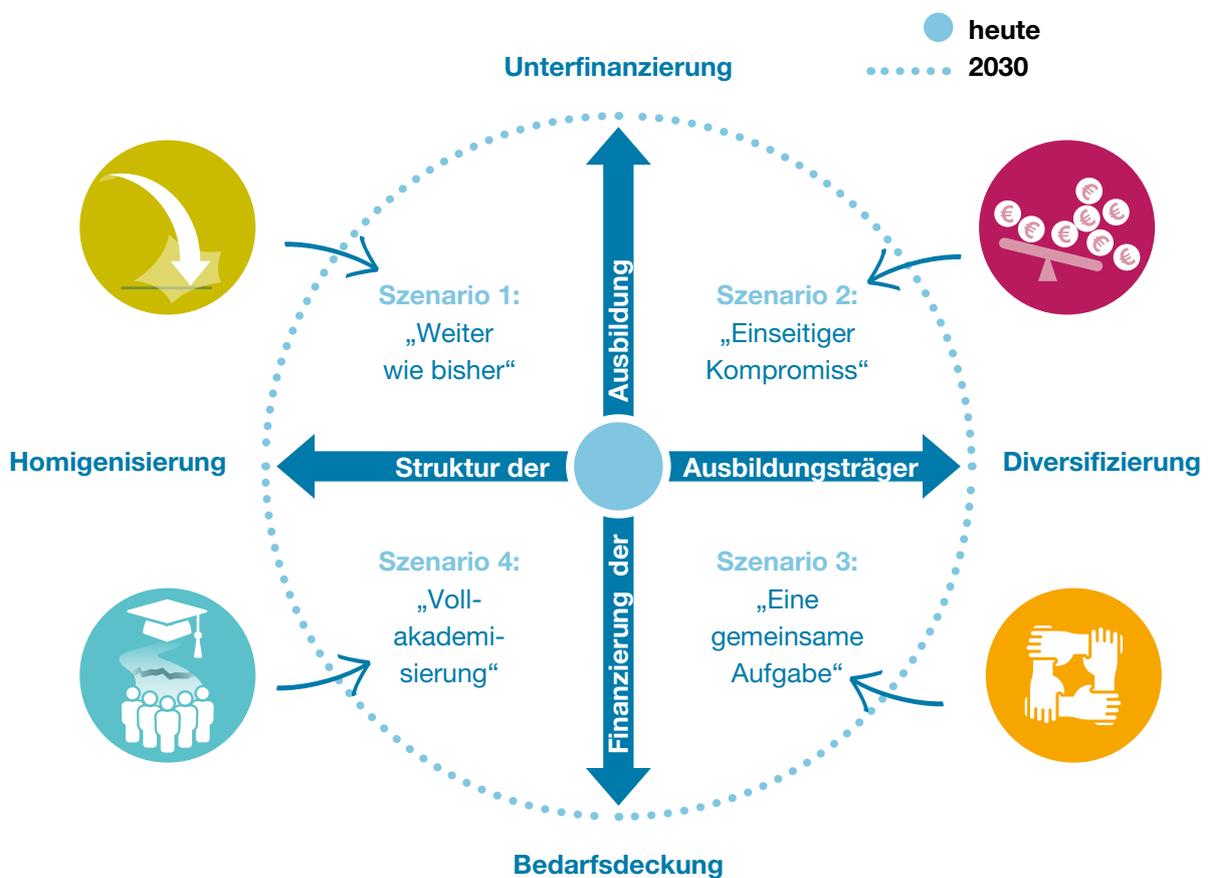
- Ansatzpunkte für die Formulierung einer schlüssigen Kommunikationsstrategie bieten,
- eine breitere Öffentlichkeit für die Bedeutung des Themas und für die Chancen und Herausforderungen bei der Gestaltung der künftigen Ausbildungswirklichkeit in den hier behandelten Gesundheitsfachberufen sensibilisieren sowie
- Lösungsansätze für die Gestaltung einer attraktiven Ausbildung zur Bekämpfung des Fachkräftemangels und eine hochwertige Gesundheitsversorgung skizzieren.

● **Vier Szenarien zur künftigen Ausbildung in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen**

In den folgenden vier Szenarien werden unterschiedliche „Zukünfte“ beschrieben, wie sich die Reform der Ausbildung in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen mit den damit verbunde-

nen Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung innerhalb der kommenden zehn Jahre entwickeln könnte. Szenarien beziehen sich auf einen Zeithorizont, für den Prognosen nicht mehr möglich sind. Sie beschreiben nicht wünschenswerte oder befürchtete Entwicklungen, sondern beschreiben in einer „Was-wäre-wenn“-Logik alternative Zukunftspfade.

Dafür wurden zahlreiche Einflussfaktoren identifiziert und nach ihrer Relevanz und Varianz geordnet. Aus diesen wurden zum einen bereits absehbare Gegebenheiten abgeleitet, die für alle Szenarien gelten (Givens). Zum anderen gibt es sogenannte treibende Kräfte (Drivers), deren künftige Ausprägung von großer Bedeutung und zugleich hochgradig ungewiss ist. Aus diesen grundlegenden Alternativen ergeben sich die im Folgenden beschriebenen Szenarien.





Zwei zentrale *Entwicklungsachsen* dienen dabei der Strukturierung des Zukunftsraums und schaffen Trennschärfe zwischen den Szenarien – wengleich natürlich auch zahlreiche andere Einflussfaktoren berücksichtigt und für die Ausarbeitung der Szenarien herangezogen wurden.

Zum einen wird für die künftige Entwicklung die Frage der Finanzierung als zentral erachtet. Wird diese in der Zukunft nach funktionalen Erfordernissen erfolgen und auf soliden Beinen stehen (Bedarfsdeckung) oder wird die Entwicklung durch eine weitgehende Kostensenkung geprägt sein (Unterfinanzierung)?

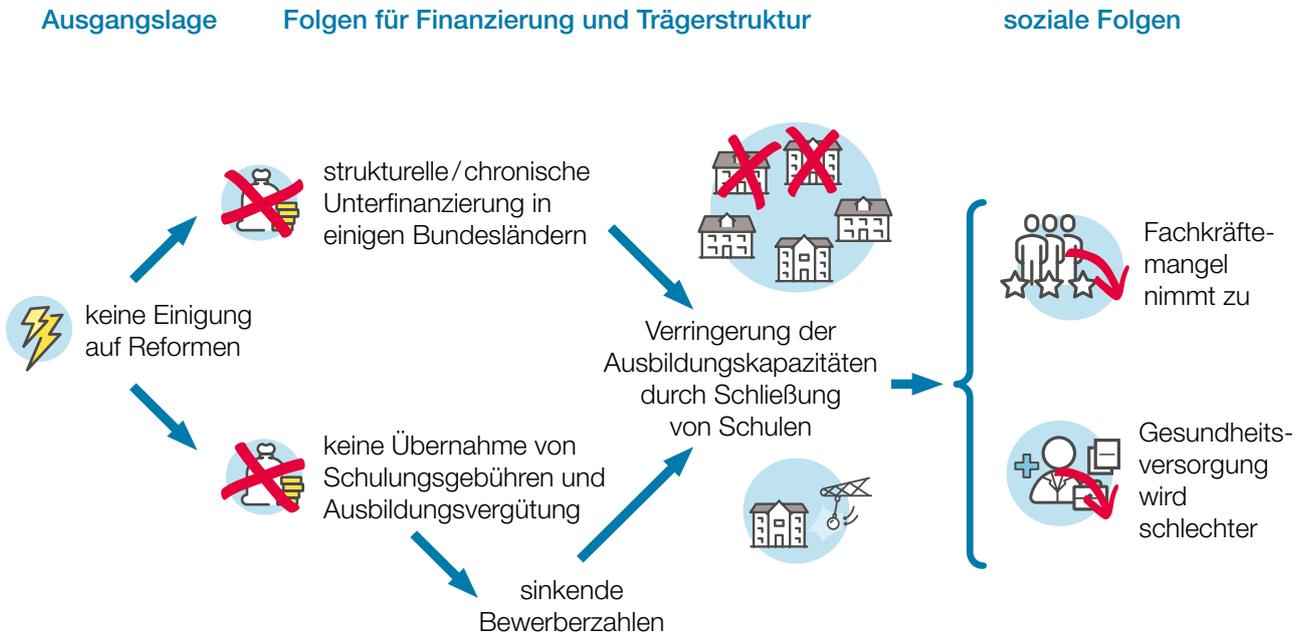
Zum anderen wird die Frage der künftigen Trägerstruktur in der theoretischen und praktischen Ausbildung in den Fokus genommen. Wird sich diese in Zukunft auf immer weniger Einrichtungsarten beschränken (Homogenisierung) oder werden wir weiterhin auf eine vielfältige Struktur unterschiedlicher Ausbildungsträger bauen können (Diversifizierung)?

Wengleich die Finanzierung die Trägerstruktur beeinflusst, ist der kausale Zusammenhang nicht deterministisch. Auch bei einer Unterfinanzierung kann die Trägerstruktur vielfältig sein, etwa, wenn aufgrund des Kostendrucks die Qualität der Ausbildung gesenkt wird. Auch kann es ohne finanzielle Zwänge zu einer Homogenisierung der Trägerstruktur kommen, z.B. wenn infolge einer Neuformulierung der Berufsgesetze bestimmte Ausbildungsgänge abgeschafft werden.

Zu den weiteren treibenden Kräften, die in die Ausarbeitung der Szenarien mit eingeflossen sind, zählen etwa der Grad der Akademisierung, die Attraktivität einer Ausbildung, die vertikale und horizontale Durchlässigkeit, aber auch die materiellen Rahmenbedingungen und die Selbständigkeit in der künftigen Berufsausübung.



● ● ● Szenario 1: Weiter wie bisher



Bund und Länder fanden im Reformprozess keine Einigung; die einzelnen Länder sind ihre eigenen Wege gegangen und verfolgten unterschiedliche Modelle in der therapeutischen Ausbildung. Die chronische Unterfinanzierung im Ausbildungssektor mündete in Abwärtsspiralen: Verlagerungen und sinkende Bewerberzahlen führten zur Schließung vieler Ausbildungseinrichtungen, wodurch angesichts längerer Wegstrecken die Mobilitätsanforderungen an die Auszubildenden zugenommen haben. Der sich zuspitzende Fachkräftemangel erhöht den Arbeitsdruck auf die praktizierenden Therapeut*innen, Stress und Burnouts nehmen zu, ebenso der Wechsel in andere Berufe. Die therapeutische Gesundheitsversorgung funktioniert in Deutschland nur noch für zahlungskräftige Privatversicherte und Selbstzahler*innen gut – für die gesetzlich Versicherten sind lange Wartezeiten und reduzierte Leistungen die Regel. Die Rufe nach notwendigen Kurskorrekturen im Zuge einer

erneuten Reform werden immer lauter. Doch im Jahr 2030 sind bereits substantielle Teile der im Jahr 2020 noch existierenden, über Jahrzehnte gewachsenen Ausbildungsstrukturen verloren gegangen.

Die politischen Entscheidungsträger fanden zu Beginn der 2020er Jahre keinen Kompromiss in den Verhandlungen zur Neustrukturierung der Gesundheitsfachberufe. Die Unterschiede zwischen den Auffassungen der Bundesländer zur künftigen Ausgestaltung der Berufsgesetze waren einfach zu groß: Vielerorts fehlte die Bereitschaft, bereits eingespielte, auf individueller Landesebene mehr oder weniger erfolgreiche Modelle aufzugeben, und es überwog der Dissens hinsichtlich möglicher Lösungsansätze für die Bekämpfung des Fachkräftemangels und die Verbesserung der Rahmenbedingung der Ausbildung. Und so lautet das neue Motto: Die föderale Vielfalt fördere einen Wettbewerb um das beste Modell, das sich langfristig schon durchsetzen werde.

Der Reformprozess fand unter ungünstigen Rahmenbedingungen statt. Die drohenden Kosten einer ambitionierten Neuformulierung der Berufsgesetze schreckte einige Bundesländer ab. Der Kostendruck im Gesundheitssystem spitzte sich ohnehin auch an anderen Stellen zu und die Steuern und Kassenbeiträge sollten möglichst stabil bleiben. Die Interessengruppen im Bereich der therapeutischen Gesundheitsfachberufe konnten zudem keine gemeinsame Position finden – etwa bezüglich der Einführung einer flächendeckenden Ausbildungsvergütung oder einer stärkeren Akademisierung – und so kaum öffentlichen Druck aufbauen.

Und so einigten sich die politischen Verantwortungsträger trotz der anfangs großen Hoffnungen auf wenig mehr als eine allgemeine Absichtserklärung, die den einzelnen Ländern weiterhin freie Hand im Ausbildungsbereich zusicherte. Eine allgemeine Schulgeldfreiheit, eine flächendeckende Ausbildungsvergütung und eine Erhöhung der Akademisierungsquote wurden zwar als Leitziele benannt, dies blieb jedoch ohne jegliche rechtliche Verbindlichkeit. Auch bei den bundesweit geltenden Regelungen in den Berufsgesetzen konnte man sich nicht auf einen großen Wurf einigen. Therapeut*innen müssen weiterhin ihre Patient*innen auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung behandeln und die Modellphase grundständiger Studiengänge mit anschließender Berufszulassung wurde nicht in ein Regelstudienangebot überführt, sondern weiter verlängert.

● **Der kostengetriebene Wettbewerb erzeugt Abwärtsspiralen statt Innovationsimpulse**

In den Verhandlungen bildeten sich mehrere Lager: Diejenigen Bundesländer, die seit kurzer Zeit trägerunabhängig das Schulgeld refinanzieren, plädierten für eine allgemeine Schulgeldfreiheit und eine flächendeckende Ausbildungsvergütung. Andere Länder sprachen sich für die Überführung privater und gemeinnütziger Einrichtungen in die (Mit-)Trägerschaft von Krankenhäusern aus, um eine Finanzierung im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zu ermöglichen. Manche Landesregierungen wiederum waren nur bereit, mehr Geld in die schulische Ausbildung zu

investieren, wenn sich die Berufsfachschulen in staatlicher Hand befinden. Einige weitere Bundesländer hingegen forcierten eine stärkere Akademisierung in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen und strebten einen Ausbau des staatlichen Hochschulangebotes an. Andere lehnten ein solches Vorgehen kategorisch als unzulässigen Markteingriff ab und setzten auf das Wettbewerbsprinzip ohne staatliche Intervention, was bedeutet, dass Schüler*innen ihre Ausbildung mancherorts weiter komplett allein bezahlen müssen. Und schließlich gab es auch prinzipiell kompromissbereite Bundesländer, die bisher schon einen größeren Teil der schulischen Ausbildungskosten bezuschusst hatten. Der Bund mahnte zwar die Notwendigkeit einheitlicher Ausbildungsregeln an, verweigerte jedoch jedwede Kostenbeteiligung.

Für eine Einigung waren die regionalen Unterschiede und Pfadabhängigkeiten zu groß: Die Wahrnehmungen variierten hinsichtlich der Bedeutung der privaten und gemeinnützigen Berufsfachschulen in der Fläche, der Einschätzung der Vorzüge einer staatlichen bzw. privat-gemeinnützigen Trägerschaft und der Rolle von Hochschulen. Während die einen steigende Kosten befürchteten, warnten andere vor einer nicht auskömmlichen finanziellen Ausstattung der Ausbildungsträger. Und so blieb nur der Kompromiss, Ende der 2020er Jahre erneut zu bewerten, welcher Ansatz sich am besten bewährt.

In den Folgejahren verschärfte sich die Konkurrenz zwischen unterschiedlichen Ausbildungsträgern und -standorten: Insbesondere dort, wo eine Schulgeldfreiheit und eine Ausbildungsvergütung besteht, sind die Bewerber- und Absolventenzahlen durch Zuwanderung von Schulabgänger*innen aus anderen Bundesländern oder Regionen gestiegen. Für die Bundesländer mit schlechteren Ausbildungskonditionen bedeutete diese Abwanderung, dass dort die Bewerberzahlen entsprechend sanken. Im Hochschulsektor gab es ähnliche Effekte: Da manche Bundesländer die Anzahl primärqualifizierender Studiengänge zur Steigerung der Akademisierungsquote erhöhten, bewarben sich viele Abiturient*innen aus anderen Bundesländern auf die (in der Regel kostenlosen)

Studienplätze. In den Bundesländern, in denen weiterhin Schulgeld erhoben wurde, verdrängten diese neuen Studiengänge so die dualen Studiengänge. Und so ist nicht nur eine weitere Polarisierung im Bereich der Auszubildendenzahlen, sondern auch eine lokale Verschärfung des Fachkräftemangels insbesondere in den Bundesländern mit wenig attraktiven Ausbildungsbedingungen erfolgt, denn häufig verbleiben die Absolvent*innen in einer der Einrichtungen der praktischen Ausbildung, in der sie Erfahrung gesammelt und oft ein Übernahmeangebot erhalten haben.

Um diesem Effekt zu begegnen, starteten die von dem „brain drain“ betroffenen Bundesländer Abwerbekampagnen und boten Willkommensgelder für Absolvent*innen. Das führte bei den Bundesländern mit hohen Absolventenzahlen zu massiver Kritik. Immerhin hatten sie mit der Gewährung kostspieliger Rahmenbedingungen in den Nachwuchs investiert und fürchteten nun, dass sie dauerhaft für andere Bundesländer mit ausbilden.

● **Substanzverlust: viele Ausbildungsträger müssen schließen**

Die Unterfinanzierung der Ausbildung und die dadurch auch geringer werdende Nachfrage nach Ausbildungsplätzen haben die Trägerstruktur unter den Berufsfachschulen vielerorts ausgedünnt. Besonders stark betroffen sind private und gemeinnützige Berufsfachschulen, an denen keine Ausbildungsvergütung möglich ist, da sie nicht in (Mit-)Trägerschaft eines Krankenhauses stehen und die Kosten somit nicht über die Krankenkassen abrechnen können. Ihre ohnehin schwierige Situation wurde dadurch verschärft, dass in einigen Bundesländern eine systematische Verlagerung von Ausbildungsstätten an Krankenhäuser stattgefunden hat. Die Regierungen einzelner Länder nutzten die Möglichkeit einer Finanzierung der Berufsfachschulen über das Krankenhausfinanzierungsgesetz dafür, Rahmenbedingungen für eine schulgeldfreie und vergütete Ausbildung zu schaffen, ohne selbst unmittelbar dafür aufkommen zu müssen. Insbesondere in der Fläche mussten daher die meisten freien Einrichtungen

ihren Betrieb einstellen – etablierte und über Jahre gewachsene Strukturen für die Versorgung mit Fachkräften gingen damit verloren. Eigentlich hätte im letzten Jahrzehnt – insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und bereits seit langem bestehender Fachkräftengpässe – ein möglichst flächendeckender Ausbau der Ausbildungsplätze stattfinden müssen. Durch die Ballung in Zentren und das „Schulsterben“ im Bereich der freien Träger ist stattdessen trotz einiger neuer Schulgründungen an Krankenhäusern faktisch eine Verknappung erfolgt.

Dies hat wiederum Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung, insbesondere auf dem Land. Hier wurde die Versorgung im therapeutischen Bereich bislang meist durch private Praxen sichergestellt, die ihren Nachwuchs über Kontakte zu Berufsfachschulen und deren Schüler*innen, insbesondere im Rahmen von Praktika, rekrutiert haben. Diese Praxen sind, wie auch die Rehabilitationskliniken, bei einer Ausbildungsfinanzierung im Rahmen des KHG als Träger der praktischen Ausbildungsanteile ausgeschlossen. Somit leiden sie doppelt unter der Verlagerung von Schulen an Krankenhäuser und haben mit massiven Nachwuchsproblemen zu kämpfen. Und so verschärft sich der Fachkräftemangel gerade in der Fläche noch drastischer, wo sich die Folgen des demografischen Wandels – etwa mit Blick auf die Anzahl und Form der Behandlungsbedarfe – am deutlichsten manifestierten. Damit geht einher, dass Fachkräfte Patient*innen vor Ort häufig nicht mehr behandeln können, da eine Stellenbesetzung erschwert wird und somit das Personal für eine angemessene Patientenversorgung fehlt. Notleidende Menschen finden immer seltener zeit- oder ortsnahe Hilfen, wodurch Symptome über einen längeren Zeitraum unbehandelt bleiben, was nicht nur das Leiden verschlimmert, sondern auch die Lebensqualität erheblich beeinflusst.

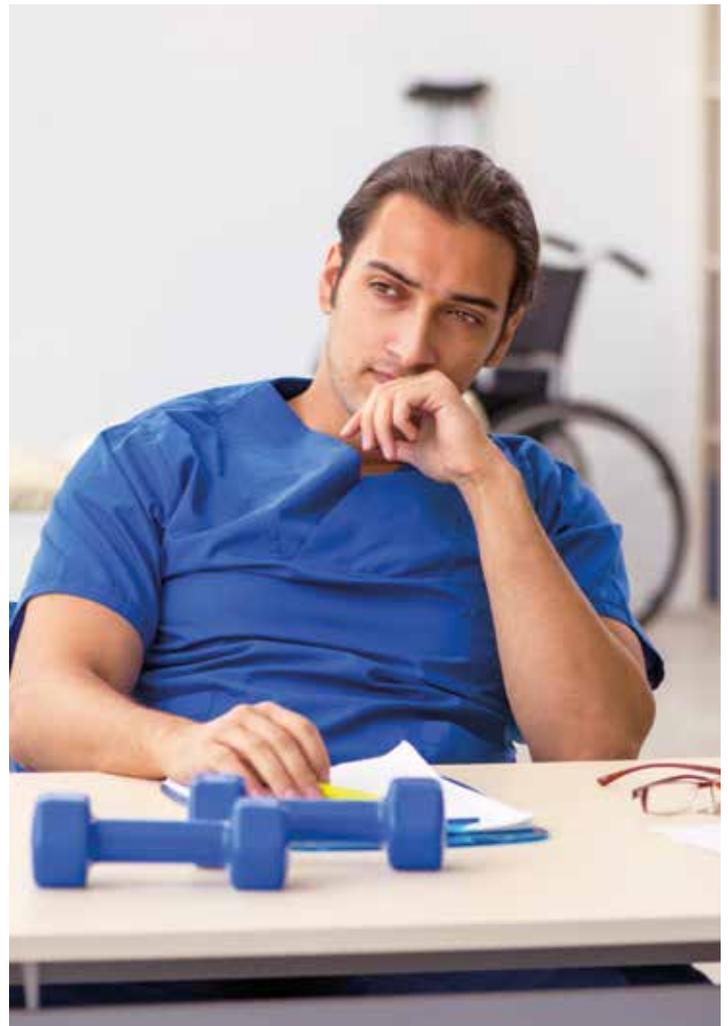
Diejenigen Berufsfachschulen, die an Krankenhäuser angebunden sind, können über ihren Träger hingegen nicht nur eine Ausbildungsvergütung gewähren, sondern auch auf Schulgeld verzichten und verzeichnen daher in der Regel genügend Bewerber*innen. Doch die Verlagerung der

Ausbildung an Krankenhäuser erweist sich als problematisch, denn so werden immer weniger Schüler*innen dort ausgebildet, wo sie später auch als Arbeitskräfte gebraucht werden. Immerhin werden traditionell über zwei Drittel der Absolvent*innen in den therapeutischen Berufen nicht in Krankenhäusern angestellt. Für ambulante Praxen und weitere Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen ergibt sich aus diesem zunehmenden Ungleichgewicht ein massiver Nachwuchsmangel.

Unter den hochschulischen Ausbildungsangeboten steigt die Nachfrage nach Studiengängen mit anschließender Berufszulassung, während das Interesse an dualen Angeboten mit fachschulischem Abschluss und parallelem akademischen Abschluss aufgrund des vielerorts noch immer erhobenen Schulgelds oder im Rahmen des Schulsterbens auf der Strecke gebliebener Kooperationschulen vor Ort sinkt. Berufsfachschulen und Hochschulen setzen kaum noch auf Kooperation und sehen sich stärker denn je in einer Konkurrenzsituation um eine sinkende Zahl von Auszubildenden.

● Die Bewerber*innenzahlen sinken und der Fachkräftemangel steigt

Unter Schulabgänger*innen hat die therapeutische Ausbildung aufgrund der schwierigen Rahmenbedingungen weiter an Attraktivität verloren. Nur die Bundesländer mit hohen staatlichen Zuschüssen und einem hohen Anteil an Kliniken angegliederter Schulen mit Ausbildungsvergütung verzeichnen ausreichend Bewerber*innen für berufsfachschulische Ausbildungsgänge, doch anderorts brechen die Zahlen weiter ein. Unter den hochschulischen Angeboten wirken insbesondere die kostenlosen, primärqualifizierenden Studiengänge der staatlichen Hochschulen mit anschließender Berufszulassung lukrativ, da sich so nicht nur ein Schulgeld vermeiden lässt, sondern ein Studium – im Vergleich zu einer berufsfachschulischen Fachausbildung – als potentielles Sprungbrett in ein anderes Tätigkeitsfeld gilt. Die Akademisierung nimmt zwar dadurch zu, aber in einem kompetitiv-substituierenden Sinne.



In den Bundesländern mit den schlechteren Ausbildungsbedingungen an den Berufsfachschulen blieb vielen Interessent*innen an der Ausbildung nichts anderes übrig, als ihre Heimatregion zu verlassen oder ihren Berufswunsch aufzugeben. Denn infolge des verbreiteten „Schulsterbens“ gab es für viele Schulabgänger*innen immer weniger Einrichtungen in der Nähe und so wurden die Wegstrecken zur nächsten Berufsfachschule immer länger.

Für die bereits praktizierenden Therapeut*innen bedeutete das Scheitern der Reform, dass sich weder Berufsbild noch Arbeitsbedingungen verbesserten – im Gegenteil, denn je weniger junge Arbeitskräfte nachrückten, desto mehr Patient*innen kamen auf eine Therapeutin bzw. einen Therapeuten. Die Folge war vielerorts ein

langsam einsetzender Teufelskreis, der sich allerdings je nach Bundesland unterschiedlich stark entwickelte: Unter Therapeut*innen ist die Zahl von Krankschreibungen, Burnout-Diagnosen und Arbeitszeitreduzierungen als direkte Folge der hohen Arbeitsbelastung gestiegen, wodurch die Arbeitsbelastung der verbliebenen Therapeut*innen noch weiter wuchs. Für berufsbegleitende Weiterbildungen fehlt immer häufiger die Zeit. Die Strategie einzelner Bundesländer, durch die Absenkung der Voraussetzungen für die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse und gezielte Werbekampagnen den sich verschärfenden Fachkräftemangel zu kompensieren, entfachte zwar eine gewisse Wirkung. Doch reichten auch diese Maßnahmen nicht, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Denn zum einen gehörte diese Berufsgruppe bereits zu den mobilsten Arbeitskräften in Europa und der Anteil der in Deutschland beschäftigten Therapeut*innen mit ausländischen Berufsabschlüssen war bereits sehr hoch und die „Reserve“ nicht mehr groß. Zum anderen verschärfte sich auch in den Herkunftsländern bereits seit Jahren der Fachkräftemangel bei gleichzeitig steigenden Löhnen, wodurch die Anzahl wanderungsbereiter Fachkräfte weiter sank.

Die sich verschlechternden Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsfachberufen wirken sich auch auf die praktische Ausbildung aus, denn unter diesen Umständen ist eine umfassende Praxisanleitung kaum möglich. Immer häufiger kommt es sogar dazu, dass Praktikant*innen beauftragt werden, Patient*innen trotz mangelnder Erfahrung und ohne Aufsicht zu behandeln.

Die Berufsverbände protestieren gemeinsam mit ver.di gegen die Verschlechterung der Ausbildungsbedingungen. Doch fällt es schwer, eine Berufsgruppe zu mobilisieren, die durch tiefgreifende Unterschiede in den Interessenlagen gekennzeichnet ist. Denn der zunehmende Wildwuchs und die zum Teil gegenläufigen Entwicklungen im Ausbildungssektor führten dazu, dass Auszubildende und Therapeut*innen in unterschiedlichem Maße betroffen sind.

● Sinkende Qualität der Gesundheitsversorgung

Der steigende Fachkräftemangel sorgt nicht nur für Spannungen zwischen einzelnen Bundesländern, sondern beeinträchtigt zunehmend die Gesundheitsversorgung – insbesondere in den ländlichen Regionen. Die Abwerbungsstrategien einzelner Bundesländer führen auch innerhalb der EU zu bilateralen Spannungen. Insbesondere in Polen, das bereits ähnliche Erfahrungen bei Krankenschwestern und Pflegepersonal gesammelt hat, regt sich Protest und Forderungen nach einer gesamteuropäischen Ausbildungsstrategie nehmen zu. Einige Bundesländer fordern hingegen eine bundesweite Senkung der durchschnittlichen Behandlungsdauer von Patient*innen. Das trifft auf massiven Protest der Berufsverbände, die vor einer weiteren Verschlechterung der Behandlung von Patient*innen, weiterer Arbeitsverdichtung und Stress sowie – daraus folgend – einer noch stärkeren Abwanderung vieler Therapeut*innen in andere Berufe warnen.

Der Fachkräftemangel manifestiert sich vielerorts in langen Wartezeiten und ist besonders im ländlichen Raum spürbar. Doch auch die Qualität der Ausbildung und somit die Kompetenz neu ausgebildeter Therapeut*innen leidet immer mehr unter diesen Bedingungen. Der Sparzwang hat viele Berufsfachschulen veranlasst, zu wenig in die Ausstattung zu investieren. In der praktischen Ausbildung werden die Auszubildenden häufig als vollumfängliche Arbeitskräfte eingesetzt, und das ohne systematische Praxisanleitung. Und unter den berufstätigen Therapeut*innen ist die Motivation für Weiterqualifizierungen stark zurückgegangen.

Die therapeutischen Behandlungskapazitäten sind im Jahr 2030 noch weiter geschrumpft. In unmittelbarer Nähe eine kompetente Behandlung zu finden, ist allenfalls in einigen Großstädten möglich, oft sind die Wartezeiten für einen Termin auch hier kaum noch vermittelbar. Selbstzahler*innen und privat Versicherte sind dabei klar im Vorteil. Gesetzlich Versicherte stellen sich immer häufiger die



Frage, wofür sie ihre Beiträge zur Krankenkasse überhaupt leisten, wenn sie am Ende eine notwendige Therapie aus eigener Tasche bezahlen müssen.

In den Praxen fehlt für eine aufwendige Vor- und Nachbereitung oft die Zeit, wodurch Patient*innen mit komplexeren Beschwerden oft nicht angemessen lange behandelt werden können. Dadurch steigt die Zahl der Menschen, die unter chronischen Erkrankungen leiden, oft verbunden mit gesundheitsbedingten Auszeiten oder gar völliger Berufsunfähigkeit. Zudem geht auch der demografische Wandel mit einer deutlichen Zunahme behandlungsintensiver gerontologischer Beschwerden einher, was den Mangel an Behandlungskapazitäten noch deutlicher zutage treten lässt. Es droht eine ernste Krise der therapeutischen Grundversorgung.

● **Neue Reformdebatte:
mehr Entschlossenheit in der Krise?**

Kritiker*innen der Zustände in der Ausbildung sehen immer stärker die Verantwortung beim Bund, der sich Anfang der 2020er Jahre aus der finanziellen Verantwortung herausgezogen und dadurch versäumt habe, wichtige Impulse für ein bundeseinheitliches Anreizsystem zu schaffen. Patient*innen haben zunehmend das Gefühl, dass sie sich selbst um ihre eigene Gesundheit kümmern müssen und die Engpässe bei den therapeutischen Berufen nur ein Symptom einer allgemeineren Verschlechterung des Gesundheitssystems sind.

Und so boomen im Netz kostenlose Selbsthilfe-Anleitungen, und zahlreiche Apps versprechen, bei der Befundung und Therapie Hilfe leisten zu können. Mittlerweile werden auch digitale Gruppentherapien für Patient*innen mit ähnlichen Beschwerden angeboten. Unter Therapeut*innen und Mediziner*innen wird dieser Trend äußerst kritisch gesehen, da komplexere Beschwerden in der Regel eine individuelle und sachkundige Behandlung erfordern und sich Leiden bei Fehlbehandlungen noch verschlimmern können.

2030 sind sehr viele Menschen mit der Versorgung bei den therapeutischen Leistungen massiv unzufrieden – aufgrund eigener Erfahrungen, derer von Angehörigen oder der Berichterstattung über die „katastrophalen Zustände“ in den Medien. Und so ist es kaum erstaunlich, dass das Thema auch

zunehmend wieder von den Parteien zur politischen Profilierung genutzt wird. Der Ruf nach einem neuen Anlauf zur Ausbildungsreform der Gesundheitsfachberufe wird wieder lauter und insbesondere die Bundesländer mit geringer oder fehlender öffentlicher Ausbildungsfinanzierung geraten in den Fokus der Kritik. Die neue Bundesregierung kündigt ihre Bereitschaft an, selbst einen „substanziellen Teil“ der Kosten einer umfassenden Reform zu tragen. Auch die Länder und die Krankenkassen signalisieren Reformbereitschaft – vor allem, weil sich immer deutlicher zeigt, dass die mangelhafte Versorgung bei den therapeutischen Gesundheitsfachberufen auf längere Sicht massive Folgekosten erzeugt. Doch allen ist bewusst: Was über Jahrzehnte braucht, um zu wachsen, lässt sich so schnell nicht wiederaufbauen.

.....

Das Szenario „Weiter wie bisher“ auf einen Blick

- ▶ **Reformschwerpunkte:** Es hat keine Einigung auf eine bundeseinheitliche Herangehensweise stattgefunden – es besteht weiterhin ein Nebeneinander föderaler Regelungen, insbesondere hinsichtlich der Finanzierung der Ausbildungsgänge.
 - ▶ **Finanzierung:** Es herrschen unterschiedliche Regelungen mit vollständiger, anteiliger und selektiver Finanzierung schulischer Ausbildungskosten seitens der Bundesländer; die Krankenkassen übernehmen auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Ausbildungskosten sowie eine Ausbildungsvergütung nur für diejenigen Einrichtungen, die mit einem Krankenhaus verbunden sind.
 - ▶ **Struktur der Ausbildungsträger:** Fachschulen ohne Trägerschaft am Krankenhaus können keine Ausbildungsvergütung zahlen und müssen teilweise weiterhin Schulgeld erheben. Die Betriebseinstellung vieler privater und gemeinnütziger Berufsfachschulen insbesondere in der Fläche ist die Folge dieses strukturellen Nachteils.
 - ▶ **Fachkräftemangel:** Kontinuierlicher Anstieg
 - Bewerberzahlen: sinken regional und insbesondere im nicht-urbanen Raum infolge unattraktiver finanzieller Rahmenbedingungen bzw. hoher Mobilitätsanforderungen; dies macht sich insbesondere im Bereich ambulanter Praxen bemerkbar
 - Berufstreue: weiterhin niedrig, da hohe Arbeitsbelastung, geringe Löhne und wenig Selbständigkeit
 - ▶ **Qualität der Gesundheitsversorgung:** Es besteht ein Mangel an Versorgung für gesetzlich Versicherte, insbesondere im ambulanten Bereich; das Stadt-Land-Gefälle bezüglich des Angebots therapeutischer Behandlungsleistungen wird steiler; vielerorts besteht nur noch ein privilegierter Zugang für Selbstzahler*innen und privat versicherte Patient*innen zu immer weniger Therapeut*innen.
-

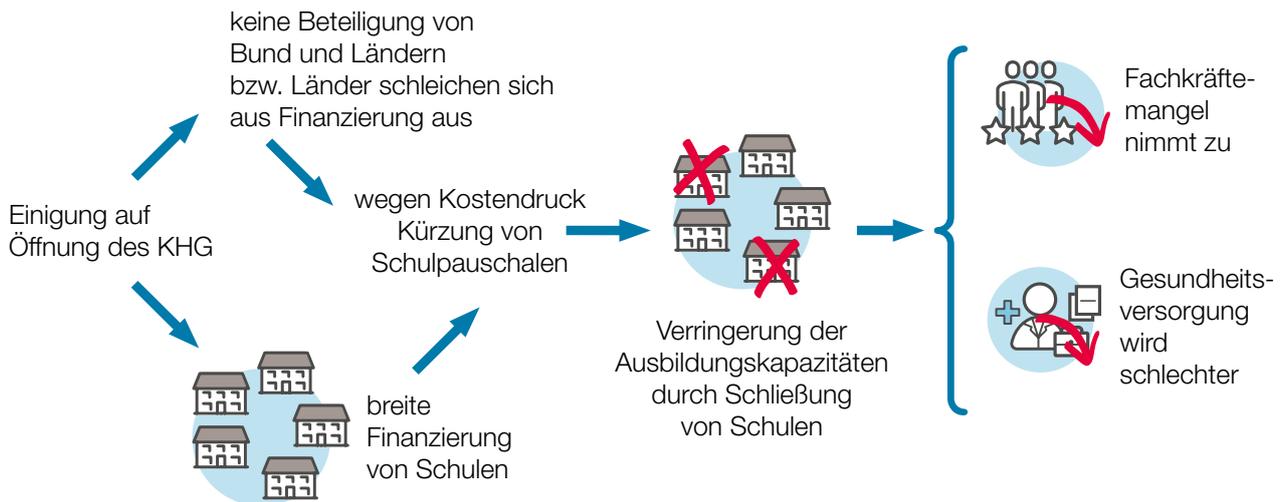


●●● Szenario 2: Einseitiger Kompromiss

Ausgangslage

Folgen für Finanzierung und Trägerstruktur

soziale Folgen



Im Jahr 2030 entscheiden sich immer mehr Schüler*innen für eine therapeutische Ausbildung, denn durch eine Ausweitung der Finanzierung im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist nun eine nahezu flächendeckende Schulgeldfreiheit und Ausbildungsvergütung etabliert. Zudem wurden die primärqualifizierenden Modellstudiengänge in Regelstudiengänge überführt. Die finanzielle Hauptlast tragen die Krankenkassen, die zunehmend unter Druck stehen, die Kosten zu senken: durch Verhandlungen mit den Bildungseinrichtungen zulasten der Ausbildungsqualität. Die Trägerlandschaft im Jahr 2030 ist zwar dank der breiteren Streuung der Mittel weiterhin sehr vielfältig, doch zehren immer mehr Einrichtungen von der Substanz. Auch bei der Kostenübernahme von Therapieleistungen wird der Rotstift angesetzt, mit der Folge stagnierender oder sogar sinkender Einkommen bei den praktizierenden Therapeut*innen. Die Patient*innen zeigen sich dank kürzerer Wartezeiten zufrieden – doch wie lange noch?

Die Engpässe bei der Versorgung der Patient*innen und der eklatante Fachkräftemangel im Bereich der therapeutischen Gesundheitsfachberufe waren schon lange ein öffentliches Thema. Traditionell hatten es deren Interessenverbände – etwa im Vergleich zu denen der Ärzt*innen und der Pharmaindustrie – schwer, sich ausreichend Gehör zu verschaffen. Doch nun fiel der Ruf nach einer Ausbildungsreform mit solider Finanzierung in eine Zeit, in der die anhaltende Wirtschaftsrezession zu sinkenden Steuereinnahmen führte, die Bund und Ländern einen geringen finanziellen Spielraum im Gesundheitssystem ließ.

Wenngleich sich Bund und Länder gegenseitig die Verantwortung für die Durchführung einer geplanten Neuordnung der Gesundheitsfachberufe zuschoben, zeigten sie sich dennoch bestrebt, nach außen Handlungsfähigkeit zu demonstrieren und wichtige Impulse zur nachhaltigen Verbesserung der Lage im Bereich der Ausbildung zu setzen. Gleichzeitig wollten sie verhindern, dass die geplante Reform die Ausbildungskosten in die

Höhe treibt und allzu revolutionäre „große Würfe“ die bestehenden Ausbildungsstrukturen ins Wanken bringen. Gebetsmühlenartig betonte der Gesundheitsminister, die Ausbildungsstrukturen „beherzt, aber behutsam“ auf ein neues Fundament stellen zu wollen.

Vor diesem Hintergrund wurde das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) erweitert, sodass Ausbildungsstätten für eine Refinanzierung nun nicht mehr in (Mit-)Trägerschaft eines Krankenhauses stehen müssen, sondern dass hierfür Kooperationsvereinbarungen zwischen Berufsfachschulen und zur Ausbildung geeigneten Praxiseinrichtungen ausreichen. Darüber hinaus werden nun auch Rehabilitationskliniken und ambulante Praxen als Orte der praktischen Ausbildung im Rahmen des KHGs anerkannt und können die entstehenden Kosten über die Krankenkassen abrechnen. Damit findet nicht nur der Bereich der Rehabilitation im Verhältnis zur Prävention und Therapie stärkere Beachtung in der therapeutischen Ausbildung. Auch kann die Patientenversorgung dort auf hohem Niveau aufrechterhalten werden, da die Rehabilitationskliniken zusätzliche Ausbildungskapazitäten beisteuern.

Aus Sicht der Länder hat die Reform eine adäquate Reaktion auf mehrere Herausforderungen dargestellt: Erstens sollte sie die Attraktivität einer therapeutischen Ausbildung durch die Einführung einer allgemeinen Schulgeldfreiheit und einer flächendeckenden Ausbildungsvergütung erhöhen. Zweitens sahen die neuen Berufsgesetze vor, dass der Modellcharakter der primärqualifizierenden Studiengänge aufgehoben und diese in Regelstudiengänge überführt werden. Dieser Schritt sollte ein breiteres Qualifizierungsangebot mit attraktiven und flexiblen Berufswegen eröffnen.

Nun ist es fast allen Berufsfachschulen in Deutschland möglich, ihren Schüler*innen eine kostenlose Ausbildung plus Vergütung anzubieten, doch die Krankenkassen, die den Großteil der Kosten tragen müssen, stehen unter erheblichem Druck. Die Erfahrungen aus den Jahren nach der Einführung einer Schulfinanzierung plus Ausbildungsvergütung über das KHG haben gezeigt, dass es der öffentli-

chen Hand möglich ist, eigene Investitionen zu vermeiden bzw. die Kosten zur Unterhaltung von Berufsfachschulen in den Finanzierungsbereich der Krankenkassen abzuschieben. Einige Bundesländer haben in dieser Phase komplett auf eine eigene Finanzierung der Berufsfachschulen verzichtet und mit Erfolg eine Verlagerung der Schulen in Richtung des KHG forciert. Dieses Beispiel hat Schule gemacht: Immer mehr Länder sind im Anschluss aus der Finanzierung von Gesundheitsfachschulen in den Therapieberufen ausgestiegen – ein Trend, der sich durch die Öffnung der KHG-Finanzierung für Schulen auf der Grundlage von Kooperationsvereinbarungen sowie für Rehabilitationskliniken und ambulante Praxen als Orte der praktischen Ausbildung noch verstärkt hat.

In eigenen Stellungnahmen rechtfertigen die Länder ihre schwindende Bereitschaft, sich an einer Finanzierung der Schulen zu beteiligen, mit dem Argument, dass sie durch die mit der Reform einhergehenden Überführung der primärqualifizierenden Studiengänge in Regelstudiengänge selbst schon erhebliche neue Mehrkosten zu tragen haben. Der Bund hingegen lehnt eine Refinanzierung mit dem Hinweis ab, dass schulische Ausbildung Ländersache sei, und sich die Rahmenbedingungen im letzten Jahrzehnt doch ohnehin deutlich verbessert hätten. Da die Länder und der Bund sich weigern, die berufsfachschulische Ausbildung nach bestimmten festgelegten Vorgaben zu bezuschussen, tragen die Krankenkassen auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes jetzt fast ausschließlich alleine die Kosten der Berufsfachschulen, die Ausbildungsvergütungen sowie die Mehrkosten der Einrichtung, an der die praktischen Anteile der Ausbildung stattfinden.

● **Eine breite, aber unterfinanzierte Struktur der Ausbildungsträger**

Unter vielen Ausbildungsträgern fanden die neuen Berufsgesetze zunächst Zuspruch, denn durch die bundeseinheitlichen Regelungen wurden einige Privilegien zugunsten freier Wettbewerbsbedingungen korrigiert: So erhalten nun auch Auszubildende eine Vergütung, deren Berufsfachschule nicht an eine Klinik gebunden ist. Auch können Berufs-



fachschulen, die Kooperationsvereinbarungen mit Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken und ambulanten Praxen haben, jetzt in allen Bundesländern Schulgeldfreiheit gewähren. Für die an einer Ausbildung interessierten Schulabgänger*innen bedeutete die Reform, dass sie jetzt unter identischen finanziellen Ausbildungsbedingungen zwischen den Ausbildungsträgern nach Qualität der Ausbildung, Wohnortnähe oder beruflicher Orientierung wählen können.

Die Krankenkassen – als größte Kostenträger – begrüßten durchaus, dass nun eine ambitionierte Reform den Fachkräftemangel verringern soll. Allerdings warnten sie bereits im Vorfeld, dass sie die erheblichen Mehrkosten nur schwer stemmen könnten. Denn angesichts der demografischen Entwicklung stiegen die Ausgaben in der Gesundheitsversorgung insgesamt. Und so zeigten sich die Krankenkassen in den Verhandlungen zu den Rahmenbedingungen in der Ausbildung wenig kompromissbereit und forderten mehr Wirtschaftlichkeit und Kostensenkungen – selbst, wenn das absehbar auf längere Sicht zulasten der Qualität der Ausbildung gehen sollte.

Die Krankenkassen bestanden auf eine allgemeine Senkung der Kostensätze pro Schüler*in ohne Berücksichtigung von länderspezifischen schulrechtlichen Vorgaben, unter anderem indem sie einen schlechteren Betreuungsschlüssel zwischen Lehrenden und Lernenden ansetzten. Zudem forderten sie eine Senkung der Lehrpersonalkosten, indem sie nicht nur auf einer niedrigen Einstufung der Lehrkräfte, sondern auch auf eine Erhöhung des Anteils der geringer entlohnten Honorarlehrkräfte auf Kosten des Anteils der Feststellungen bestanden. Unter diesen Bedingungen ist es den Berufsfachschulen zunehmend schwergefallen, adäquat ausgebildetes Lehrpersonal zu gewinnen. Diese Sparmaßnahmen trugen dazu bei, dass die berufsfachschulischen Lehrkräfte über immer weniger Kapazitäten zur individuellen Betreuung der Schüler*innen verfügten und durch das System der pauschalen Sätze den besonderen Bedürfnissen Einzelner weniger gerecht werden konnten. Und so sinkt die Qualität in der Ausbildung in den Berufsfachschulen unweigerlich, da auch die letzten finanziellen Spielräume durch oft zu knapp bemessene Pauschalen schrittweise aufgebraucht wurden.



Das wirkte sich immer deutlicher auch auf das Lernklima und somit auf die Lernerfolge der Auszubildenden aus.

Hinzu kam, dass in entlegenen Gegenden einige Berufsfachschulen schließen mussten, da die Bewerberzahlen einzelner Jahrgänge zu gering waren, um die von den Krankenkassen anvisierte Klassenstärke zu erreichen. In manchen Bundesländern, in denen früher eine verhältnismäßig gut ausgebaute öffentliche Refinanzierung erfolgt ist, sehnen sich nicht wenige Berufsfachschulen gar nach dem alten Finanzierungsmodell zurück. Und so mischt sich unter den Berufsfachschulen die anfängliche Erleichterung über die insgesamt steigenden Bewerberzahlen mit einem wachsenden Frust über die harten Verhandlungen mit den Krankenkassen über Personalkosten und Größe der Ausbildungsgruppen. Die unter vielen Berufsfachschulen befürchtete massenhafte Schließung ihrer Einrichtungen ist zwar bislang ausgeblieben. Doch der Sparzwang und die Konkurrenz um die wenigen Mittel fordern erste Opfer.

Die Einrichtungen der praktischen Ausbildung begrüßten zunächst, dass die besseren Ausbildungsbedingungen zu steigenden Bewerberzahlen führen und der Fachkräftemangel sinkt. Da die Ausbildungsvergütung nun durch die Öffnung des KHG auch bei einer praktischen Ausbildung außerhalb des Krankenhauses gezahlt werden kann, sind ambulante Praxen, Rehabilitationskliniken und andere Einrichtungen nicht mehr strukturell benachteiligt. Dank der nun attraktiveren Ausbildungsbedingungen können sie leichter Nachwuchskräfte rekrutieren. Allerdings sehen die Krankenkassen keine angemessene Vergütung für die Praxisanleitung vor, geschweige denn eine Praxisbegleitung seitens der Berufsfachschulen. Der allgemeine Kostendruck in den Kliniken und Praxen führt daher viele Einrichtungen in Versuchung, die Auszubildenden eher als billige Arbeitskräfte für einfache therapeutische Aufgaben einzusetzen, anstatt sie adäquat auf ihre spätere Berufstätigkeit vorzubereiten.

Die Hochschulen und Berufsverbände monierten, dass die Öffnung des KHG einer – von ihnen als notwendig erachteten – Akademisierung der Ausbildung in den Therapieberufen entgegenwirke. Und tatsächlich entscheiden sich viele Interessent*innen mit Hochschulzugangsberechtigung gegen primärqualifizierende Studiengänge und bevorzugen die Alternative des dualen Studiums als „goldenen Mittelweg“. Der Doppelabschluss ist zwar mit einem erheblichen Arbeitspensum verbunden, doch verspricht er Vorteile aus zwei Welten: Auf der einen Seite folgen aus dem intensiv begleiteten, auf bewährten pädagogischen Konzepten beruhenden Praxisanteil bei der berufsfachschulischen Ausbildung eine Vergütung bzw. die Vermeidung von BAföG-Schulden sowie dank längerer Therapieerfahrung vor dem Abschluss auch bessere Berufseinstiegsmöglichkeiten. Auf der anderen Seite wird ein akademischer Abschluss bei vielen Arbeitgeber*innen geschätzt, und er eröffnet weitere Karriereperspektiven jenseits der direkten Patientenversorgung. Insbesondere in der Logopädie steigen angesichts der ohnehin sehr hohen Abiturientenquote unter den Interessent*innen die Bewerberzahlen für die dualen Studiengänge deutlich. In der Ergo- und Physiotherapie, wo in den meisten Jahrgängen nur etwa die Hälfte der Auszubildenden über eine Hochschulzugangsberechtigung verfügt, ist dieser Trend hingegen weniger ausgeprägt. Da die Nachfrage nach primärqualifizierenden Hochschulabschlüssen mit direktem Berufszugang gesunken ist, sind diese neuen Studiengänge vielerorts kurze Zeit nach ihrer Überführung in ein Regelangebot sogar wieder eingestellt worden.

Zwischen den Bildungsträgern wächst die Zusammenarbeit stetig. Einerseits kooperieren noch mehr Berufsfachschulen mit Hochschulen im Rahmen der dualen Studiengänge, andererseits wächst das Kooperationsgeflecht zwischen den Berufsfachschulen und den Einrichtungen der praktischen Ausbildung weiter, da der Fokus auf Krankenhäuser wegfällt und auch die Kosten der Einsätze in ambulanten Praxen und Rehabilitationskliniken refinanziert werden.

● **Die Rahmenbedingungen der Ausbildung werden attraktiver, die Berufsausübung nicht**

Den an therapeutischen Berufen interessierten Schulabgänger*innen hat die Reform ihre Entscheidung sicherlich leichter gemacht: Denn zum einen sind die finanziellen Rahmenbedingungen einer Ausbildung verbessert worden, zum anderen sind Einrichtungen der theoretischen und praktischen Ausbildung dank der breiten, flächendeckenden Trägerstruktur auch jenseits der Ballungsgebiete in der Regel ohne lange Wegstrecken zu erreichen. Daher entscheiden sich immer mehr Menschen für eine therapeutische Ausbildung.

Doch eine gewisse Skepsis bleibt unter den Auszubildenden. Einerseits sind die Lernbedingungen – große Klassen, zunehmend knappe Ausstattung der Bildungseinrichtungen und nur sporadische Anleitung in der praktischen Ausbildung – oft nicht angemessen. Die Ausbildung bietet zwar finanziell günstige Rahmenbedingungen, doch der allgemeine Kostendruck geht zulasten der Qualität der Ausbildung. Andererseits schrecken mit Blick auf die spätere Berufsausübung, trotz der abwechslungsreichen Einsatzmöglichkeiten und Tätigkeitsfelder, eine weiterhin hohe Arbeitsbelastung und stagnierende Löhne ab. Das liegt an dem niedrigen Verhandlungsspielraum der Krankenkassen, die eine Erhöhung der Heilmittelkostenrückerstattung ablehnen.

Beide Effekte führen nach Jahren stetiger Tarifierhöhung zu einer Stagnation bei den Einkünften der Therapeut*innen, da die Arbeitgeber*innen keine Spielräume für Gehaltserhöhungen sehen. Die geringe Vergütung gibt auch wenig Anreize für Aufbaustudiengänge, für die die Zeit ohnehin oft fehlt. Unmittelbare Folge ist, dass trotz der wachsenden Anzahl an Absolvent*innen weiterhin relativ viele Therapeut*innen den Beruf wechseln wollen oder zumindest ein Teilzeitmodell bevorzugen, um nebenbei noch jobben zu können.

● **Ein Versprechen, das auf Kante genäht ist**

Die Reformen haben zwar letztlich den angestrebten Effekt steigender Absolvent*innenzahlen. Doch

bemängeln nicht nur die Berufsverbände den Trend hin zu einer „Discounter-Ausbildung“, der sich in den kommenden Jahren in internationalen Vergleichsstudien offenbaren werde. Unter vorgehaltener Hand heißt es, die Bundesländer hätten abermals ihre mangelnde Zahlungsbereitschaft kaschiert und die finanzielle Last und bildungspolitische Verantwortung nach und nach immer stärker den Krankenkassen aufgebürdet: Während früher der Mangel an solide steuerfinanzierten Ausbildungsplätzen im Zentrum der Kritik stand, ist es heute die zu knapp bemessene Finanzierung der

Ausbildungskosten über die Krankenkassen, die aufgrund der gestiegenen Kosten zunehmend unter Druck geraten sind. Die Lösung über eine Öffnung der Finanzierung über das KHG wird dafür gelobt, dass sie eine allgemeine Schulgeldfreiheit und eine flächendeckende Ausbildungsvergütung ermöglicht hat. Allerdings zwingt der allgegenwärtige Kostendruck zu Maßnahmen, die langfristig die Qualität der Ausbildung merklich senken. Und so bleibt die Gesetzesnovelle für viele Beobachter*innen doch nur ein einseitiger Kompromiss mit einigen Haken.

.....

Das Szenario „Einseitiger Kompromiss“ auf einen Blick:

- ▶ **Reformschwerpunkte:** Es ist eine Öffnung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erfolgt, sodass Ausbildungsstätten nicht mehr in (Mit-) Trägerschaft eines Krankenhauses stehen müssen, sondern auch Kooperationsvereinbarungen zwischen Schulen und zur Ausbildung geeigneten Praxiseinrichtungen eine Kostenübernahme ermöglichen. Zudem werden auch Rehabilitationskliniken und ambulante Praxen jetzt als Orte der praktischen Ausbildung anerkannt. Es wurden jedoch keine bundesweit geltenden Regelungen bezüglich der Übernahme von Kostenanteilen durch die öffentliche Hand getroffen; der Bund beteiligt sich weiterhin nicht, die Bundesländer in unterschiedlichem, von ihnen jeweils selbst zu bestimmendem Umfang.
 - ▶ **Finanzierung:** Aufgrund der Öffnung des KHG ist eine Ausweitung der Schulgeldfreiheit und der Ausbildungsvergütung erfolgt. Die Länder beteiligen sich in immer geringerem Umfang an den Ausbildungskosten, und die Krankenkassen werden zu den Haupt- bzw. alleinigen Kostenträgern. Durch die Erweiterung des KHG und die sinkende Beteiligung der Länder sind die von den Krankenkassen zu tragenden Gesamtkosten immer weiter gestiegen, womit der Druck einherging, die Mittel für die einzelnen Schulen zu reduzieren. Die Sätze zur Refinanzierung von Schul- und Ausbildungskosten befinden sich daher auf sinkendem Niveau.
 - ▶ **Struktur der Ausbildungsträger:** Es besteht ein großes Netz an Schulen mit vielfältigen Kooperationspartnerschaften, allerdings können viele Schulträger auf Dauer mit den sinkenden Pauschalen nicht auskömmlich wirtschaften und befinden sich in einer zunehmend prekären Situation.
 - ▶ **Fachkräftemangel:** sinkt zunächst, jedoch droht eine Trendumkehr
 - Bewerberzahlen: steigen dank besserer finanzieller Rahmenbedingungen in der Ausbildung, höherer Selbständigkeit und guter Erreichbarkeit; allerdings bei hoher Arbeitsbelastung und stagnierender Lohnentwicklung
 - Berufstreue: weiterhin recht niedrig aufgrund stagnierender Löhne, häufige Berufsaustritte wirken dem Effekt der steigenden Bewerberzahlen entgegen
 - ▶ **Qualität der Gesundheitsversorgung:** Mit der Reform ging die Hoffnung auf eine bessere flächendeckende Versorgung einher. Kurzfristig ergeben sich hier positive Effekte, aber eine dauerhafte Besserung stellt sich nicht ein, da der Kostendruck viele Ausbildungsträger in ihrer Existenz bedroht. Es besteht zudem auch die unmittelbare Gefahr einer sinkenden Qualität der Behandlung aufgrund der strukturellen Unterfinanzierung der Ausbildung.
-

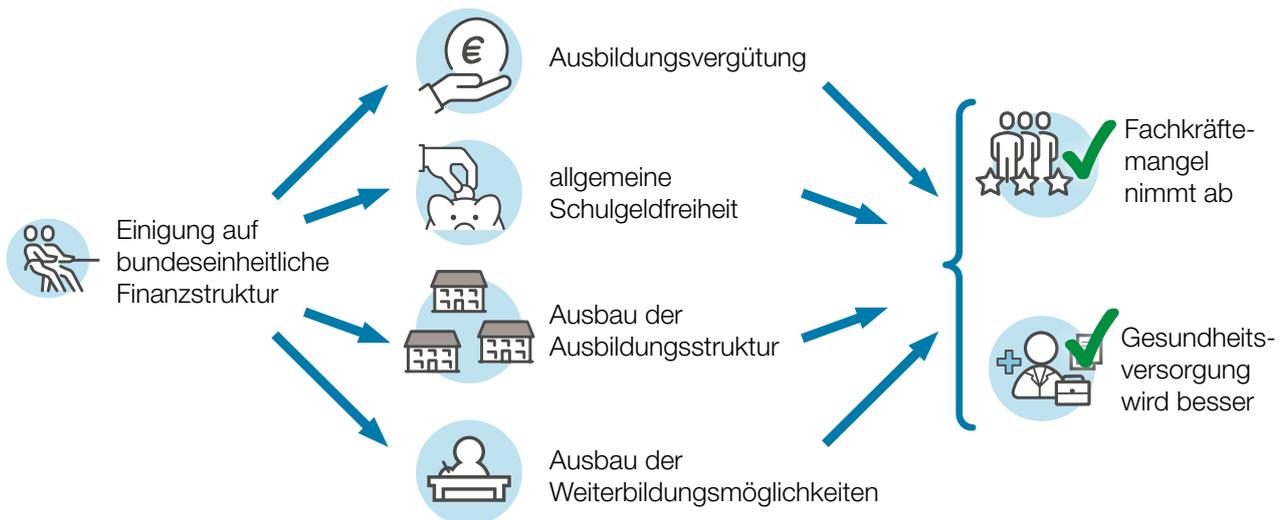


●●● Szenario 3: Eine gemeinsame Aufgabe

Ausgangslage

Folgen für Finanzierung und Trägerstruktur

soziale Folgen



Im Jahr 2030 entscheiden sich immer mehr Schulabgänger*innen für einen therapeutischen Beruf. Die Rahmenbedingungen in der Ausbildung und der Berufsausübung haben sich dank allgemeiner Schulgeldfreiheit plus Ausbildungsvergütung spürbar verbessert. Eine breite Ausbildungslandschaft bietet ein mehrstufiges Anreizsystem, durch das sich Nachwuchskräfte wie auch Therapeut*innen, die schon länger praktizieren, noch öfter systematisch weiterbilden. Die therapeutische Gesundheitsversorgung erfolgt auf einem hohen Niveau. Das hat natürlich seinen Preis und bedeutet zunächst einmal höhere Belastungen für die Kostenträger. Eine klare und gerechte Verteilung der Kosten bietet jedoch eine solide, auf große Akzeptanz stoßende Grundlage für eine auskömmliche Finanzierung.

Der Erwartungsdruck an die Neuordnung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe war Anfang der 2020er Jahre hoch: Der sich in der Fläche verschärfende Fachkräftemangel in den

Gesundheitsfachberufen ließ befürchten, dass der Standard der deutschen Gesundheitsversorgung mittelfristig deutlich sinken würde. Bund und Länder waren sich einig, dass es eines bundeseinheitlichen Ausbildungsmodells mit flächendeckend besseren Rahmenbedingungen bedarf. Zudem sollten die Kompetenzen der bereits praktizierenden Therapeut*innen durch die Einrichtung einer bundesweit geltenden Weiterbildungsordnung und die breite Bereitstellung entsprechender Weiterbildungsmöglichkeiten (z. B. zu neuen Behandlungsmethoden und wissenschaftlichen Erkenntnissen) gefördert, das Berufsbild aufgewertet und eine angemessene Vergütung der therapeutischen Arbeit sichergestellt werden. Die Umfragen der vergangenen Jahre zu den langfristigen Auswirkungen der Corona-Pandemie deuteten zudem darauf hin, dass in Deutschland das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer hochwertigen Gesundheitsversorgung gestiegen ist und gesundheitspolitische Fragen auch angesichts einer merklich alternden Gesellschaft an Brisanz gewinnen.

Am Ende verhalf der Bund zum Durchbruch der teils zähen Verhandlungen, indem er eine direkte Finanzierungsbeteiligung an den kostspieligen und aufwändigen Reformen zusicherte. Die sich über Jahre verschärfende Unterfinanzierung der Ausbildung wurde nun abgelöst durch eine solide Finanzierungsgrundlage, die sich an bestehenden Bedarfen orientiert.

Im Zentrum der Reform steht ein mehrstufiges Aus- und Weiterbildungssystem mit verbesserten finanziellen Rahmenbedingungen. Neben den Ausbildungsbedingungen und Weiterbildungsangeboten wurde auch die spätere Berufsausübung attraktiver: Höhere Bezahlung und Selbständigkeit, bessere Arbeitsbedingungen sowie berufliche Entwicklungsmöglichkeiten erwiesen sich als die wesentlichen Stellschrauben. Dies hat maßgeblich dazu beigetragen, dass sich im Jahr 2030 deutlich mehr Menschen für eine Ausbildung in diesen Berufsfeldern entscheiden.

● **Ein mehrstufiges Anreizsystem zur kontinuierlichen Weiterbildung der Therapeut*innen**

Im Mittelpunkt steht das Leitbild des lebenslangen Lernens mit Aufstiegsmöglichkeiten und Anreizen zur kontinuierlichen Weiterbildung. Denn in Tätigkeitsbereichen wie der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie verändern sich Behandlungsmethoden und wissenschaftliche Erkenntnisse rasant und Ziel ist, eine Versorgung auf der Höhe der Zeit zu gewährleisten. Neben der Erfahrung, die in der dreijährigen Berufsausbildung gewonnen wird, spielen darum regelmäßige Weiterbildungen eine noch größere Rolle. Bundesweit geltende Weiterbildungsordnungen für die drei Berufsgruppen sorgen für Transparenz und setzen qualitative Standards. Aufgrund eines bereits in den frühen 2020er Jahren vollzogenen deutlichen Ausbaus der staatlichen Weiterbildungsförderung müssen Arbeitnehmer*innen die Kosten für ihre individuelle, meist berufsbegleitend stattfindende Weiterbildung in der Regel nicht mehr selber tragen. Somit steigt die allgemeine Weiterbildungsbeteiligung in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen.

Therapeut*innen können im Jahr 2030 eigenständiger arbeiten, wenn sie über eine gewisse Berufserfahrung bzw. eine entsprechende akademische Ausbildung verfügen. Dafür wurde ein zweistufiges System eingeführt, um die unterschiedlichen Abschlüsse klar den dadurch gewonnenen Berechtigungen zuzuordnen. In einer ersten Stufe erhalten die Therapeut*innen mit mindestens fünf Jahren Praxiserfahrung und einer zusätzlichen staatlichen Prüfung das Recht, auf der Grundlage von ärztlichen Verordnungen nach eigener Befundung die Art, Dauer und Frequenz der Therapie selbständig zu bestimmen, anstatt strikt der Diagnose der Ärzt*innen folgen zu müssen. Nach weiteren mindestens fünf Jahren sind sie unter der Voraussetzung eines abgeschlossenen Hochschulstudiums zudem befugt, Patient*innen ohne vorherige Konsultation bei Ärzt*innen bzw. Verordnung zu behandeln und ihnen Heilmittel eigenständig zu verschreiben. Patient*innen können sich so direkt an ihre Therapeut*innen wenden, ohne dafür vorab eine Ärztin oder einen Arzt konsultieren zu müssen.

Während die dualen Studiengänge die Möglichkeit bieten, durch den Doppelabschluss sowohl eine Berufszulassung als auch mit entsprechender Berufserfahrung die Berechtigung zur direkten Behandlung von Patient*innen ohne vorherige Arztkonsultation zu erhalten, können Schulabgänger*innen ohne Hochschulzugangsberechtigung diese höhere berufliche Eigenständigkeit durch Aufbaustudiengänge nach der berufsfachschulischen Ausbildung erreichen. Infolge der unterschiedlichen Abiturientenquoten sind duale und aufbauende Studiengänge in der Physio- und Ergotherapie ähnlich stark nachgefragt, während sich in der Logopädie die dualen Studiengänge durchsetzen. Das Hochschulstudium ist nun auch lukrativer, da sich ver.di und die Berufsverbände bereits Anfang der 2020er Jahre mit ihrer Forderung durchsetzen konnten, die selbständigere Berufsausübung mit gestiegenen Qualifizierungsanforderungen auch mit höheren Sätzen der Heilmittelkostenerstattung zu vergüten.



● **Eine solide Finanzierung als Voraussetzung für eine hochwertige Gesundheitsversorgung**

Diese Veränderungen wären nicht möglich gewesen, ohne die Finanzierungsgrundlage der Ausbildung in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen aufzustocken. Immerhin sind zentrale Reformpunkte mit erheblichen Zusatzkosten verbunden, wie etwa eine allgemeine Schuldgeldfreiheit und eine flächendeckende Ausbildungsvergütung. Darüber hinaus entstanden auch Mehrkosten für die Verbesserung der Lernbedingungen: So ermöglicht eine gute Personalsituation an den Schulen eine hohe Betreuungsintensität und eine stärkere Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Schüler*innen. Mehr Mittel stehen auch für die technische Ausstattung der Schulen zur Verfügung, um moderne Therapieansätze und Chancen der Digitalisierung noch stärker berücksichtigen zu können.

In einigen Bundesländern mit einem bisher verhältnismäßig hohen Finanzierungsniveau ging die Reform bei den Berufsfachschulen mit gemischten Gefühlen einher, da sie die Befürchtung hatten,

dass sich die neuen Kostensätze an den aus ihrer Sicht eher niedrigen Bundesdurchschnitt anlehnen. Im Rahmen der Reform erfolgte jedoch eine Orientierung an den konkreten, zuvor systematisch eruierten Kosten der Ausbildung pro Schüler*in unter Berücksichtigung landesrechtlich gestellter Anforderungen an die Ausbildungsqualität (z. B. die Qualifikation und den Stundenumfang der Lehrkräfte betreffend), damit eine auskömmliche Finanzierung gewährleistet ist. Zudem wird darauf geachtet, dass es nicht nur eine Praxisanleitung in der praktischen Ausbildung gibt, sondern flankierend auch eine Praktikumsbegleitung seitens der jeweiligen Berufsfachschule stattfindet. Damit soll sichergestellt werden, dass das Praktikum tatsächlich primär der Ausbildung der Schüler*innen dient und nicht zu stark den Bedarfen der Einrichtungen der praktischen Ausbildung untergeordnet wird.

Der Einigung auf die neue Finanzierungsgrundlage ging ein langes Ringen mit harten Bandagen voraus. Grundsätzlich herrschte durchaus die Einsicht vor, dass es nicht weitergehen konnte wie bisher: Das einsetzende Schul- und Trägersterben im Bereich der therapeutischen Gesundheitsfachschulen, die zunehmende Verlagerung von Ausbil-

derungseinrichtungen an Krankenhäuser und in Metropolen sowie der grassierende Wettkampf zwischen Bundesländern wie Regionen um die Bewerber*innen und Absolvent*innen haben ein hohes Maß an Handlungsdruck erzeugt. Seitens der politischen Entscheidungsträger*innen nahm die Sorge um die Auswirkungen dieser Entwicklungen auf den ohnehin schon weithin bestehenden, mancherorts drastische Ausmaße annehmenden Fachkräftemangel zu. Vielerorts war zu hören, dass eine Verschlechterung der Gesundheitsversorgung langfristig zu einer höheren Anzahl von Krankenschreibungen führen und ein Versagen bei einer der staatlichen Kernaufgaben sich mittelfristig nicht nur in Wahlen rächen, sondern auch die Steuereinnahmen senken werde.

Nichtsdestotrotz zeigte sich eine Reihe von Bundesländern, die sich bisher bei der Finanzierung von therapeutischen Berufsfachschulen stark zurückgehalten haben, zunächst zögerlich, einer für sie kostspieligen Ausbildungsreform zuzustimmen. Auf der anderen Seite standen diejenigen Bundesländer, die bereits eine mehr oder weniger auskömmliche Übernahme der Kosten für die schulische Ausbildung eingeführt hatten. Sie befürchteten, dass bei einem Scheitern der Reform andere Bundesländer schlicht darauf hofften, ihre ausgebildeten Absolvent*innen

abzuwerben. Und so gingen sie in die Offensive, indem sie sich öffentlich für die neue Reform mit ihren zahlreichen Vorteilen aussprachen. Unterstützt wurden sie insbesondere von Vertreter*innen der Gewerkschaften und der Wissenschaft, die sich angesichts der Ungleichbehandlung unterschiedlicher Schüler*innen und Schulstandorte, des drohenden Verlusts von Strukturen zur Ausbildung von Fachkräften sowie der Verschlechterung der öffentlichen Gesundheitsversorgung alarmiert zeigten. Auch das öffentliche Bewusstsein und die Empörung über die betreffenden Missstände nahm nach und nach zu. Der amtierende Bundesgesundheitsminister sah nun eine günstige Gelegenheit, durch die Zusicherung einer umfassenden finanziellen Beteiligung des Bundes die Verhandlungsblockaden auflösen und den Abschluss der neuen Reform erzielen zu können.

Im Ergebnis findet jetzt ein Modell Anwendung, das sich an bereits bewährten Konzepten orientiert, aber diese optimiert bzw. erweitert. Aufgrund der insgesamt positiven Erfahrungen im Bereich der Pflege wurde auch für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe ein Ausbildungsfonds ins Leben gerufen. Wie dort werden nun die Kosten für die theoretische und praktische Ausbildung wie auch für eine flächendeckende Ausbildungsvergütung aus dem Fonds bezahlt. An dessen Finanzie-

● Eine alternative Entwicklung

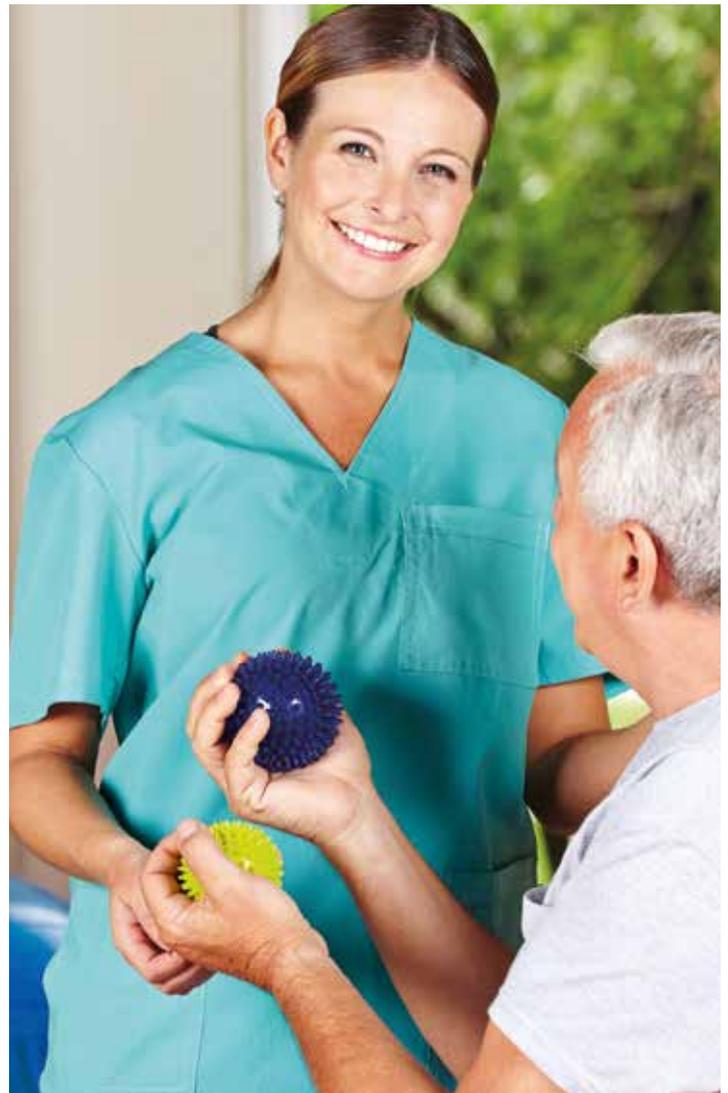
An der bestehenden Regelung einer Ausbildungsfinanzierung über das Krankenhausfinanzierungsgesetz wurde festgehalten; die mit der bisherigen Praxis im Zusammenhang bestehenden Problematiken wurden jedoch korrigiert.

Während zuvor im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nur Krankenhäuser als Orte der praktischen Ausbildung anerkannt wurden, hat nun eine Öffnung für Rehabilitationskliniken und ambulante Praxen stattgefunden. Zudem wurden freie Schulen ohne (Mit-)Trägerschaft eines Krankenhauses über Kooperationsvereinbarungen in die Finanzierung einbezogen.

Damit die öffentliche Hand sich in angemessenem Umfang an den Ausbildungskosten beteiligt, wurde eine bundesweite, auf klaren Prinzipien bestehende Regelung getroffen: Bund und Länder sind für die Finanzierung der tatsächlichen schulischen Ausbildungskosten – u. a. Personalkosten, Sachkosten, Praxisbegleitung – verantwortlich, über das KHG erfolgt eine allgemeine Ausbildungsvergütung sowie eine Finanzierung der betrieblichen Ausbildungskosten (u. a. Freistellung und Qualifizierung von Praxisanleiter*innen).

rung beteiligt sich neben den Kranken-, Renten- und Unfallkassen sowie den Ländern auch der Bund. Die Länder und der Bund finanzieren mit Steuermitteln dabei den Teil der Kosten, der den schulischen Ausbildungskosten entspricht. Während der Bund einen pauschalen Kostenanteil übernimmt, orientiert sich der Satz der Länder an den tatsächlichen schulischen Ausbildungskosten und basiert auf einer vorangegangenen detaillierten Erhebung u. a. der – zum Teil von länderrechtlichen Vorgaben beeinflussten – Personal- und Sachkosten sowie der im Kontext der Praxisbegleitung entstehenden Kosten. Auch Miet- und Investitionskosten werden bei der Erhebung der realen Kosten der Berufsfachschulen berücksichtigt. Die Versicherungsträger übernehmen hingegen die Finanzierung des praktischen Teils der Ausbildung sowie die flächendeckende Ausbildungsvergütung.

Bund und Länder betonen, dass das neue Finanzierungsmodell wesentlich fairer als das alte sei: Durch eine klare Aufgabenverteilung trügen sowohl die öffentliche Hand wie auch die Kassen in angemessenem Umfang Verantwortung in ihrem jeweiligen Bereich; niemand habe die Möglichkeit, sich aus der Verantwortung zu stehlen. Diese Auffassung wird von den Verantwortlichen an den Einrichtungen und der Öffentlichkeit weithin geteilt. Die hohe Beteiligung der öffentlichen Hand wurde zudem als Ausgangspunkt für eine rechtliche Verankerung bundesweiter Mindeststandards hinsichtlich der Personalvergütung und -ausstattung (Personalschlüssel) genutzt. Auf der Grundlage der getroffenen Regelung ist es nun allen Berufsfachschulen in Deutschland möglich, ihren Schüler*innen eine kostenlose Ausbildung mit einer betrieblichen Vergütung anzubieten. Die Ungleichbehandlung von Schüler*innen und unterschiedlicher Träger hat damit ein Ende, etablierte Strukturen konnten bewahrt und ausgebaut werden. Zudem findet jetzt der Bereich der Rehabilitation im Verhältnis zur Prävention und Therapie stärkere Beachtung in der therapeutischen Ausbildung. So kann die Patientenversorgung nun auch dort auf hohem Niveau aufrechterhalten werden, da die Rehabilitationskliniken zusätzliche Ausbildungskapazitäten beisteuern können.



● **Eine breit aufgestellte Trägerstruktur für vielfältige Bildungswege und Erwerbsbiographien**

Die Trägerlandschaft steht im Jahre 2030 auf einem breiten Fundament. Zahlreiche Berufsfachschulen können angesichts steigender Bewerberzahlen wachsen. Bewerber*innen verteilen sich nun eher gleichmäßig auf die Berufsfachschulen, da die freien, in der Regel gemeinnützigen Schulen den Einrichtungen an Krankenhäusern gleichgestellt wurden; durch die Einführung einer flächendeckenden Finanzierung der Kosten für den Schulbetrieb auf einem auskömmlichen Niveau sowie einer allgemeinen Ausbildungsvergütung wurde ihre Benachteiligung beendet und gleiche



und faire Rahmenbedingungen geschaffen. Damit können Interessent*innen an den betreffenden Ausbildungsgängen jetzt aus einer Vielzahl von Schulen mit grundsätzlich gleichermaßen attraktiven Konditionen auswählen. Während viele Investitionen an den Schulen zuvor aufgrund chronischer Unterfinanzierung nicht möglich waren, können jetzt dringend nötige Verbesserungen der Infrastruktur, insbesondere der technischen Ausrüstung, vorgenommen werden.

Die Hochschulen durften die primärqualifizierenden Studiengänge nicht weiterführen, deren Abschluss zur Berufszulassung führte. Die Evaluation des Modellprojekts fiel positiv aus, doch die zentrale Begründung gegen eine Fortführung der Modellphase oder eine Überführung in ein Regelstudium bestand darin, dass Parallelstrukturen für die Qualifizierung zu ein und demselben Beruf ineffizient und daher zu vermeiden seien. Dadurch ist die Berufszulassung nun wieder exklusiv an einen berufsfachschulischen Abschluss geknüpft. Und

doch verzeichnen die Hochschulen in den dualen und aufbauenden Studiengängen – entsprechend der kooperativ-konsekutiven Auffassung einer stärkeren Akademisierung – einen starken Zulauf von Studierenden, da die professionellen Anreize und die berufsinterne Wertschätzung eines Studiums erheblich gestiegen sind. Hinzu kommt, dass nun durch den sinkenden Fachkräftemangel und dank einer verbesserten Personalsituation viele Therapeut*innen eher Zeit für eine Weiterbildung oder ein Aufbaustudium finden. Nach ersten Erhebungen zum Bildungsabschluss der nach Inkrafttreten der Reform neu ausgebildeten Nachwuchskräfte wird die Akademisierungsquote auf gut 60 Prozent geschätzt.

Akademisierung wird heute nicht mehr als Alternative, sondern vielmehr als sinnvolle Ergänzung zu einer berufsfachschulischen Ausbildung verstanden. Handlungsleitend war die Überzeugung, dass sowohl die berufsfachschulische als auch die hochschulische Ausbildung ihre Berechtigung haben und nicht eine gegen die andere ausgespielt werden sollte. Während erstere mit ihrem starken Praxisbezug eine gute Vorbereitung auf die Berufsausübung sicherstellen soll, stärkt letztere die Eigenständigkeit der Therapeut*innen sowie die Fähigkeit zur Berücksichtigung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und neuester Behandlungsmethoden. Dies kann sowohl parallel in dualen Studien oder konsekutiv in Aufbaustudiengängen erfolgen, jedoch soll nach Auffassung des Gesetzgebers ein Studium nicht die Berufsfachausbildung ersetzen.

Insgesamt ist das heutige Ausbildungssystem durch eine starke Verflechtung und enge Kooperationsstrukturen geprägt, die Wissensvermittlung und Praxisphasen miteinander verknüpfen. Sieben Jahre nach Inkrafttreten der Reform gibt es im Bereich der therapeutischen Gesundheitsfachberufe immer mehr Berufsfachschulen und Hochschulen, die die Inhalte ihrer Bildungsangebote gezielt aufeinander abstimmen. Es ist u. a. diese Kombination, die viele Schulabgänger*innen überzeugt, sich für eine therapeutische Ausbildung zu entscheiden.

Mit Blick auf die Träger der praktischen Ausbildung bedeutet die Reform vor allem eine Aufwertung der Rehabilitationskliniken und ambulanter Praxen, die nun Ausbildungsplätze zur Verfügung stellen und für wichtigen Nachwuchs sorgen. Nicht nur herrscht Erleichterung, dass sie nun einfacher neue Fachkräfte rekrutieren können, sondern auch, dass sich der Fokus in der praktischen Ausbildung nicht mehr so stark auf klinische Bedarfe konzentriert. Viele Praxen zeigen sich zudem erfreut über die Reform, da sie mittlerweile Patient*innen immer häufiger direkt ohne eine vorherige Arztkonsultation behandeln können und höhere Gehälter dank steigender Heilmittelkostenerstattung zahlen können. Die Krankenhäuser sehen in der Ausbildungsreform angesichts des sinkenden Fachkräftemangels eher eine Entlastung als eine zusätzliche Konkurrenz um Nachwuchskräfte.

● **Mehr und gut ausgebildete Therapeut*innen für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung**

Trotz des durch den demografischen Wandel steigenden Bedarfs an therapeutischer Leistung sinkt der Fachkräftemangel allmählich. Immer mehr Schulabgänger*innen entscheiden sich im Jahr 2030 für eine therapeutische Ausbildung, da sie kein Schulgeld mehr zahlen müssen und eine Ausbildungsvergütung erhalten.

Die Reform hat das Berufsbild insgesamt spürbar aufgewertet und trägt unter den Therapeut*innen zu einer steigenden Zufriedenheit mit ihrem Beruf bei. Die Folgen sind, dass nicht nur in Umfragen die geplante Verweildauer im Beruf steigt und Therapeut*innen immer häufiger eine Anstellung in Vollzeit anstreben. Die vormals hohe Fluktuation in andere Berufe, die maßgeblich aus der schlechten Bezahlung, schwierigen Arbeitsbedingungen und mangelnden Entwicklungsperspektiven resultierte, konnte deutlich verringert werden. Dadurch entsteht eine Aufwärtsspirale, indem die steigende Anzahl der Therapeut*innen die Arbeitsbelastung senkt und die größere Selbständigkeit Zeitfenster zur Vor- und Nachbereitung von Behandlungen öffnet. Die neuen Freiräume ermög-

lichen einen höheren Grad der gewerkschaftlichen Mitbestimmung und zeitliche Kapazitäten für Weiterbildungen und Aufbaustudien.

In den Berufsverbänden weckte die Reform anfangs gemischte Gefühle. Denn in zentralen Punkten bleiben die neuen Berufsgesetze weit hinter den eigenen Erwartungen zurück. Mit der Anfang der 2020er Jahre getroffenen Entscheidung, die primärqualifizierenden Studiengänge nicht in ein Regelangebot zu überführen und bis 2026 einzustellen, ist eine Vollakademisierung selbst perspektivisch vom Tisch. Und doch ist mancherorts die Rede von einer „(Teil-)Akademisierung durch die Hintertür“, die nicht von der Politik angeordnet wurde, sondern ein Ergebnis der freien Entscheidungen der Absolvent*innen zwischen alternativen Abschlüssen ist.

Die Berufsverbände lehnten zudem strikt ab, eine akademische Ausbildung zur Bedingung für die Berechtigung zu machen, Patient*innen künftig ohne vorherige ärztliche Konsultation behandeln zu dürfen. Immerhin konnten sie sich in Koalition mit ver.di mit der Forderung durchsetzen, dass dieses Recht allen Therapeut*innen mit mindestens 20 Jahren Berufserfahrung oder mit einer Anzahl relevanter Zertifikate in Einzelprüfung im Sinne eines Bestandschutzes gewährt wird. Die jüngeren Kolleg*innen haben für ein Aufbaustudium hingegen zehn Jahre Zeit, bevor die weniger erfahrenen Nachwuchskräfte diese Befähigung zur direkten Behandlung von Patient*innen erhalten. Und so werten die Berufsverbände die Reform insofern als Erfolg, dass sie nicht nur die Selbständigkeit der Berufsgruppe erhöht, sondern auch dank steigender Heilmittelkostenerstattung mittelfristig höhere Tarife abgeschlossen werden konnten.

● **Eine Frage der sozialen Gerechtigkeit**

Der Reformprozess hat die therapeutische Gesundheitsversorgung in Deutschland spürbar verbessert. Nicht nur erlauben die vielfältigen Weiterbildungsangebote eine Behandlung nach den neusten wissenschaftlichen Methoden, es steht auch mehr Nachwuchs für Prävention, Therapie und Rehabilitation zur Verfügung.

Die Patient*innen erkennen das unmittelbar daran, dass sie bei den Therapeut*innen ihres Vertrauens nun wieder auch kurzfristig Termine erhalten, und das immer öfter ohne vorherigen Arztbesuch. Eine weitere Folge ist, dass bestimmte gesundheitliche Leiden mit zunehmender Häufigkeit behandelt werden, bevor sie chronisch werden. Denn rechtzeitige Prävention und in Art, Dauer und Frequenz flexiblere Behandlungsmöglichkeiten können nun adäquater auf die individuellen Bedürf-

nisse der Patient*innen ausgerichtet werden. Im Jahr 2030 haben gesetzlich Versicherte dieselben Chancen auf eine gute Behandlung mit kurzen Wartezeiten wie Selbstzahler*innen und privat Versicherte. Die neuen Berufsgesetze haben nicht nur zu einer gesellschaftlichen und finanziellen Aufwertung der therapeutischen Fachberufe beigetragen, sondern auch zu besseren Arbeitsbedingungen, Möglichkeiten der Weiterbildung und mehr Eigenständigkeit in der Berufsausübung.

Das Szenario „Eine gemeinsame Aufgabe“ auf einen Blick

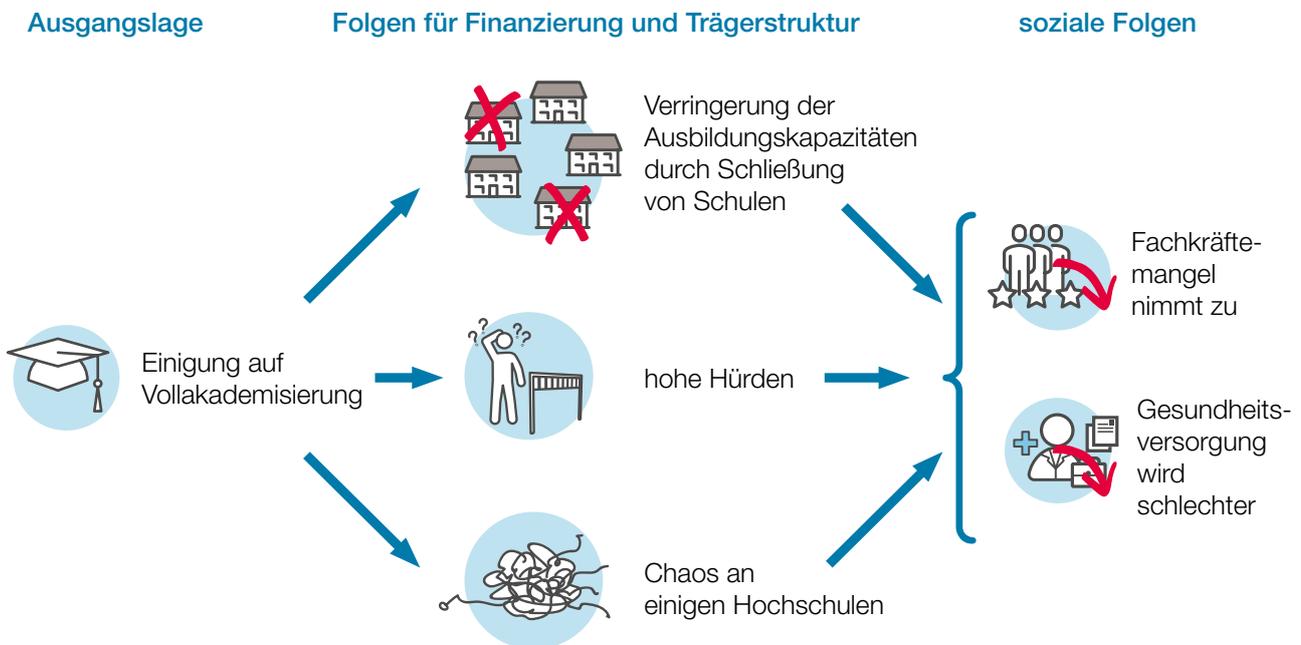
- ▶ **Reformschwerpunkte:** Es wurden bundesweit einheitliche Finanzierungsstrukturen der Ausbildung in Berufsfachschulen unter Berücksichtigung landesrechtlich gestellter Anforderungen an die Ausbildungsqualität (z. B. die Qualifikation und den Stundenumfang der Lehrkräfte betreffend) geschaffen. Dabei wurde die Etablierung gleicher und attraktiver Rahmenbedingungen für Auszubildende angestrebt und ein flächendeckendes Netz an Schulen eingerichtet, die auskömmlich finanziert sind und somit eine hohe Ausbildungsqualität gewährleisten können. Zudem ist eine Förderung der Weiterbildungsbeeteiligung (z. B. durch eine bundesweit geregelte Weiterbildungsordnung) und der Akademisierung (durch den Ausbau dualer und konsekutiver Studienangebote) angestrebt worden.
- ▶ **Finanzierung:** Die Ausbildungskosten, inklusive einer Ausbildungsvergütung, werden durch einen Ausbildungsfonds getragen, in den finanzielle Mittel der Kranken-, Renten- und Unfallkassen einfließen, aber auch die Länder und der Bund einzahlen. (Alternative: Die

Krankenkassen tragen auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Kosten der allgemeinen Ausbildungsvergütung und die Mehrkosten aller Einrichtungen, an denen die praktischen Anteile der Ausbildung stattfinden. Die Länder und der Bund finanzieren gemeinsam die Kosten der Berufsfachschulen.)

- ▶ **Struktur der Ausbildungsträger:** Es existiert eine vielfältige Trägerstruktur von Berufsfachschulen, Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken und ambulanten Praxen mit einem dichten Netz an Kooperationen.
 - ▶ **Fachkräftemangel:** deutliche Entspannung
 - Bewerberzahlen: steigen aufgrund der attraktiveren Rahmenbedingungen
 - Berufstreue: Aufwärtsspirale dank besserer Arbeitsbedingungen und Entlohnung sowie erweiterten beruflichen Spielräumen und Perspektiven
 - ▶ **Gesundheitsversorgung:** Es wurde ein gleichberechtigter Zugang zu hochwertigeren Therapieangeboten auf der Grundlage einer soliden Finanzierung geschaffen.
-



... Szenario 4: Vollakademisierung



Im Jahr 2030 werden Therapeut*innen nur noch im Rahmen von primärqualifizierenden Studiengängen an Hochschulen ausgebildet, die neue Berufsgruppe der physiotherapeutischen Helfer*innen lernt an Berufsfachschulen. Während unter Abiturient*innen das Interesse an den therapeutischen Berufen zunächst wächst, interessieren sich nur wenige Schulabgänger*innen mit mittlerer Schulreife für eine Ausbildung zu physiotherapeutischen Helfer*innen. Obwohl sich dadurch der Fachkräftemangel verschärft, sind Bund, Länder und Krankenkassen mit steigenden Kosten konfrontiert. Dafür verdienen die akademisch ausgebildeten Therapeut*innen mehr als früher und können Patient*innen ohne ärztliche Verordnung direkt behandeln. Für viele Patient*innen ist das neue System nur schwer nachvollziehbar, weil sie oft nicht wissen, auf Grundlage welcher Qualifikationen ihre Behandlung erfolgt.

Bund und Länder wollten mit ihrer Reform ein klares Signal setzen und die Ausbildung von Grund auf erneuern. Ziel war, das Berufsprofil aufzuwerten und den Absolvent*innen attraktive Karriere-möglichkeiten anzubieten. So wollte man möglichst viele Schulabgänger*innen für Berufszweige gewinnen, in denen ein massiver Fachkräftemangel eine breite Gesundheitsversorgung zunehmend gefährdet. Im Mittelpunkt der Debatte stand daher die Idee einer vollständigen Akademisierung aller therapeutischen Gesundheitsfachberufe, für die sich insbesondere die Berufsverbände schon seit längerer Zeit stark gemacht hatten.

Diese Idee trifft auf breite gesellschaftliche Akzeptanz, denn in einer hochspezialisierten Arbeitswelt gelten Universitäten zunehmend als prototypisches Fundament einer modernen Wissensgesellschaft. Die Abiturientenquote steigt in Deutschland stetig und der Akademisierungstrend der vergangenen Jahrzehnte setzt sich berufsübergreifend fort.

Die Befürworter einer Vollakademisierung erhoffen sich, dass so die Qualität von Prävention, Therapie und Rehabilitation gesteigert werden kann. Zudem betrachtet die Bundesregierung diesen Schritt als Beitrag für die Verwirklichung eines einheitlichen europäischen Bildungsraums. Synergieeffekte durch Angleichung, den Abbau von Hindernissen für die Freizügigkeit und die Dienstleistungsfreiheit sollen neue Impulse für eine europaweit standardisierte Gesundheitsversorgung setzen.

Auf der Grundlage positiver Bewertungen der Erfahrungen mit den Modellstudiengängen, die Hochschulabsolvent*innen eine Berufszulassung ohne berufsfachschulische Ausbildung ermöglichen, sowie entsprechender Forderungen der Berufsverbände entschieden sich Bund und Länder zu Beginn der 2020er Jahre, eine Vollakademisierung für alle drei therapeutischen Gesundheitsfachberufe durchzusetzen.

Die Länder waren sich der steigenden Ausgaben bewusst und stellten sich auf eine deutlich höhere Nachfrage nach Studienplätzen ein. Doch werteten sie dies als notwendige Investition in eine künftig hochwertigere Gesundheitsversorgung.

● **Zwei Berufsprofile: studierte Therapeut*innen und schulisch ausgebildete physiotherapeutische Helfer*innen**

Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen und Logopäd*innen werden in Deutschland im Jahre 2030 nur noch an Hochschulen ausgebildet. Aufgrund des höheren Abschlusses und des damit einhergehenden gestiegenen Niveaus im Rahmen des Deutschen Qualifizierungsrahmens (DQR) – statt DQR 4 nun DQR 6 – sind Therapeut*innen fortan berechtigt, Patient*innen ohne eine vorherige Arztkonsultation direkt zu behandeln sowie eigenständig Heilmittel zu verordnen. Um dem hohen Fachkräftebedarf in der Patientenversorgung Rechnung zu tragen, sollen Physiotherapeut*innen durch physiotherapeutische Helfer*innen unterstützt werden, die an Berufsfachschulen zwei Jahre lang ausgebildet werden. Aufgrund der Einstufung auf DQR 3 dürfen diese nach Abschluss allerdings nur auf der Basis der Erstdiagnose ihrer studierten Kolleg*innen behandeln. So entstehen

zwei Qualifizierungsniveaus, wie sie seit Jahrzehnten in den USA und dem Vereinigten Königreich Anwendung finden. Im Bereich der Ergotherapie und Logopädie hingegen wird kein berufsfachschulischer Abschluss für Schulabgänger*innen ohne Hochschulzugangsberechtigung angeboten, da hier ein geringerer Gesamtbedarf an Fachkräften besteht.

Für die bereits praktizierenden, nicht akademisch ausgebildeten Therapeut*innen gilt eine Übergangsregelung von zehn Jahren: In diesem Zeitraum dürfen sie auf der Grundlage von Blankoverordnungen selbständig therapieren, die zwar nach wie vor von Ärzt*innen ausgestellt werden müssen, ihnen aber mehr Gestaltungsraum als vorher gewähren: Sie können die Art, Dauer und Frequenz der Behandlung selbst bestimmen und sind nicht an die ärztliche Diagnose gebunden. Um dauerhaft mit den akademisch ausgebildeten Therapeut*innen gleichgestellt zu sein, müssen sie ein Aufbaustudium zur Nachqualifizierung absolvieren.

● **Das Berufsbild von Therapeut*innen wird attraktiver, das der physiotherapeutischen Helfer*innen erweist sich als wenig attraktiv**

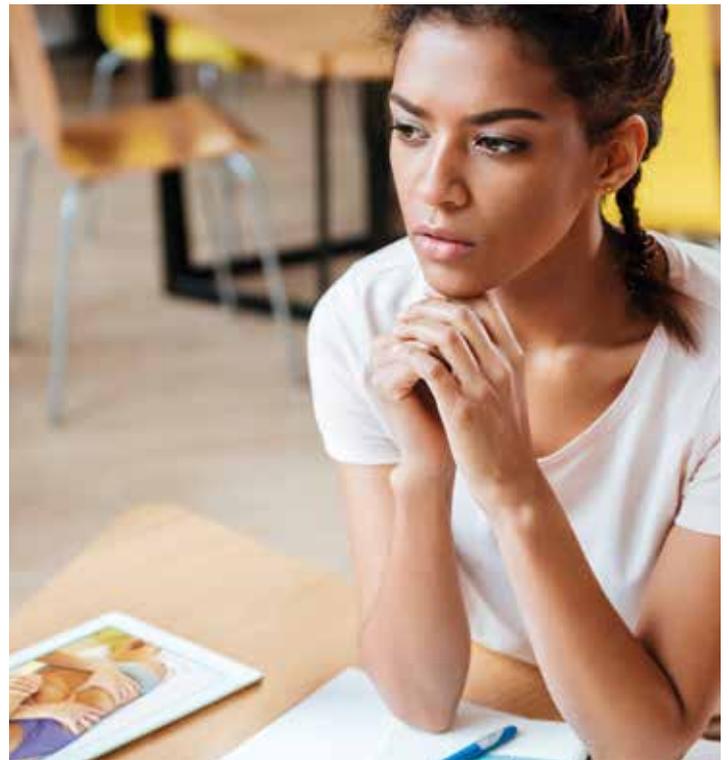
Aus der Perspektive der potenziellen Nachwuchskräfte gestaltet sich die Bewertung der Reform ambivalent. Für Abiturient*innen wird die Qualifizierung zu Therapeut*innen zunächst in mancher Hinsicht attraktiver: Die Berufe wurden dank der formalen Anhebung des Qualifizierungsniveaus und der höheren Selbständigkeit aufgewertet, die Gehälter steigen und die Berufschancen sind aufgrund des weiterhin bestehenden Fachkräftebedarfs gut. Allerdings wurde die Ausbildungsvergütung, die zumindest ein Teil der Auszubildenden zuvor im Berufsfachschulsystem erhalten hat, für die akademischen Ausbildungsgänge wieder komplett abgeschafft.

Zudem sind viele Schulabgänger*innen ohne Abitur darüber enttäuscht, dass für sie der unmittelbare Weg zur vollqualifizierten Fachkraft in den therapeutischen Berufen nun versperrt ist. Es bleibt ihnen lediglich die Möglichkeit einer Qualifizierung zu physiotherapeutischen Helfer*innen, die sich allerdings in mehrfacher Hinsicht als wenig attraktiv

erweist. Um im direkten Vergleich zu den finanziellen Rahmenbedingungen der Therapie-Studierenden nicht die falschen Impulse für das Ziel einer Vollakademisierung der Physiotherapie zu setzen, wird auch den physiotherapeutischen Helfer*innen eine Ausbildungsvergütung verwehrt. Die Berufstätigkeit geht bei ihnen zudem mit einem deutlich niedrigeren Einkommen gegenüber den vollqualifiziert ausgebildeten Therapeut*innen sowie einer wesentlich geringeren Selbständigkeit in strafferen Hierarchien einher. Daher kann auch eine allgemeine Schulgeldfreiheit wenig zur Attraktivität des neuen Bildungsgangs – insbesondere auch in Konkurrenz zu anderen Berufsausbildungen – beitragen. Aus diesen Gründen nehmen immer weniger Schulabgänger*innen mit mittlerer Schulreife eine schulische Ausbildung zu physiotherapeutischen Helfer*innen auf; Abiturient*innen entscheiden sich in der Regel für ein Hochschulstudium.

Außerdem können die neuen schulisch ausgebildeten Arbeitskräfte später mangels Berechtigung zur direkten Behandlung von Patient*innen bzw. auf der Grundlage von Blankoverordnungen nicht so flexibel wie ihre studierten Kolleg*innen eingesetzt werden. Während die Bewerberzahlen unter Abiturient*innen für ein Therapie-Studium gestiegen sind, hat sich unter Schulabgänger*innen mit mittlerer Schulreife die Anzahl der Bewerber*innen für die Ausbildung zu physiotherapeutischen Helfer*innen – im Vergleich zur früheren Ausbildung zu Physiotherapeut*innen – mehr als halbiert.

In der Folge bleiben die Absolventenzahlen in der Logopädie aufgrund der bereits Anfang der 2020er Jahre sehr hohen Abiturientenquote von ca. 90 Prozent (Hansen et al. 2018) konstant, doch im Bereich der Physiotherapie sind sie um mehr als ein Viertel und in der Ergotherapie fast um die Hälfte eingebrochen, wodurch sich der Fachkräftemangel hier drastisch verschärft. Angesichts der europaweiten Standardisierung der therapeutischen Ausbildung hatten die Bundesländer versucht, durch gezielte Werbekampagnen und eine Erhöhung der Anerkennungsquote ausländischer Abschlüsse diese Lücke zu füllen – doch mit mäßigem Erfolg.



● **Höhere Kosten für Bund, Länder und Krankenkassen**

Die Reform der therapeutischen Gesundheitsfachberufe war natürlich nicht umsonst zu haben. Für die Bundesländer war und ist die Reform mit erheblichen Mehrkosten verbunden. Auf der einen Seite werden die steuerfinanzierten primärqualifizierenden Regelstudiengänge massiv ausgeweitet, auf der anderen Seite entstehen neue Kosten durch die Finanzierung der schulischen Berufsausbildung für physiotherapeutische Helfer*innen, die kein Schulgeld bezahlen müssen.

Auch für die Krankenkassen wird die Gesundheitsversorgung teurer. Zwar zahlen sie nun weniger für die Ausbildung, da eine Ausbildungsvergütung grundsätzlich nicht mehr existiert und sie nur noch den praktischen Teil der Ausbildung über das KHG finanzieren, doch steigen nach und nach die Behandlungskosten: Der für eine allmählich wachsende Anzahl von studierten Therapeut*innen nunmehr mögliche Direktzugang wirkt zwar kostensenkend, da die vorherige Konsultation eines Arztes bzw. einer Ärztin nicht mehr notwendig ist und die Therapeut*innen für ihre Diagnose



geringere Sätze als ihre ärztlichen Kolleg*innen abrechnen können. Die höheren Qualifizierungsstufen gehen aber mit höheren Sätzen der Heilmittelkostenrückerstattung einher, wodurch die Ausgaben für die Behandlungen steigen. Daher zeichnet sich eine Erhöhung der Beitragssätze zur Krankenversicherung ab.

● **Konzentration der Trägerstruktur auf wenige „Ausbildungsinseln“**

Mit dem ehrgeizigen Ziel, dass ab dem Jahr 2030 Therapeut*innen ausschließlich an Hochschulen ausgebildet werden dürfen, wurden die seit Längerem bestehenden primärqualifizierenden Modellstudiengänge in Regelstudiengänge überführt und ein deutlicher Ausbau des akademischen Angebots an weiteren Institutionen und Standorten angestrebt. Die Hochschulen haben die neuen Berufsgesetze als mutigen Schritt in einer Transforma-

tion hin zu einer modernen Gesundheitsversorgung begrüßt. Sie sind nun allein verantwortlich für die Qualität der Ausbildung von Therapeut*innen, denn nur sie bieten einen vollwertigen Abschluss an, der zur Berufszulassung berechtigt.

Die bestehenden Berufsfachschulen durften im Jahr 2026 noch mit einem letzten Ausbildungskurs starten. Darüber hinaus können sie jedoch nur zwischen wenigen Optionen wählen: Schulen im Bereich der Physiotherapie haben die Möglichkeit, als Ausbildungsstätten für physiotherapeutische Helfer*innen weiter zu existieren. Andere bisherige Berufsfachschulen können im Rahmen von Übernahmen in Hochschulstrukturen integriert werden. Diese Option bietet sich insbesondere im Fall von Einrichtungen, bei denen ohnehin institutionelle Verflechtungen – etwa über Konzernstrukturen – oder enge Anbindungen an Hochschulen bestehen. In den meisten Fällen jedoch bleibt schlicht die Beendigung des Geschäftsbetriebs und Schließung als einzige Möglichkeit.

Die Hochschulen bevorzugen für die praktische Ausbildung in der Nähe gelegene Kliniken – nicht nur aus Effizienzgründen, sondern auch um die Kosten der praktischen Ausbildung über das Krankenhausfinanzierungsgesetz abzurechnen. Einige Hochschulen können durch die Übernahme von Strukturen ehemaliger Berufsfachschulen Ressourcen verschiedener Art (Personal, Expertise, Netzwerke) auf relativ einfachem Weg integrieren. Dies ist aus Sicht der Hochschulen sehr hilfreich, da bis zur Aufnahme der beruflich qualifizierenden Studiengänge vielerorts nicht in dem nötigen Umfang adäquat akademisch ausgebildete Lehrkräfte rekrutiert werden konnten. Übergangsregelungen sollten hier eine gewisse Flexibilität ermöglichen und den zeitlichen Druck für die Hochschulen ein Stück weit mindern: Daher sind bis zum Jahr 2026 noch neue Ausbildungsgänge an den Berufsfachschulen gestartet, um für Entlastung gegenüber dem nach und nach erfolgenden Aufbau der Studiengänge zu sorgen. Insbesondere dort, wo ehemalige Berufsfachschulen mit Anbindung an Kliniken in das Hochschulsystem integriert werden konnten, bilden sich gut

funktionierende „Ausbildungsinself“, die die theoretische und praktische Ausbildung kompakt vor Ort anbieten.

Diese stellen jedoch bei weitem nicht die Norm dar. In der Fläche brechen die bisherigen Ausbildungsstrukturen weitgehend zusammen. Während die meisten der an Kliniken angeschlossenen ehemaligen Berufsfachschulen nun als institutioneller Bestandteil unterschiedlicher Hochschulen weiterexistieren, müssen acht von zehn der privaten und gemeinnützigen Berufsfachschulen innerhalb weniger Jahre abgewickelt werden bzw. sich ein neues Aufgabenfeld erschließen.

Einige wenige der verbleibenden Schulen spezialisieren sich auf die Ausbildung von physiotherapeutischen Helfer*innen, doch abgesehen von den Ballungszentren finden sich oft nicht genügend Bewerber*innen für einen Jahrgang. Dieser Trend treibt eine zunehmende Polarisierung von Stadt und Land voran. Viele Menschen sehen darin einen Verstoß gegen die im Grundgesetz verankerte Zielvorstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse, da in Ballungsräumen eine deutlich bessere Gesundheitsversorgung angeboten wird.

Auch für zahlreiche bisherige Träger der praktischen Ausbildung – etwa ambulante Praxen, Rehabilitationskliniken, Kindertagesstätten, Schulen, Pflegeheime und Werkstätten für behinderte Menschen – bedeutet die reihenweise Auflösung von Berufsfachschulen das jähe Ende bewährter und für die tägliche Arbeit essentieller Kooperationsbeziehungen. Denn es sind vorrangig die an den Ausbildungsinself integrierten Kliniken, die den praktischen Teil der Ausbildung der neuen Fachkräfte übernehmen. Damit verlieren viele praktische Einrichtungen nicht nur helfende Hände in der Therapie, sondern vor allem den Zugang zu potentiellen und auf ihre Bedarfe vorbereiteten Nachwuchskräften. Jenseits der Ballungszentren steigen die Mobilitätsanforderungen an angehende Therapeut*innen, und Praktika in Wohnnähe stellen die Ausnahme dar. Für Menschen, die beispielsweise aufgrund familiärer Verpflichtungen weniger mobil sind, scheitert eine Ausbildung auch oft an der Entfernung zu einer der wenigen Ausbildungsinself. Da Therapeut*innen häufig an den Orten

ihrer praktischen Ausbildung ihren Berufseinstieg vollziehen und dies oft nur noch in Ballungsräumen möglich ist, verschärft sich der Fachkräftemangel insbesondere in ländlichen Regionen ohne Hochschulen in der Nähe.

Ein Teil der an den Berufsfachschulen entlassenen Lehrkräfte schafft den Sprung in die Praxisanleitung in den Krankenhäusern oder wird Teil des wissenschaftlichen Personals an Hochschulen, doch vielen – insbesondere Lehrkräften mit für den Hochschulbetrieb unzureichender akademischer Qualifikation – bleibt nur ein Berufswechsel bzw. eine erneute berufliche Qualifizierung. Damit geht viel des über Jahre gewonnenen Fachwissens verloren.

● **Teilweise chaotische Zustände an den Hochschulen**

Die Situation an vielen Hochschulen wiederum ist insbesondere im Bereich der Physiotherapie und der Ergotherapie durch eklatante Personalengpässe und fehlende Strukturen gekennzeichnet: Während es bereits den Berufsfachschulen in der Vergangenheit oftmals schwergefallen ist, Lehrkräfte mit der adäquaten Kombination aus fachlicher Expertise, beruflicher Erfahrung und pädagogischem Know-How sowie entsprechender formaler Befähigung zu finden, verschärft sich diese Problematik durch die erweiterten Ansprüche im Kontext der akademischen Lehre. Die Personalnot führt an einigen Hochschulen zu chaotischen Zuständen und hat insbesondere zur Konsequenz, dass für eine engere Begleitung der Studierenden häufig – selbst dort, wo sie eigentlich vorgesehen ist – keine Ressourcen zur Verfügung stehen.

Während Auszubildende an vielen Berufsfachschulen in der Vergangenheit eine intensive individuelle, teils auch sozialpädagogische Aspekte einschließende Betreuung durch die Lehrkräfte erhalten haben, müssen sie an den Hochschulen weitestgehend ohne diese Hilfe zurechtkommen. Auch bei der Initiierung von Kontakten zu praktischen Einrichtungen und der Begleitung von Praktika haben die Pädagog*innen an Berufsfachschulen die Auszubildenden in der Regel unterstützt. Die Lehrkräfte an den Hochschulen hingegen verfügen

teilweise nicht über die entsprechenden persönlichen Netzwerke und Ressourcen, teilweise auch nicht über die zeitlichen Kapazitäten. Die Schwierigkeiten insbesondere für junge Schulabgänger*innen, sich eigenständig und ohne Unterstützung im Studium zurechtzufinden sowie mit den Lerninhalten auseinanderzusetzen, manifestieren sich in Form von hohen Abbruchquoten, insbesondere in den ersten Semestern. Der Ruf der Studiengänge leidet zunehmend unter den frustrierenden Erfahrungen Betroffener; in der Öffentlichkeit häufen sich kritische Stimmen, die darauf verweisen, dass das Potenzial junger Menschen, die sich eigentlich durchaus für die Therapieberufe geeignet hätten, aufgrund der Akademisierung nicht mehr ausgeschöpft werden könne.

● **Die Reform zeigt Wirkung ...
und unbeabsichtigte Nebeneffekte**

In den Berufsverbänden, die sich maßgeblich für die Vollakademisierung eingesetzt hatten, befürchteten inzwischen viele, dass zwar ihre Forderungen erfüllt, aber ihre Ziele verfehlt wurden. An unterschiedlichen Stellen wird angemerkt, dass die Erwartungen, die mit der Vollakademisierung verknüpft wurden, sich bislang nicht annähernd erfüllen ließen, und die positiven Prognosen aufgrund der Erfahrungen mit den Pilotstudiengängen u. a. aufgrund einer unzureichenden empirischen Datengrundlage und einer abweichenden Ausgangssituation als Fehlannahmen erwiesen haben. Eine Vollakademisierung im großen Stile und mit der Verantwortung zur Deckung des immensen Fachkräftebedarfs, zudem unter hohem zeitlichem Druck, sei doch noch einmal eine ganz andere Aufgabe als die Umsetzung einzelner Studiengänge zur Ausbildung einer kleinen Minderheit von Expert*innen. Mit der Einführung der Vollakademisierung und der Gewährung eines Direktzugangs zu den Patient*innen wurden zwar Kernforderungen zur Aufwertung des Berufsbildes erfüllt: Therapeut*innen sehen sich in der Diagnose auf Augenhöhe mit Ärzt*innen, und die Tarife steigen. Doch regt sich Unmut, denn nach Ansicht vieler geht die Akademisierung mit einer Reihe von negativen Konsequenzen einher.

Erstens kritisieren viele eine mangelnde Praxistauglichkeit der neuen Absolvent*innen in der direkten Patientenversorgung. Um die Entwicklung von Studienangeboten zu erleichtern, wurde der Anteil der praktischen Ausbildung im Rahmen der Reform zugunsten neuer theoretischer und methodischer Module im Vergleich zu den berufsfachschulischen Lehrplänen abgesenkt; die vorgesehenen Praxisanteile laufen zudem aufgrund mangelnder Begleitung und Unterstützung oft nicht reibungslos ab, viele Studierende können daher nicht genügend Erfahrungen für die anschließende Berufspraxis sammeln. Das verfügbare Hochschulpersonal hat zudem selbst selten Kontakt mit der praktischen Berufsausübung von Therapeut*innen. Die hiermit einhergehende mangelnde praktische Erfahrung spiegelt sich auch in der Lehre wider.

Zweitens wird zunehmend deutlich, dass die Versorgung mit Nachwuchskräften über das neue System den Fachkräftebedarf insbesondere im Bereich der Physio- und Ergotherapie zumindest kurz- und mittelfristig nicht decken können wird: Aufgrund der gestiegenen Hürden (u. a. Hochschulberechtigung, Studierfähigkeit, Studienabsicht), der mangelnden Attraktivität des neu geschaffenen Ausbildungsgangs zu physiotherapeutischen Helfer*innen, aber insbesondere auch aufgrund der Situation an vielen Hochschulen wird mit weiter abnehmenden Absolventenzahlen gerechnet. Die ohnehin schwierige Versorgungslage wird durch die strukturelle Unwucht in der regionalen Verteilung von Ausbildungs- und Praktikumsplätzen sowie Absolvent*innen verschärft. Mancherorts zeichnet sich bei den Studiengängen ein Teufelskreis aus enttäuschten Erwartungen, hohen Abbruchquoten, abnehmender Reputation und schwindender Nachfrage ab. Es mehren sich daher Stimmen, die die Vollakademisierung grundsätzlich infrage stellen und die These vertreten, dass sich die Ausbildung im Bereich der Physio- und Ergotherapie nicht für eine vollständige Verlagerung an die Hochschulen eignet. Die Auflösung der durchaus funktionsfähigen berufsfachschulstrukturen sei insbesondere vor dem Hintergrund des immensen Fachkräftebedarfs eine vollkommen irrationale Entscheidung gewesen.



Drittens manifestieren sich zunehmend die Folgen dieses steigenden Mangels an Nachwuchskräften. Physio- und Ergotherapeut*innen schaffen es immer seltener, allen Patient*innen einen zeitnahen Termin zu geben. Die Berechtigung zur Behandlung von Patient*innen ohne ärztliche Verordnung geht nun mit der Verantwortung einher, die Patient*innen stärker als bisher nach Dringlichkeit – und vor allem diejenigen mit besonders akuten Beschwerden – zu behandeln. Eine Folge ist die Vernachlässigung von Prävention, v. a. mit Hinblick auf die Entwicklung chronischer Leiden. Für Teambesprechungen, Recherchen und Dokumentationen bleibt immer weniger Zeit.

Viertens empfinden viele der bisherigen Therapeut*innen ihre Eingruppierung in das neue Vergütungssystem als ungerecht. Insbesondere ambulante Praxen beklagen ein „Drei-Therapeuten-System“: Denn nur die frisch studierten Therapeut*innen haben das Recht zur direkten Behandlung von Patient*innen ohne Arztkonsultati-

on und Erstdiagnose erhalten, obwohl sie mangels Berufserfahrung nicht annähernd dieselbe Kompetenz wie Therapeut*innen mit vielen Jahren Berufserfahrung aufweisen. Die Praxen sind jedoch aus wirtschaftlichen bzw. wettbewerblichen Gründen auf diese Berechtigung der „neuen“ Therapeut*innen angewiesen, die aber in der Praxis paradoxerweise oft der Befundung ihrer „älteren“ Kolleg*innen folgen (müssen). Doch auch perspektivisch sorgen sich viele der an Berufsfachschulen ausgebildeten Therapeut*innen, dass sie nach zehn Jahren Übergangsphase unter dem Niveau der neuen studierten Kolleg*innen eingestuft werden. Denn für ein Aufbaustudium zur Nachqualifizierung fehlen oft die finanziellen Reserven. Und viele der physiotherapeutischen Helfer*innen monieren, dass sie oft als Therapeut*innen zweiter Wahl behandelt werden. Dies beeinträchtigt nicht nur das Arbeitsklima, sondern trägt auch zu einer Spaltung der Berufsgruppe bei.

● **Die Bekämpfung des Fachkräftemangels als Spiel auf Zeit?**

Viele Menschen nehmen es als Beitragszahler*innen 2030 hin, dass die Krankenkassenbeiträge in den letzten Jahren aufgrund des demografischen Wandels und anderer Herausforderungen für das Gesundheitssystem gestiegen sind. Doch als Patient*innen sind sie oft verunsichert, an wen sie sich wenden sollen – an Ärzt*innen oder „neue“ Physiotherapeut*innen – und von wem sie sich am Ende behandeln lassen sollen. Vielerorts finden Patient*innen aufgrund des sich verschärfenden

Fachkräftemangels keine Therapeut*innen. Die verbleibenden Anhänger*innen der Reform fordern, man müsse die langfristigen Vorteile den kurzfristigen Übergangsschwierigkeiten gegenüberstellen und irgendwann werde sich die Akademisierung schon auszahlen. Doch aufgrund der Entwicklungen im Bereich der Ausbildung und der Versorgung finden derartige Beteuerungen immer weniger Resonanz.

.....

Das Szenario „Vollakademisierung“ auf einen Blick

- ▶ **Reformschwerpunkte:** Es ist eine Vollakademisierung der Therapieberufe erfolgt, d. h. Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen und Logopäd*innen werden nur noch an Hochschulen ausgebildet. Um dem hohen Bedarf an Arbeitskräften nachzukommen, wurde ein neuer zweijähriger Ausbildungsgang („physiotherapeutische/r Helfer*in“) für einfache Tätigkeiten im Bereich der Physiotherapie geschaffen.
- ▶ **Finanzierung:** Die Länder tragen die hochschulischen Ausbildungskosten, die Kassen finanzieren über das Krankenhausfinanzierungsgesetz Kosten im Bereich der praktischen Ausbildung und erstatten höhere Heilmittelkostensätze. Auszubildende im Studium und im neuen schulischen Ausbildungsgang erhalten keine Vergütung.
- ▶ **Struktur der Ausbildungsträger:** Es erfolgt eine Schließung der meisten Berufsfachschulen; einige existieren als Träger des neuen Ausbildungsgangs weiter, andere – insbesondere im Bereich von Krankenhäusern – werden in den Hochschulbereich integriert. Mancherorts bilden sich gut funktionierende „Ausbildungsinseln“. Die Hochschulen tragen die Hauptverantwortung für die Ausbildung von Fachkräften; es

- mangelt vielerorts an personellen Ressourcen in der Lehre sowie zur Beratung und Begleitung der Auszubildenden, zudem fehlt teilweise eine ausreichende Vernetzung mit Praxiseinrichtungen.
- ▶ **Fachkräftemangel:** Deutlicher Anstieg, insbesondere in der Physio- und der Ergotherapie
 - Bewerberzahlen: sinken aufgrund höherer Qualifizierungsanforderungen und vielerorts problematischer Studienbedingungen (akademisierte Therapieberufe) bzw. unattraktiverer Rahmenbedingungen (physiotherapeutische Helfer*innen)
 - Berufstreue: (bis auf die physiotherapeutischen Helfer*innen) stabil, da zwar höhere Löhne und Selbständigkeit, aber höhere Arbeitsbelastung und Drei-Therapeuten-System
- ▶ **Qualität der Gesundheitsversorgung:** Die Gesundheitsversorgung in der Breite verschlechtert sich, es drohen Engpässe. Es erfolgt eine Polarisierung im Bereich der Ausbildung sowie der Versorgung. Teilweise besteht Intransparenz für Patient*innen bezüglich des Qualifikationshintergrunds der Therapeut*innen, Wartezeiten und Wegstrecken nehmen zu. Gleichzeitig steigen die Kosten.



Fazit

Szenarien sollen **alternative Entwicklungspfade** gedanklich erproben und die mittel- bzw. langfristigen Konsequenzen heutiger Entscheidungen vor Augen führen. Keines der dargestellten Szenarien muss dabei in Reinform eintreten. Die Szenarien illustrieren in idealtypischer Weise, welche Ergebnisse des laufenden Reformprozesses zu welchen Chancen und Herausforderungen führen können. Denn so können wir uns frühzeitig vorbereiten und auf aktuelle Entwicklungen Einfluss nehmen, um positive Trends zu befördern und negativen Tendenzen entgegenzuwirken. Auch wenn Szenarien von der Zukunft handeln, liegt ihr Hauptzweck darin, heute bessere Entscheidungen zu treffen.

Unmittelbarer Ausgangspunkt unseres Szenarioprojekts zur Zukunft der Ausbildung in den therapeutischen Gesundheitsberufen ist eine von multiplen Problemlagen geprägte **Situation in der Gegenwart**: Es besteht aktuell ein nahezu bundesweiter **Fachkräftemangel** im Bereich der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Die heute schon vielerorts – insbesondere im ländlichen Raum – vorherrschenden **Versorgungspässe** könnten sich massiv zuspitzen, denn aufgrund der demografischen Entwicklung in unserer Gesellschaft ist davon auszugehen, dass künftig noch deutlich mehr Fachkräfte in diesen Berufen benötigt werden.

Der schwierigen Versorgungslage müsste eigentlich mit einer Erhöhung der Anzahl an Auszubildenden und der Gestaltung möglichst attraktiver Ausbildungsbedingungen begegnet werden. Die Problematik wird jedoch durch die **Situation im Bereich der Ausbildung** verschärft: Auszubildende in den therapeutischen Berufen zahlen in vielen Bundesländern Schulgeld und bekommen keine Ausbildungsvergütung, es sei denn, die Schule befindet sich in (Mit-)Trägerschaft eines Krankenhauses. In diesem Fall erhalten Auszubildende auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) eine Ausbildungsvergütung von ca. 1.000 Euro pro Monat. Ein Großteil der Auszubildenden in den therapeutischen Gesundheitsfach-

berufen absolviert die Ausbildung aber an Schulen in privater, oft gemeinnütziger Trägerschaft, die meist nicht am Krankenhaus angegliedert sind.

Somit gibt es aktuell **drei Gruppen von Auszubildenden** mit sehr unterschiedlichen finanziellen Rahmenbedingungen: Im Jahr 2020 zahlten etwa ein Fünftel der Auszubildenden kein Schulgeld und erhielten während der dreijährigen Ausbildung eine Ausbildungsvergütung. Circa ein Drittel der Auszubildenden erhielt zwar keine Ausbildungsvergütung, musste aber auch kein Schulgeld aufbringen. Ungefähr die Hälfte der Auszubildenden hingegen musste ohne Ausbildungsvergütung auskommen und ein Schulgeld – abhängig vom Bildungsgang und Bundesland – von einer Gesamtsumme zwischen 5.000 und 16.000 Euro zahlen. Es liegt also eine eklatante Ungleichbehandlung von Schüler*innen an unterschiedlichen Einrichtungen vor.

Durch die aktuellen Regelungen sind **freie Bildungsträger in den Therapieberufen** somit strukturell deutlich schlechter gestellt als Bildungseinrichtungen unter (Mit-)Trägerschaft eines Krankenhauses. Die Ausbildungsvergütung an Ausbildungsstätten an Krankenhäusern führt zu einer Wettbewerbsverzerrung, die die Existenz



freier privater Schulen gefährdet. Gerade in Zeiten des Fachkräftemangels wäre die Verdrängung freier Schulen eine fatale Entwicklung, gilt es doch, die bestehenden Ausbildungsplätze zu erhalten und möglichst viele zusätzliche zu schaffen. Zudem sind freie private Bildungsträger meist dezentral, auch in ländlichen Gebieten, ansässig und bilden für den regionalen Bedarf – auch im ambulanten Bereich – aus.

Das **erste Szenario** verdeutlicht den dringenden Handlungsbedarf vor diesem Hintergrund, indem es zeigt, dass sich die bestehenden Probleme bei dem Ausbleiben einer Reform bzw. bei einem **„Weiter wie bisher“** bis zum Jahr 2030 dramatisch zuspitzen und ausweiten könnten: Das Szenario geht von der Betriebseinstellung vieler privater und gemeinnütziger Berufsfachschulen in der Zwischenzeit aus. Dies hätte nicht nur zur Folge, dass etablierte, über Jahre gewachsene Strukturen für die Versorgung mit Fachkräften insbesondere außerhalb der Metropolen verloren gingen, sondern auch, dass statt eines benötigten flächendeckenden Ausbaus der Ausbildungsplätze eine Verknappung erfolgen würde. Zudem könnten die Krankenhäuser bei einer Fortschreibung der gegenwärtigen Bedingungen in zunehmendem Maße einen privilegierten Zugang zu einer sinkenden Anzahl von Auszubildenden und Absolvent*innen erhalten, wodurch sich der Fachkräftemangel vor allem in den ambulanten Praxen und in der Fläche deutlich verschärfen würde, was wiederum schwerwiegende Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung hätte, insbesondere auf dem Land. Der Fachkräftemangel ist im außerhalb von Krankenhäusern oft am stärksten ausgeprägt. Durch die dauerhafte Fokussierung auf Bildungsträger unter (Mit-) Trägerschaft eines Krankenhauses würde aber der Trend der Sogwirkung aus der Fläche weg hin in die Zentralisierung in Ballungsräume deutlich erhöht. Die Folge davon wäre, dass die gesundheitliche Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen noch gefährdeter ausfiele als heute.

Während das Szenario 1 zeigt, dass sich bei einem „Weiter wie bisher“ die bereits bestehenden Probleme massiv verschärfen würden, beschreiben die **Szenarien 2 bis 4** mögliche, mehr oder weniger weitreichende Reformansätze und ihre Konsequenzen. Alle Reformen sollten sich an dem Anspruch messen lassen, die gegenwärtig bestehenden Probleme zu beheben und dem Ziel einer breit aufgestellten, qualitativ hochwertigen Ausbildung mit attraktiven und gleichberechtigten finanziellen Rahmenbedingungen für unterschiedliche Träger und Auszubildende zu entsprechen. Hierin liegen die wesentlichen Voraussetzungen dafür, dass künftig eine Deckung des steigenden Fachkräftebedarfs erreicht und eine weitere Zuspitzung regionaler Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung verhindert werden kann. Denn eine Ausbildung in der Breite ist notwendig – sie sollte nicht nur an zentralen Orten, sondern auch dezentral stattfinden, damit Fachpersonen in den entsprechenden Regionen gehalten werden können.

Im **Szenario 2 „Einseitiger Kompromiss“** wird versucht, der bisherigen Ungleichbehandlung von Ausbildungsträgern und Schüler*innen in den Regionen durch eine Öffnung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu begegnen, sodass Ausbildungsstätten nicht mehr in (Mit-)Trägerschaft eines Krankenhauses stehen müssen, sondern auch Kooperationsvereinbarungen zwischen Schulen und zur Ausbildung geeigneten Praxiseinrichtungen eine Kostenübernahme ermöglichen. Zudem werden auch Rehabilitationskliniken und ambulante Praxen als Orte der praktischen Ausbildung anerkannt. Durch die Erweiterung der Finanzierung im Rahmen des KHG ist in diesem Szenario eine deutliche Ausweitung von Schulgeldfreiheit und Ausbildungsvergütung erfolgt. Da jedoch keine bundesweit geltenden Regelungen bezüglich der Übernahme von Kostenanteilen durch die öffentliche Hand getroffen wurden und sich Bund und Länder nicht substantiell beteiligen, sind die Kosten der Krankenkassen, die sich zunehmend zu den Haupt- bzw. alleinigen Kostenträgern der Ausbildung entwickelt haben, immer weiter gestiegen. Hiermit geht aufseiten der Kassen der Druck einher, die Mittel für die einzel-

nen Schulen zu reduzieren, um eine Kostenexplosion zu verhindern. Die Refinanzierung der Ausbildungskosten befindet sich daher auf sinkendem Niveau. Somit wurde zwar die Ungleichbehandlung beendet und (vorübergehend) ein großes Netz an Schulen mit ähnlichen Bedingungen geschaffen, allerdings können viele Schulträger auf Dauer mit den sinkenden Pauschalen nicht auskömmlich wirtschaften und befinden sich in einer zunehmend prekären Situation – eine erneute Verknappung der Ausbildungskapazitäten droht. Zudem zeichnet sich eine Erosion der Qualität der Ausbildung durch die strukturelle Unterfinanzierung und somit auch der therapeutischen Gesundheitsversorgung ab.

Im **dritten Szenario „Eine gemeinsame Aufgabe“** werden bundesweit einheitliche Finanzierungsstrukturen der Ausbildung in Berufsfachschulen eingeführt, wobei auch eine Berücksichtigung landesrechtlich gestellter Anforderungen an die Ausbildungsqualität (z. B. die Qualifikation und den Stundenumfang der Lehrkräfte betreffend) erfolgt. Angestrebt wurde die Etablierung gleicher und attraktiver Rahmenbedingungen für Auszubildende sowie die Schaffung einer breiten Trägerstruktur von Berufsfachschulen, Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken und ambulanten Praxen. Die Länder und der Bund finanzieren mit Steuermitteln dabei den Teil der Kosten, der den schulischen Ausbildungskosten entspricht. Die Versicherungsträger übernehmen hingegen, entweder unmittelbar oder mittelbar über Krankenhäuser, ambulante Praxen oder Rehabilitationskliniken, die Finanzierung des praktischen Teils der Ausbildung sowie die flächendeckende Ausbildungsvergütung. Diese Regelung kann entweder über die Einrichtung eines Ausbildungsfonds oder über eine anderweitig (z. B. auch über eine Erweiterung des KHG) klar geregelte analoge Kostenteilung zwischen den Kassen und der öffentlichen Hand umgesetzt werden. Das Szenario geht von einer deutlichen Steigerung der Absolvent*innenzahlen, einer zunehmenden Deckung des Fachkräftebedarfs und einer Verbesserung der Versorgungslage im Bereich therapeutischer Leistungen aus.



In **Szenario 4** wird schließlich ein alternativer Reformansatz beschrieben, der auf einer „**Voll-akademisierung**“ der Ausbildung von Fachkräften in den therapeutischen Berufen beruht, wie sie aus dem Kreis der Fach- und Berufsverbände seit Längerem gefordert wird. Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen und Logopäd*innen werden gemäß diesem Szenario im Jahr 2030 nur noch an Hochschulen ausgebildet. Mit Blick auf den hohen Fachkräftebedarf ist ein neuer zweijähriger Ausbildungsgang für einfachere Tätigkeiten im Bereich der Physiotherapie („physiotherapeutische*r Helfer*in“) geschaffen worden. Die weitaus meisten Berufsfachschulen mussten ihren Betrieb einstellen; einige existieren als Träger des neuen Ausbildungsgangs weiter oder sind von Hochschulen übernommen worden. An den Hochschulen mangelt es vielfach an personellen Ressourcen in den Bereichen der Lehre sowie der Beratung und Begleitung, zudem fehlt teilweise eine ausreichende Vernetzung mit Praxiseinrichtungen. Die Bewerber- und Absolventenzahlen sinken aufgrund der gestiegenen Qualifizierungsanforderungen und vielerorts problematischer Studienbedingungen bzw. unattraktiverer Rahmenbedingungen (physiotherapeutische Helfer*innen). Die Gesundheitsversorgung in der Breite verschlechtert sich, insbesondere in der Physiotherapie und Ergotherapie drohen Engpässe, Prophylaxe und Frühversorgung müssen hinter die Akutversorgung zurücktreten, und das Stadt/Land-Gefälle nimmt zu. Gleichzeitig steigen die Kosten im Bereich der Ausbildungsfinanzierung und der Gesundheitsversorgung.

Das Szenario deutet darauf hin, dass eine **Voll-akademisierung zumindest mittelfristig keine tragfähige Perspektive** zur Behebung der bestehenden Probleme im Bereich der Ausbildung und Versorgung in den Therapieberufen bietet und allenfalls für die Logopädie eine realistische Option darstellt. Vieles spricht dafür, dass Studiengängen im Bereich der Therapieberufe (auch weiterhin) primär eine kooperativ-konsekutive Funktion im Verhältnis zur berufsfachschulischen Ausbildung zugewiesen werden sollte. Das berechtigte Ziel

einer umfassenderen Akademisierung in den Therapieberufen und die damit verknüpften positiven Effekte – z. B. die Stärkung der wissenschaftlich-analytischen Kompetenzen von Fachkräften für eine optimierte Patientenversorgung – ließen sich auf diesem Wege besser und ohne negative Nebeneffekte realisieren.

In den Szenarien wurde deutlich, dass für die Gewährleistung einer hochwertigen therapeutischen Gesundheitsversorgung die aktuelle Problemkonstellation im Bereich der strukturellen Rahmenbedingungen der Ausbildung behoben und die Attraktivität einer Ausbildung gesteigert werden sollte, um dem Fachkräftemangel effektiv entgegenzuwirken. Die Szenarien demonstrieren die **Bedeutung des gegenwärtigen Reformprozesses** und die Notwendigkeit, eine hochwertige Ausbildung und perspektivisch flächendeckende und patientenorientierte therapeutische Gesundheitsversorgung in den nächsten Jahrzehnten zu gewährleisten. Zwingend erforderlich ist hierfür eine **flächendeckende Schulgeldfreiheit und eine allgemeine Ausbildungsvergütung**. Zudem ist eine **auskömmliche Finanzierung**, die sich an schulrechtlichen Bestimmungen und Qualitätsanforderungen und dem hiermit einhergehenden Bedarf orientiert, sowie eine **breite Ausbildungsträgerstruktur** essentiell, wie sie das Szenario 3 „Eine gemeinsame Aufgabe“ vorsieht. Die Art der Finanzierung – ob über einen Ausbildungsfonds oder eine Erweiterung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes – ist hingegen eher zweitrangig. Vielmehr bedarf es einer fairen, breiten und transparenten Lastenverteilung zwischen verschiedenen Kostenträgern.

Dabei muss eine **sachgerechte und stimmige Aufteilung der Kosten** erfolgen. Hierfür böte sich eine Orientierung am System der dualen Ausbildung an, wobei die Finanzierung des schulischen Anteils der Ausbildungskosten durch die öffentliche Hand, der betrieblichen Ausbildungskosten, einschließlich der Kosten der Praxisanleitung und der Ausbildungsvergütung, durch die Leistungser-

13 Die Forderung nach einer sachgerechten Finanzierung analog zum System der dualen Ausbildung wird auch von ver.di im Rahmen einer Stellungnahme zu den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ erhoben (ver.di 2020).

bringer und somit aus Versicherungsmitteln erfolgen sollte.¹³ So tragen Staat und Kassen jeweils in ihrem eigenen (Aufgaben- und Verantwortungs-)Bereich ihrem beiderseitigen Interesse an einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und einer dementsprechend bedarfsdeckenden Ausbildung hochqualifizierter Fachkräfte Rechnung.

Mit einer solchen, auf klar definierten Verantwortlichkeiten basierenden Lösung wäre die Voraussetzung dafür geschaffen, dass der Staat seinem grundgesetzlich verankerten **Bildungsauftrag** auch auf dem Feld der Finanzierung der Ausbildung in den Therapieberufen nachkommen kann. Einer schleichenden Abwälzung der Gesamtkosten in Richtung des Finanzierungsbereiches der Krankenkassen und den damit einhergehenden negativen Begleiterscheinungen, wie wir sie in Szenario 2 exemplarisch dargestellt haben, wäre damit ein Riegel vorgeschoben.¹⁴ Eine sachgerechte bundesweite Regelung zudem ist der einzige Weg, um strukturelle Fehlsteuerungen zu vermeiden und Fehlentwicklungen wie ein Trittbrettfahrer-Verhalten einzelner Bundesländer oder einen föderalen Unterbietungswettbewerb im Bereich der Schulfinanzierung zu verhindern.

Dass mit der skizzierten Reform auch der **Ungleichbehandlung von unterschiedlichen Ausbildungsträgern sowie deren Schüler*innen ein Ende** gesetzt wäre, ist nicht nur ein Gebot der Gerechtigkeit, sondern auch der politischen Vernunft. Nur so können bestehende Ressourcen, insbesondere auch auf dem Land, bewahrt und weitere Dezimierungen der Ausbildungskapazitäten verhindert werden, damit überhaupt eine Grundlage für einen systematischen bedarfsgerechten Ausbau besteht.

Damit wäre auch dem grundgesetzlichen **Anspruch einer Förderung gleichwertiger Lebensverhältnisse** Rechnung getragen, denn ein Fachkräftemangel kann dazu führen, dass die



Lebensbedingungen mit Blick auf die Gesundheitsversorgung in Deutschland regional und mit Blick auf das Stadt-Land-Gefälle immer ungleicher werden. Um seinem Gestaltungsanspruch und seiner Vorreiterrolle auf dem Gebiet der Bildung gerecht zu werden, aber auch um zu gewährleisten, dass ökonomisch schwächere Bundesländer ihrem Auftrag zur Ausbildung von Fachkräften nachkommen können, sollte der Bund selbst einen erheblichen Anteil der seitens der öffentlichen Hand zu übernehmenden Kosten tragen.

Es bleibt zu hoffen, dass sich derartige Erwägungen in angemessenem Umfang in der Umsetzung des „Gesamtkonzepts Gesundheitsfachberufe“ und im weiteren Prozess der Neuordnung und Stärkung der Gesundheitsfachberufe widerspiegeln werden.

¹⁴ Im Falle einer weiteren Verlagerung der Kosten in Richtung der Krankenkassen würden diese gezwungen, eine Aufgabe zu übernehmen, die eigentlich dem Staat bzw. der Gesamtgesellschaft obliegt. Die Definition der schulrechtlichen Rahmenbedingungen gehört in den Hoheitsbereich der Länder. Folge einer Abwälzung der Kosten in Richtung der Krankenkassen wäre somit unter anderem, dass Schulen länderrechtliche Vorgaben (bspw. die Qualifikation der Lehrkräfte betreffend) erfüllen, die Refinanzierung der hierfür anfallenden Kosten jedoch mit den Krankenkassen verhandeln müssten. Aus dieser Konstellation würden zwangsläufig (Interessens-)Konflikte und Fehlsteuerungen resultieren.

Literatur

- *Bundesagentur für Arbeit (2019)*: Fachkräfteengpassanalyse. Datenanhang, verfügbar auf: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/Engpassanalyse-Datenanhang.xlsx>.
- *Bundesagentur für Arbeit (2020)*: Fachkräfteengpassanalyse. Regionale Engpässe - Länderkarten, verfügbar auf: https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Fachkraeftebedarf/generische-Publikation/Regionale-Engpaesse-Landkarten.pdf?__blob=publicationFile&v=3.
- *Bundesministerium für Gesundheit (BMG, 2020)*: Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“, verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsberufe/Eckpunkte_Gesamtkonzept_Gesundheitsfachberufe.pdf.
- *Carter, Claudia; Bley, Wiebke (2019)*: Aktuelle Situation der Heilmittelerbringer, Hochschule Fresenius, verfügbar auf: <https://downloads.hs-fresenius.de/wirksamsein/3%20Carter%20%26%20Bley%20-%20aktuelle%20Arbeitssituation.pdf>.
- *Christmann, Maximilian (2019)*: Spieglein, Spieglein, an der Wand, was haben wir selbst denn in der Hand? Die Wahrnehmung berufsbezogener Einfluss- und Handlungsmöglichkeiten, Hochschule Fresenius, verfügbar auf: <https://downloads.hs-fresenius.de/wirksamsein/6%20Christmann%20-%20Einfluss%20auf%20Berufssituation.pdf>.
- *Deutscher Verband für Physiotherapie (2020)*: Schulen für Physiotherapie. Stand April 2020. Verfügbar auf: https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Webliste_Schulen_fuer_PT_02_2020_NEU.pdf Zugriff am 09.11.2020
- *Fillbrandt, Alexander*: Alle Schulen für Logopädie, verfügbar auf: <https://www.logo-ausbildung.de/logopaedieschulen/>. Zugriff am 10.11.2020
- *Freie Presse (2020)*: Sachsen übernimmt Schulgeld für Gesundheitsberufe, 31.01.2020, verfügbar auf: <https://www.freiepresse.de/nachrichten/sachsen/sachsen-uebernimmt-schulgeld-fuer-gesundheitsberufe-artikel10718757>.
- *Gesundheitsministerkonferenz (GMK, 2017)*: Beschlüsse der 90. GMK, verfügbar auf: <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=544&jahr=2017>.
- *Hansen, H.; Breitbach-Snowdon, H.; Degenkolb-Weyers, S.; Hollweg, W.; Janknecht, S.; Post, J.; Tietz, J. (2018)*: Daten zum Stand der Ausbildung in der Logopädie/Sprachtherapie, 2010-2017. https://www.hsosnabrueck.de/fileadmin/News/Nachrichten/WiSo/2018/Ausbildung_Logopaedie_Sprachtherapie_2010-2017.pdf.
- *Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (2020)*: Hessen übernimmt Schulgeld für Auszubildende in den Gesundheitsfachberufen, 22.07.2020, verfügbar auf: <https://soziales.hessen.de/presse/pressemitteilung/hessen-uebernimmt-schulgeld-fuer-auszubildenden-gesundheitsfachberufen>.
- *Heun, Lucija; Steffan, Leonie (2019)*: Die Prinzessin auf dem Boden der Tatsachen. Zahlen und Fakten zur Selbstverwirklichung der Therapieberufe, Hochschule Fresenius, verfügbar auf: <https://downloads.hs-fresenius.de/wirksamsein/8%20Heun%20%26%20Steffan%20-%20Zahlen%20und%20Fakten.pdf>.
- *Hochschule Fresenius (2018)*: Pressemitteilung. Mehr Geld, mehr Verantwortung, akademische Qualifikationen: Wie sich Therapeuten im Beruf halten lassen, verfügbar auf: <https://www.hs-fresenius.de/pressemitteilung/mehr-geld-mehr-verantwortung-akademische-qualifikation-wie-sich-therapeuten-im-beruf-halten-lassen>.

- *Hochschulverband Gesundheitsfachberufe; Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen (HVG/VAST, 2018):* Notwendigkeit und Umsetzung einer vollständig hochschulischen Ausbildung in den Therapieberufen (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie) – Strategiepapier, verfügbar auf: https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Strategiepapier-2018_11_08.pdf.
- *Hochschulverband Gesundheitsfachberufe (HVG, o.J.):* Studiengänge für Therapieberufe, verfügbar auf: <https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/studiengaenge-fuer-therapieberufe>.
- *Höppner, Heidi; Beck, Eva-Maria (2019):* Analyse der Arbeitsbedingungen von Therapeut_innen in Deutschland. Eine qualitative Untersuchung von Brandbriefen der Heilmittelerbringenden, Alice Salomon Hochschule Berlin, verfügbar auf: https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/News/2019/Pressebeilage_H%C3%B6ppner-Beck_final.pdf.
- *IEGUS/WifOR/IAW (2016):* Entwicklung der Angebotsstruktur, der Beschäftigung sowie des Fachkräftebedarfs im nichtärztlichen Bereich der Gesundheitsversorgung. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie, verfügbar unter: https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/entwicklung-angebotsstruktur-beschaeftigung-fachkraeftebedarf-im-nichtaerztlichen-bereich-der-gesundheitswirtschaft.pdf?__blob=publicationFile&v=22.
- *Lauxen, Oliver (2018):* Gutachten zum Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen in der Rheinland-Pfalz, in: Berichte aus der Pflege, Nr. 34.
- *Landtag Rheinland-Pfalz (2018):* Antwort des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD, Drucksache 17/7008, verfügbar auf: <http://dokumente.landtag.rlp.de/landtag/drucksachen/7428-17.pdf>.
- *Mühlhaus, Thomas; Rathmann, Katharina (2018):* Psychische Beanspruchungen durch die Arbeit im 20-Minuten-Takt bei PhysiotherapeutenInnen – eine quantitative Primärerhebung mit dem Copenhagen Psychological Questionnaire (COPSOQ), in: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 8/68, e21-e22.
- *Physio.de – Physiotherapie in Deutschland (2020):* Schulen für Ergotherapie, verfügbar auf: <https://www.physio.de/schulen/s/ergotherapie>
- *Statistisches Bundesamt (2016):* Niveau, Verteilung und Zusammensetzung der Verdienste und der Arbeitszeiten abhängiger Beschäftigungsverhältnisse, verfügbar auf: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Verdienste-Verdienstunterschiede/Publikationen/Downloads-Verdienste-und-Verdienstunterschiede/verdienststrukturhebung-heft-1-2162001149004.html?nn=206824>.
- *Statistisches Bundesamt (2020):* Gehaltsvergleich BETA, verfügbar auf: <https://service.destatis.de/DE/gehaltsvergleich/index.html>. Zugriff am 09.11.2020
- *Ver.di (2018):* Betrieblich-schulische Gesundheitsberufe erhalten Vergütung, verfügbar auf: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/tarifbereiche/oeffentlicher-dienst/++co++b7a3e0e8-ddae-11e8-88ec-525400afa9cc>.
- *Ver.di (2020):* Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft zu den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“, verfügbar auf: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/ausbildung/++co++050a56b8-8af2-11ea-b205-001a4a160119>
- *ZDF (2020): Gesundheitsberufe: Hälfte der Länder stoppen Schulgeld, verfügbar auf: https://www.zdf.de/nachrichten/heute/haelfte-der-bundeslaender-stoppt-schulgeld-fuer-gesundheitsfachberufe-100.html*



Impressum

Herausgeber

© 2021 DAA-Stiftung Bildung und Beruf
Alter Teichweg 19 · 22081 Hamburg

Verantwortlich

Martina Dahncke (Geschäftsführende Vorständin)

Layout / Illustrationen

DAA Marketing

Fotos

Adobe Stock

Druck

GOB Service mbH

ISBN

978-3-9823294-0-6

Stand: 06/2021



Therapie- berufe 2030



IPA

Institut für prospektive Analysen

IPA – Institut für prospektive Analysen

Prenzlauer Allee 36F

D-10405 Berlin

Telefon: +49 30 3398 7340

Fax: +49 30 3398 7341

www.ipa-netzwerk.de

www.daa-stiftung.de



**DAA-STIFTUNG
BILDUNG UND BERUF**

DAA-Stiftung Bildung und Beruf

Alter Teichweg 19

D-22081 Hamburg

Telefon: +49 (0)40 35094-112

Fax: +49 (0)40 35094-225

www.daa-stiftung.de

ISBN 978-3-9823294-0-6

