Stellungnahme

des Verbands für Physiotherapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e. V. und des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines Gesetzes zur Reform der Berufe in der Physiotherapie und zur Änderung weiterer Vorschriften (Physiotherapieberufereformgesetz – PhyThBRefG), Stand: 26. Oktober 2026

23. November 2026

Vorbemerkung

Der Verband für Physiotherapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e. V. und der Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V. (IFK) danken für die Gelegenheit zur Stellungnahme und legen hiermit eine gemeinsame Stellungnahme vor.

Seitenangaben beziehen sich auf die übersandte Fassung des Referentenentwurfs. Paragraphen ohne Gesetzesangabe sind solche des Physiotherapeutengesetzes (Artikel 1, PhyThG).

I. Gesamtbewertung

VPT und IFK begrüßen das Vorliegen eines Referentenentwurfs, um das Berufsrecht der Physiotherapie nach mehr als drei Jahrzehnten grundlegend zu erneuern. Das Masseur- und Physiotherapeutengesetz von 1994 ist in vielen Bereichen überholt und eine Weiterentwicklung der Ausbildung für eine zukunftsfähige physiotherapeutische Versorgung dringend erforderlich.

Leitlinien der Bewertung

Laut Referentenentwurf soll eine Anpassung an die Anforderungen einer komplexer gewordenen Gesundheitsversorgung mit einer zukunftsgerechten Weiterentwicklung und einer Verbesserung der Ausbildungsqualität erfolgen. Dies soll durch qualitativ hochwertige, stärker wissenschaftlich ausgerichtete, auf evidenzbasierten Konzepten beruhende und gleichzeitig praxisnahe Ausbildungen geschehen und die Attraktivität steigern. So sehen es die Zielformulierung und die Begründung des Gesetzentwurfs vor (S. 1 f., S. 106).

VPT und IFK bewerten den vorliegenden Referentenentwurf anhand eigener Positionen und anhand dieser Leitlinien, die sich der Entwurf selber als Ziel setzt.

Der Entwurf beruft sich zudem auf die gleichlautenden Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz und der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (GMK UB 11/2025, ASMK UB 6/2025) mit dem Titel „Gegenläufige Entwicklung des Gesundheitswesens und der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen – Notwendigkeit einer eigenständigen Finanzierungslösung für die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen“ (S. 2, S. 106). An diesem Anspruch muss sich insbesondere die Finanzierung der ambulanten Ausbildung messen lassen.

Maßstab ist zudem die Einheitlichkeit des Rechts der Gesundheitsfachberufe. Das Hebammengesetz von 2019 und das Pflegestudiumstärkungsgesetz von 2023 haben für die

hochschulische Ausbildung Standards gesetzt, hinter die die Physiotherapie nicht zurückfallen darf.

VPT und IFK begrüßen insbesondere

1. die Nichtigkeit von Schulgeldvereinbarungen und die verpflichtende Ausbildungsvergütung in der berufsfachschulischen Ausbildung,
2. die Finanzierung über bestehende Strukturen der Selbstverwaltung nach § 17a KHG und § 125 SGB V,
3. die Überführung der hochschulischen Ausbildung aus der Modellklausel in ein reguläres Studium,
4. die kompetenzorientierte und modularisierte Ausgestaltung der Ausbildungen,
5. bundeseinheitliche Mindestanforderungen an Schulen, Lehrkräfte und Praxisanleitung,
6. die Integration der Zertifikatspositionen bzw. von Teilen der Weiterbildungsinhalte in die Ausbildung,
7. die konkret geregelte Durchlässigkeit und Durchstiegsmöglichkeiten zwischen den Berufen und Ausbildungswegen,
8. die erstmalige Verankerung einer eigenverantwortlichen Heilkundebefugnis im Berufsrecht der Physiotherapie sowie
9. die Modernisierung der Medizinischen Massagetherapie unter Erhalt ihres Leistungsumfangs und ihrer Selbständigkeit.

Eine detaillierte Bewertung dieser und weiterer Punkte, in denen eine Anpassung des Referentenentwurfs nötig ist, folgt untenstehend.

Vollakademisierung als Ziel

VPT und IFK halten am Ziel einer vollständigen hochschulischen Ausbildung in der Physiotherapie fest. Die Akademisierung ist international Standard. Sie ist Voraussetzung für eine eigenständige physiotherapeutische Forschung und für eine Versorgung, die den Anforderungen einer älter werdenden und zunehmend multimorbiden Bevölkerung gerecht wird. Der Entwurf folgt demgegenüber dem politischen Votum für eine Teilakademisierung (S. 3, S. 111). VPT und IFK respektieren dieses Votum. Die Entscheidung schafft jedoch Folgeprobleme, die der Entwurf nicht löst: Sie begründet zwei Berufe mit unterschiedlichen Befugnissen in einem einheitlichen Versorgungsprozess, denkt Berufsrecht und Leistungsrecht nicht gemeinsam, zieht eine rechtliche Trennlinie durch die Berufsgruppe und setzt den akademischen Weg einem Wettbewerb mit einer vergüteten Berufsausbildung aus, den er unter den Bedingungen des Entwurfs nur sehr eingeschränkt bestehen kann.

Hält der Gesetzgeber an der Teilakademisierung fest, muss er innerhalb dieses Modells die höchstmögliche Akademisierungsquote erreichen. Die vom Wissenschaftsrat empfohlene Größenordnung von 10 bis 20 Prozent (S. 3, S. 111) ist ausdrücklich nicht als Obergrenze zu verstehen. Mit dieser Zielsetzung ist es nicht vereinbar, dass der Entwurf für das Studium in seiner Kostenschätzung ausdrücklich von „geringen Fallzahlen“ ausgeht (S. 3 f.), das Studium ausschließlich dual organisiert und ohne Vergütung ausgestaltet. Ebenso braucht es ein ausreichendes, flächendeckendes Angebot an Studienplätzen, dessen Finanzierung die Länder sicherstellen müssen; der Entwurf beziffert diese Kosten nicht (S. 3). VPT und IFK verstehen die Teilakademisierung als Stufe auf dem Weg zur Vollakademisierung. Die Evaluation ist als Prüfung weiterer Schritte anzulegen.

Zudem bleibt der Entwurf an vielen Stellen hinter seinen eigenen Ansprüchen einer zukunftsfähigen Ausbildung zurück, da er die dafür notwendigen Ausbildungsziele, Qualifikationen und Erlaubnisse einseitig auf die zukünftig akademisch ausgebildeten

Physiotherapeutinnen B. Sc. und Physiotherapeuten B. Sc. ausrichtet und sowohl die heutigen Berufsangehörigen als auch die berufsfachschulischen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten von der Weiterentwicklung ausschließt. Die Sicherstellung der heutigen und zukünftigen Versorgung kann so nicht auf dem notwendigen Niveau erfolgen. Als Brücke für die heute tätigen Berufsangehörigen und zukünftig berufsfachschulisch ausgebildete Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten ist unter anderem eine Nachqualifizierung zur Heilkundebefugnis für eine flächendeckende Versorgung und die zeitnahe Etablierung dieser unverzichtbar.

Ausbildung im ambulanten Bereich sichern

Der Entwurf setzt Anreize, die die praktische Ausbildung aus den ambulanten Praxen in den stationären Bereich verlagern. Die Finanzierung ist ungleich ausgestaltet: Krankenhäuser refinanzieren ihre Ausbildungskosten einschließlich der Praxisanleitung über krankenhausindividuelle Ausbildungsbudgets nach § 17a KHG. Ambulante Praxen erhalten dagegen Pauschalen, die unter dem Vorbehalt der Beitragssatzstabilität stehen, bei denen Einnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen sind und die die Kosten der Praxisanleitung nur als Teil der allgemeinen Pauschale für die Mehrkosten der praktischen Ausbildung abgelten, ohne eigene, ausgewiesene Pauschale (Artikel 6). Ungleich sind auch die Startvoraussetzungen. Krankenhäuser verfügen über eingespielte Finanzierungsstrukturen, größere Teams und viele Einsatzbereiche im eigenen Haus. Kleinere ambulante Einrichtungen müssen Anleitungsquote, berufspädagogische Qualifizierung, Freistellung für den Unterricht und die Organisation externer Einsätze mit wenigen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten leisten und erhalten die Erstattung erst auf Antrag und quartalsweise. Hinzu kommt, dass die Schulfinanzierung nach § 108 an die Kooperation mit einem Krankenhaus und an die Zahl der vom Krankenhaus in Anspruch genommenen Ausbildungsplätze anknüpft. Das setzt für Schulen einen Anreiz, Ausbildungsplätze vorrangig mit Krankenhäusern als Trägern zu besetzen.

Die Heilmittelversorgung der gesetzlich Versicherten findet überwiegend in ambulanten Praxen statt und auf diese entfallen nach der Schätzung des Entwurfs rund zwei Drittel der ausbildenden Einrichtungen (S. 264). Wer im stationären Bereich ausgebildet wird, wechselt erfahrungsgemäß seltener in die ambulante Versorgung. Eine Verlagerung der Ausbildung verschärft den Fachkräftemangel deshalb genau dort, wo die Versorgung stattfindet, und gefährdet die wohnortnahe Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum. Die Refinanzierung der ambulanten Ausbildung ist daher der stationären gleichwertig auszugestalten: kostendeckend, ohne Bindung an die Beitragssatzstabilität, mit einer eigenen Pauschale für die Praxisanleitung und mit einer Differenzierung nach der Größe der Einrichtung, die die Begründung selbst für denkbar hält (S. 264). Zudem sollte die Finanzierung auch für Einrichtungen sichergestellt werden, die mit einem Träger der praktischen Ausbildung kooperieren. Wenn die Pauschale an den Träger geht, braucht eine kooperierende Praxis einen verlässlichen, gesetzlich abgesicherten Anspruch auf Weiterleitung der Kosten für Anleitung und sonstigen Aufwand. Der Entwurf rechnet diese Kosten zwar den Mehrkosten des Trägers zu und verweist für ihre Erstattung auf die Vereinbarung nach § 16 Absatz 2 Nummer 3 (S. 264); dass die Pauschalen weiterzuleiten sind, empfiehlt die Begründung aber lediglich (S. 265). Der Weiterleitungsanspruch ist gesetzlich zu verankern.

Kernforderungen

1. Ausgleich der nicht erfolgten Vollakademisierung durch eine konsequente Orientierung an einer höchstmöglichen Akademisierungsquote (I., II.12),
2. Nachqualifizierung zur Heilkundebefugnis für alle Berufsangehörigen, angeboten von Hochschulen, Schulen und anerkannten Weiterbildungsträgern, mit staatlicher Prüfung (II.1),
3. leistungsrechtliche Verankerung des Direktzugangs im SGB V mit Regelungsfrist bis zum 31. Dezember 2028 (II.2),
4. Ergänzung des berufsfachschulischen Ausbildungsziels um diagnostische Kompetenzen, Eigenverantwortung, Steuerung, Kontraindikationen und wissenschaftliche Kompetenzen (II.3),
5. gesetzliche Festlegung des Umfangs der Zertifikatsintegration und der fachlichen Qualifikation der Lehrkräfte sowie der Abrechnungsfähigkeit (II.4),
6. Zulassung primärqualifizierender Studiengänge und Vergütungspflicht im Studium (II.5 und II.6),
7. verbindliche, pauschale Anrechnung und bundeseinheitliche Öffnung der Praxisanleitung im Studium (II.7),
8. eigene, kostendeckende Pauschale für die Praxisanleitung (II.8),
9. Ausbildungsvergütung in Anlehnung an die Pflege und eine der stationären Ausbildung gleichwertige, kostendeckende Refinanzierung ohne Bindung an die Beitragssatzstabilität und ohne Wertschöpfungsabzug, vereinbart bis zum 31. Dezember 2027 (II.9),
10. Erlass der Ausbildungs- und Studienverordnungen bis zum 30. Juni 2027 (II.10),
11. Gleichbehandlung der heutigen Masseurinnen und Masseure und medizinischen Bademeisterinnen und Bademeister beim Durchstieg in die Physiotherapie (II.11),
12. gesetzlich verankerte Evaluation des Berufsgesetzes, insbesondere mit Prüfauftrag zu Akademisierungsquote und Masterstudiengängen (II.12).

VPT und IFK begrüßen die Ankündigung, nach dieser Reform auch die Berufsgesetze in der Logopädie und in der Ergotherapie weiterzuentwickeln und die Ernährungstherapie einer inhaltlichen Berufsreform zuzuführen (S. 2 f., S. 111), und mahnen für diese wie für die weiteren Heilmittelberufe eine zeitnahe Umsetzung an. Dabei sind die sich von der Situation der Physiotherapie unterscheidenden Ausgangsvoraussetzungen der einzelnen Berufe zu berücksichtigen.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

1. Heilkundebefugnis und Nachqualifizierung (§ 2, § 40 Absatz 2, § 101; neu §§ 2a bis 2c)

a) Regelung im Entwurf

§ 2 (S. 13) bestimmt: „Wer die Berufsbezeichnung ‚Physiotherapeutin B. Sc.', ‚Physiotherapeut B. Sc.' oder ‚Fachperson für Physiotherapie B. Sc.' führt, darf diejenigen heilkundlichen Maßnahmen eigenverantwortlich durchführen, 1. die sie oder er im Studium nach Teil 2 Kapitel 2 erlernt hat und beherrscht und 2. die erforderlich sind, um eine drohende oder bestehende Beeinträchtigung der Bewegungs- und Funktionsfähigkeit oder des Bewegungshandelns festzustellen, zu heilen oder zu lindern."

Eine Nachqualifizierung sieht § 40 Absatz 2 (S. 32) allein für Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge vor. Ihnen „ist der Erwerb der Kompetenzen, die für die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen nach § 2 erforderlich sind, zu ermöglichen. Die Vorschriften von Kapitel 2 finden entsprechend Anwendung. Die erworbenen Kompetenzen […] werden zum Ende des Studienangebots staatlich geprüft." Die Begründung zu § 105 stellt klar: „Für Absolventinnen und Absolventen der hochschulischen Ausbildung nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz gilt § 2 nicht." (S. 224). Die Erlaubnis der heute tätigen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten „gilt als Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 Nummer 1" (§ 101 Absatz 1, S. 59), also als berufsfachschulische Erlaubnis ohne Heilkundebefugnis.

Die Begründung bezeichnet die Heilkundebefugnis als „zentrales Element im Hinblick auf die Teilakademisierung", die „perspektivisch zu einer Heilmittelerbringung in der Physiotherapie im Direktzugang führen" kann (S. 108; ebenso Vorblatt, S. 2).

b) Bewertung von VPT und IFK

VPT und IFK begrüßen, dass der Entwurf erstmals eine eigenverantwortliche Heilkundebefugnis im Berufsrecht der Physiotherapie verankert.

Die Beschränkung auf künftige Bachelorabsolventinnen und Bachelorabsolventen steht jedoch im Widerspruch zu dem erklärten Ziel der Reform, die gesamte Ausbildung zukunftsfähig weiterzuentwickeln, und zu dem Ziel, den „immer wieder berichteten Engpässen in der Versorgung" zu begegnen (S. 106). Im Hinblick auf die praktische Umsetzung des Direktzugangs in der Versorgung ist zudem zu berücksichtigen, dass die Zahl der zukünftigen hochschulischen Absolventinnen und Absolventen begrenzt bleiben wird. Dies verdeutlichen die aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes. Die Zahl der Studienanfängerinnen und Studienanfänger in der Physiotherapie lag bislang auf einem niedrigen Niveau: im Wintersemester 2025/2026 haben lediglich 956 Personen ein Physiotherapiestudium begonnen (Quelle: https://genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/213*/table/21311-0012). Im Sommersemester ist von einer noch geringeren Zahl an Studienanfängerinnen und Studienanfängern auszugehen. Zudem beenden nicht alle Studierenden ihr Studium. Daher lässt sich die jährliche Zahl der Studienabgängerinnen und Studienabgänger auf ca. 1.000 bis 1.500 Personen schätzen. Auch der Entwurf selbst veranschlagt die Zahl der Absolventinnen und Absolventen eines Studiums als gering (S. 3 f.). Diese stehen nach neuem Recht frühestens Anfang der 2030er-Jahre zur Verfügung. Bis die Befugnis in der breiten Versorgung ankommt, vergeht bei der zu erwartenden Zahl an Studienabsolventinnen und Studienabsolventen rund ein Jahrzehnt, bis zu einer flächendeckenden Versorgung sogar mehrere Jahrzehnte. Ein Großteil der heute tätigen Berufsangehörigen, die die Versorgung tragen, bleibt von ihr ausgeschlossen oder kann sie nur durch ein vollständiges, entsprechend lang andauerndes Studium erwerben. Selbst die Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge, die der Entwurf als „mit positivem Ergebnis evaluiert" bezeichnet (S. 168), müssen ein weiteres Nachqualifizierungsangebot durchlaufen.

In den Praxen entstünde eine rechtliche Trennlinie zwischen Kolleginnen und Kollegen, die dieselben Patientinnen und Patienten mit denselben Leistungen versorgen möchten. Diese Zwei-Klassen-Struktur ist eine Folge der fehlenden Vollakademisierung; die nun vorgeschlagene Regelung trägt in der Versorgungsrealität nicht.

Die Patientensicherheit wird nicht durch den Lernort gewährleistet, sondern durch einen einheitlichen Kompetenzstandard und dessen staatliche Prüfung. Der Entwurf knüpft die Befugnis der Modellabsolventinnen und -absolventen selbst an eine staatliche Prüfung (S. 32). Eine Prüfung vor staatlichen Prüfungsausschüssen bei den zuständigen Behörden sichert einen einheitlichen Standard, unabhängig davon, ob die Kompetenzen an einer Hochschule, einer Schule oder bei einem anerkannten Weiterbildungsträger erworben wurden. Eine

ausschließliche Verortung der Nachqualifizierung zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten an Hochschulen ist deshalb nicht begründet. Eine staatliche Prüfung öffnet die Nachqualifizierung zugleich für berufsbegleitende Angebote und greift die heutige Fort- und Weiterbildungsstruktur auf.

Im Bereich der Pflege wurde durch das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371) klargestellt, dass verschiedene Ausbildungswege zu einer eigenverantwortlichen Tätigkeit berechtigen können. Nach § 15a Absatz 1 SGB V können Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen eigenverantwortlich erbringen, wenn sie über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen verfügen:

- aufgrund ihrer vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung,
- aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder
- aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wurde.

Für die Physiotherapie ist derselbe Weg zu eröffnen. Die Heilkundebefugnis muss neben dem Studium auch über eine staatlich geprüfte Nachqualifizierung erreichbar sein (§§ 2a bis 2c neu).

Eine Nachqualifizierung ist im vorliegenden Referentenentwurf nur für Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge vorgesehen. Die für den Erwerb der erforderlichen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen notwendigen Stundenumfänge der Nachqualifizierung sind hierfür bislang im Referentenentwurf zum Berufsgesetz nicht festgelegt. Eine Regelung zur Nachqualifizierung für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten mit einer Erlaubnis nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG von 1994 ist im Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau (Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetz – HiB) für Modellvorhaben mit 900 Stunden und 5 Jahren Berufserfahrung vorgesehen. Eine erkennbare Harmonisierung der im Entwurf des Berufsgesetzes und im Gesetzentwurf HiB beschriebenen heilkundlichen Erlaubnistatbestände fehlt gänzlich. Die sich daraus ergebenden unterschiedlichen Qualifikationsanforderungen und die fehlende Abstimmung der Inkrafttretens- und Übergangsvorschriften werfen zumindest Fragen der Normenklarheit auf. Daher fordern VPT und IFK im Sinne der Normenklarheit, dass die Regelungen zur Erteilung der Heilkundebefugnis für alle Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten unmittelbar im neuen Berufsgesetz der Physiotherapie verankert werden.

Für eine Nachqualifizierung sind aus Sicht von VPT und IFK folgende Inhalte und Umfänge (s. Tabelle) für den Kompetenzerwerb zur eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen notwendig. Diese sind im neuen Gesetz zur Reform der Berufe in der Physiotherapie zu verankern und in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nach § 98 Absatz 1 Nummer 8 genauer zu definieren und zu regeln. Ein Gesamtumfang der Nachqualifizierung von 200 UE ist für den Kompetenzerwerb zur Durchführung heilkundlicher Maßnahmen angemessen.

Modul	Umfang (1 UE= 45 min)	Kerninhalte	Bemerkungen
		Kompetenzformulierung	
Screening for Medical Disease Differentialdiagnose & Clinical Reasoning	80	Prozess-Kenntnis von differentialdiagnostischem Vorgehen; Flaggensystem; Mustererkennung primär physiotherapeutisch behandelbarer Erkrankungen; Differenzialdiagnostik in den einzelnen Fachgebieten	Die eigenverantwortliche Durchführung des Screenings erfordert die nachgewiesene Kompetenz zur Differenzierung zwischen physiotherapeutischen Indikationen und ärztlich abklärungsbedürftigen Gesundheitszuständen, um die Patientensicherheit und die Grenzen des eigenen Kompetenzbereichs zu gewährleisten.
		Physiotherapeutischen Behandlungsbedarf im Sinne des Clinical Reasoning; Prozesse einleiten und durchführen (Bedarf erkennen und erheben, Ziele festlegen, Interventionen planen, situationsgerecht durchführen und kriterienorientiert evaluieren) Physiotherapeutisches Handeln an therapierelevanten wissenschaftlichen Erkenntnissen ausrichten Notfallsituationen erkennen, Maßnahmen sachgerecht einleiten und durchführen Sie führen die physiotherapeutischen Denk-, Entscheidungs-, Handlungs- und Evaluationsprozesse in eigener Verantwortung interaktiv und personenzentriert durch und koordinieren sie	
Management und Intervention	40	Triage-Fähigkeiten und beratende Fähigkeiten, Behandlungsende, evidenzbasierte Praxis	Verweisen und Überweisen von Patienten an geeignete Stellen im Gesundheitswesen, Beratung zu Umgang mit Erkrankungen, bei welchen keine Intervention erfolgen muss, Kompetenzen zur Feststellung eines Behandlungsendes, neue Standards aus Leitlinien oder anderen Quellen ableiten können
		Kennen und Verstehen von Abläufen und Organisationsprozessen a. in ambulanten und stationären Einrichtungen b. in niedergelassenen Praxen c. in weiteren Institutionen Fachlich die Verantwortung für den physiotherapeutischen Prozess von zu behandelnden Personen aller Altersgruppen zu übernehmen und die physiotherapeutische Versorgung zu koordinieren;	

		Sie arbeiten respektvoll, lösungsorientiert und gleichberechtigt mit Berufsangehörigen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen zusammen, mit dem Ziel einer optimalen Koordination und Versorgung von PatientInnen/KlientInnen. Sie verantworten den physiotherapiespezifischen Versorgungsprozess und stellen dabei fließende Übergänge in den definierten Behandlungsketten sicher.	
Kommunikation und Dokumentation	40	Kommunikative Fähigkeiten für den Direktzugang, Kooperation mit anderen Berufen der Gesundheitsversorgung, rechtssichere Dokumentation erhobener Befunde	Fähigkeiten zur umsichtigen und professionellen Kommunikation, erhöhte Sorgfaltspflichten gehen auch mit besonderen Anforderungen in der rechtssicheren Dokumentation einher
		Schulen, anleiten und beraten - Kommunikation professionell gestalten Mit Angehörigen der eigenen Berufsgruppe und anderer Berufsgruppen ziel- und prozessorientiert zusammenarbeiten Sie können das eigene Handeln aussagekräftig darstellen und nachvollziehbar dokumentieren; Sie kommunizieren mündlich und schriftlich adressatengerecht, so dass Patientinnen und Patienten und ihre Bezugspersonen sowie beteiligte Fachpersonen die klinische Argumentation, die physiotherapeutischen Entscheidungen und die Resultate der Interventionen verstehen und nachvollziehen können.	
Berufsethik	20	Einführung Ethik, ethisches Reasoning, berufliche Pflichten im Erstkontakt	Berufsautonomie geht mit mehr Rechten, aber auch mit mehr Pflichten einher, Verständnis für die Notwendigkeit des lebenslangen Lernens
		Ihre Verantwortung gegenüber Individuum, Gesellschaft und Umwelt wahrzunehmen und dabei anerkannte ethische Prinzipien zu beachten; Die eigenen Stärken und Schwächen zu erkennen und die Grenzen ihrer Tätigkeit zu respektieren; Das Selbstbestimmungsrecht der zu behandelnden Personen zu wahren Zu den zu behandelnden Personen und zu deren Angehörigen eine professionelle und den Umständen angemessene Beziehung aufzubauen. Sie beachten die rechtlichen, politischen und ökonomischen Gegebenheiten in der Physiotherapie und setzen sich für eine sorgfältige Verwendung von personellen, finanziellen und ökologischen Ressourcen ein.	
Recht	20	Rechtliche Vorgaben für das Arbeiten im Erstkontakt	Kenntnis und sichere Beherrschung der rechtlichen Vorgaben
		Sie kennen die gesetzlichen Grundlagen des deutschen Systems der sozialen Sicherheit und des Gesundheitswesens und können diese Kenntnisse in der beruflichen Tätigkeit umsetzen;	
SUMME	**200**		

Kompetenzen aus den Weiterbildungen in der Manuellen Therapie und in der Krankengymnastik bei Erkrankungen des Zentralen Nervensystems sowie die fortschrittlich weiterentwickelten Rahmenlehrpläne verschiedener Bundesländer enthalten bereits heute wesentliche Anteile der Befunderhebung und der klinischen Entscheidungsfindung. Daneben können berufsfachschulisch ausgebildete Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten bereits heute ebenso wie hochschulisch ausgebildete Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten auf Grundlage einer sektoralen Heilpraktikererlaubnis eigenverantwortlich heilkundlich auf dem Gebiet der Physiotherapie tätig werden (BVerwG, Urteil vom 26.08.2009 - 3 C 19.08). Die erlangten Kompetenzen sind daher (teilweise) anzurechnen.

Die Befugnis nach Nachqualifizierung ist nicht mit dem akademischen Grad zu verbinden. Der Bestandsschutz der heutigen Berufsangehörigen muss neben der Erlaubnis die bestehende Abrechnungsfähigkeit und den Zugang zum Direktzugang über die Nachqualifizierung umfassen.

VPT und IFK fordern, die Nachqualifizierung zur Heilkundebefugnis allen Berufsangehörigen zu eröffnen und sie mit dem Gesetz zum 1. Januar 2028 in Kraft zu setzen.

c) Änderungsvorschlag

1. Nach § 2 werden die folgenden §§ 2a bis 2c eingefügt:

   „§ 2a Eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen nach Nachqualifizierung

   (1) Wer über die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1 Nummer 1 oder über eine Erlaubnis nach § 101 Absatz 1 oder 2 verfügt und die staatliche Prüfung nach § 2c bestanden hat, darf heilkundliche Maßnahmen in dem in § 2 bestimmten Umfang eigenverantwortlich durchführen. An die Stelle des Studiums nach § 2 Nummer 1 tritt die Nachqualifizierung nach § 2b.

   (2) Die zuständige Behörde stellt über die Berechtigung nach Absatz 1 eine Urkunde aus. Die Berechtigung nach Absatz 1 berechtigt nicht zum Führen einer Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1 Nummer 2.

   § 2b Nachqualifizierung

   (1) Personen nach § 2a Absatz 1 ist der Erwerb der Kompetenzen, die für die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen nach § 2 erforderlich sind, durch eine berufsbegleitende und modular aufgebaute Nachqualifizierung zu ermöglichen.

   (2) Die Nachqualifizierung wird angeboten von 1. staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen, 2. Schulen nach § 13 und 3. Weiterbildungseinrichtungen, die von der zuständigen Behörde für die Durchführung der Nachqualifizierung anerkannt sind. Die Anerkennung nach Satz 1 Nummer 3 setzt voraus, dass die Einrichtung die in der Rechtsverordnung nach § 98 Absatz 1 Nummer 8 festgelegten Anforderungen an das Curriculum, an die Qualifikation der Lehrenden sowie an Räume und Ausstattung erfüllt.

   (3) Kompetenzen aus abgeschlossenen Weiterbildungen in der Manuellen Therapie und in der Krankengymnastik bei Erkrankungen des Zentralen Nervensystems, Kenntnisse, die in einer Überprüfung für eine auf das Gebiet der Physiotherapie beschränkte Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 des Heilpraktikergesetzes nachgewiesen werden sowie Inhalte einer berufsfachschulischen oder hochschulischen Ausbildung, die über die Mindestanforderungen nach § 7 hinausgehen, sind auf Antrag teilweise auf die

Nachqualifizierung anzurechnen, soweit sie deren Inhalten nach Inhalt und Niveau gleichwertig sind. Für Personen, die eine hochschulische Ausbildung nach § 9 Absatz 1 Satz 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes in der bis zum 31. Dezember 2027 geltenden Fassung abgeschlossen haben, sind die im Studium erworbenen gleichwertigen Kompetenzen anzurechnen. Berufserfahrung allein begründet keine Anrechnung.

§ 2c Staatliche Prüfung zur Nachqualifizierung

(1) Die Nachqualifizierung schließt mit einer staatlichen Prüfung ab. Mit ihr wird festgestellt, ob die Person die Kompetenzen nach § 37 erworben hat, soweit diese für die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen nach § 2 erforderlich sind.

(2) Die Prüfung wird vor einem staatlichen Prüfungsausschuss abgelegt, der bei der zuständigen Behörde gebildet wird. Dem Prüfungsausschuss gehören mindestens 1. eine Vertreterin oder ein Vertreter der zuständigen Behörde als vorsitzendes Mitglied, 2. eine an einer Hochschule in der Physiotherapie lehrende Person und 3. eine Physiotherapeutin, ein Physiotherapeut oder eine Fachperson für Physiotherapie mit einem Hochschulabschluss mindestens auf Masterniveau an. Die Prüfung wird unabhängig von der Einrichtung, bei der die Nachqualifizierung absolviert wurde, nach einheitlichen Maßstäben durchgeführt."

2. § 40 Absatz 2 wird aufgehoben.

3. Dem § 98 Absatz 1 wird folgende Nummer 8 angefügt:

   „8. das Nähere über die Nachqualifizierung nach § 2b und die staatliche Prüfung nach § 2c, insbesondere den Mindestumfang und die Inhalte der Nachqualifizierung, die Anforderungen an die Anerkennung von Weiterbildungseinrichtungen, den Umfang der Anrechnung nach § 2b Absatz 3 sowie die Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse und das Prüfungsverfahren."

4. Die §§ 2a bis 2c treten nach Artikel 8 Absatz 1 am 1. Januar 2028 in Kraft. Für die Rechtsverordnung nach § 98 Absatz 1 Nummer 8 gilt die unter II.10 vorgeschlagene Frist.

2. Direktzugang in der gesetzlichen Krankenversicherung (Artikel 6 – SGB V)

a) Regelung im Entwurf

Das Vorblatt stellt in Aussicht, die Heilkundebefugnis könne „perspektivisch auch eine Heilmittelversorgung in der Physiotherapie im Direktzugang und Weiterentwicklungen im akademischen Bereich, insbesondere die Entwicklung weiterführender Masterstudiengänge, ermöglichen" (S. 2). Die Begründung wiederholt: „Diese kann perspektivisch zu einer Heilmittelerbringung in der Physiotherapie im Direktzugang führen." (S. 108). Nach der Begründung zu § 2 bedeutet die Befugnis, dass Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten B. Sc. „ohne vorherige ärztlich oder zahnärztlich festgestellte Diagnose […] heilkundliche Maßnahmen in diesem Bereich durchführen" dürfen (S. 170 f.).

Artikel 6 (S. 104) beschränkt sich auf die Refinanzierung der Ausbildungskosten (§ 125 Absatz 2b SGB V). Eine leistungsrechtliche Regelung enthält der Entwurf nicht. Die Versorgung der Versicherten mit Physiotherapie setzt weiterhin eine vertragsärztliche Verordnung voraus (§ 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7, § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V). Die in der Begründung beschriebene Evaluation erfasst den Direktzugang nicht (S. 168 f.).

b) Bewertung von VPT und IFK

Befugnis ist nicht Direktzugang. Der Entwurf regelt die Befugnis im Berufsrecht, die leistungsrechtliche Umsetzung im SGB V fehlt. Solange das SGB V unverändert bleibt, ist die Befugnis für die Versorgung der gesetzlich Versicherten ohne Wirkung. Der Entwurf bezeichnet die Heilkundebefugnis als zentrales Element der Teilakademisierung (S. 108), verschiebt ihre leistungsrechtliche Umsetzung aber in eine unbestimmte Zukunft und macht sie nicht einmal zum Gegenstand der Evaluation.

Der Direktzugang ist ein Beitrag zur Versorgungssicherheit. Er verkürzt Behandlungswege, entlastet die vertragsärztliche Versorgung von reinen Verordnungskontakten und gehört in die geplante Neuordnung der Primärversorgung. Internationale Erfahrungen aus Ländern mit Direktzugang, u.a. Großbritannien, Schweden und Kanada, zeigen, dass er ohne Qualitätsverlust umsetzbar ist. Die ärztliche Steuerung bleibt bei komplexen, multimorbiden und chronischen Krankheitsbildern erhalten. VPT und IFK schlagen vor, den Direktzugang bei Erkrankungen mit kurzfristigem Behandlungsbedarf des muskulo-skelettalen Bereichs einzusetzen.

Die flächendeckende Umsetzung des Direktzugangs für Erkrankungen mit definiertem Behandlungsbedarf aus dem muskulo-skelettalen Bereich darf nicht künstlich in Konkurrenz zu einer dringend notwendigen Akademisierung gestellt werden. Für eine flächendeckende Versorgung muss der Direktzugang zugleich allen Berufsangehörigen offenstehen, die die Kompetenzen nach § 2 durch Studium oder Nachqualifizierung nachgewiesen haben (II.1).

Regelungen zur Wirtschaftlichkeit der Versorgung sind z. B. über eine Mengenbegrenzung in den Verträgen nach § 125 Absatz 1 SGB V zu vereinbaren.

Vorrangig schlagen VPT und IFK vor, den Anspruch unmittelbar im SGB V zu verankern und die Ausgestaltung den Vertragspartnern nach § 125 SGB V mit Frist zu übertragen (Variante 1). Alternativ ist mindestens ein fristgebundener Regelungsauftrag an die Vertragspartner erforderlich sowie ein Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, die Heilmittel-Richtlinie nach § 92 SGB V entsprechend anzupassen (Variante 2).

VPT und IFK fordern, den Direktzugang im SGB V zu verankern und seine Ausgestaltung bis zum 31. Dezember 2028 verbindlich zu regeln.

c) Änderungsvorschlag

Variante 1 (vorrangig): Artikel 6 wird wie folgt ergänzt:

1. § 32 Absatz 1c SGB V wird wie folgt gefasst:

   „(1c) Versicherte können Leistungen der Physiotherapie bei Erkrankungen mit definiertem Behandlungsbedarf des muskulo-skelettalen Bereichs auch ohne vertragsärztliche Verordnung in Anspruch nehmen, wenn die Leistungen von Personen erbracht werden, die nach § 2 oder § 2a des Physiotherapeutengesetzes zur eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen berechtigt und selbst nach § 124 Absatz 1 zugelassen oder bei einem nach § 124 Absatz 1 zugelassenen Leistungserbringer tätig sind. Diese Personen bestimmen auf der Grundlage eines Screenings, der eigenen Anamnese und Diagnostik über die Erforderlichkeit, die Auswahl und die Dauer der Behandlung sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten. Ergeben sich Hinweise auf Kontraindikationen oder auf eine Erkrankung, die einer ärztlichen Abklärung bedarf, ist die versicherte Person unverzüglich an eine Ärztin oder einen Arzt zu verweisen. Der Anspruch besteht nach Maßgabe der Verträge nach § 125 Absatz 2c.“

2. In § 125 SGB V wird nach Absatz 2b folgender Absatz 2c eingefügt:

„(2c) In den Verträgen nach Absatz 1 ist bis zum 31. Dezember 2028 das Nähere zur Versorgung nach § 32 Absatz 1c zu regeln, insbesondere 1. die erfassten Indikationen, 2. die Anforderungen an die Dokumentation von Anamnese, Diagnostik und Behandlung, 3. die Information der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes und das Verfahren der Verweisung nach § 32 Absatz 1c Satz 3, 4. die Vergütung einschließlich der physiotherapeutischen Erstuntersuchung, Zwischenuntersuchung und anfallender Mehraufwände sowie 5. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Kommt eine Vereinbarung nicht oder nicht vollständig bis zum 31. Dezember 2028 zustande, setzt die Schiedsstelle nach Absatz 6 die Vertragsinhalte innerhalb von drei Monaten fest. Der Gemeinsame Bundesausschuss passt die Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Dezember 2028 an, soweit dies für die Versorgung nach § 32 Absatz 1c erforderlich ist.“

Variante 2 (alternativ): In § 125 SGB V wird nach Absatz 2b folgender Absatz 2c eingefügt:

„(2c) Die Vertragspartner nach Absatz 1 regeln bis zum 31. Dezember 2028 in den Verträgen nach Absatz 1 die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie ohne vertragsärztliche Verordnung durch Personen, die nach § 2 oder § 2a des Physiotherapeutengesetzes zur eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen berechtigt sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss passt die Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum selben Zeitpunkt an. Kommt eine Vereinbarung nicht oder nicht vollständig bis zum 31. Dezember 2028 zustande, setzt die Schiedsstelle nach Absatz 6 die Vertragsinhalte innerhalb von drei Monaten fest.“

3. Ausbildungsziel der berufsfachschulischen Ausbildung (§ 7; Artikel 2 § 6)

a) Regelung im Entwurf

Nach § 7 Absatz 2 Nummer 1 (S. 16) sind die berufsfachschulisch Auszubildenden zu befähigen, „physiotherapeutische Behandlungsprozesse sowie Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu planen und durchzuführen und hierbei aufgrund einer ärztlich oder zahnärztlich festgestellten Diagnose und der Indikation für eine physiotherapeutische Behandlung insbesondere selbst über die Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten zu bestimmen“. Wissenschaftliche Erkenntnisse erscheinen in § 7 Absatz 1 Satz 2 als Grundlage der Kompetenzvermittlung (S. 16); eine Kompetenz, wissenschaftliche Erkenntnisse zu erschließen und zu bewerten, nennt § 7 anders als § 37 Absatz 2 Nummer 4 nicht. § 7 Absatz 3 nennt unter anderem „das Erkennen von Notfällen und das Einleiten der erforderlichen Maßnahmen“ (Nummer 5), „die medizinische Fachexpertise für die durchzuführenden Maßnahmen“ (Nummer 7) und „die Berücksichtigung von Aspekten der Patientensicherheit“ (Nummer 11) (S. 16 f.).

Für das Studium heißt es demgegenüber, die Studierenden seien zu befähigen, Behandlungsprozesse „zu planen, zu steuern, zu gestalten und durchzuführen“ (§ 37 Absatz 2 Nummer 1, S. 29), „die Grenzen der eigenen Kompetenzen, insbesondere absolute und relative Kontraindikationen für eine physiotherapeutische Behandlung, zu erkennen und zu beachten“ (§ 37 Absatz 2 Nummer 3, S. 30) und „sich physiotherapiewissenschaftliche Erkenntnisse auf neuestem Forschungsstand zu erschließen“ (§ 37 Absatz 2 Nummer 4, S. 30).

Die Begründung sichert zu, dass der berufsfachschulische Beruf „auch künftig mindestens dieselben Aufgaben in der Versorgung abdeckt, die die Physiotherapeutin oder der Physiotherapeut nach bisheriger Ausbildung ausgefüllt hat“ (S. 107; ebenso S. 2, S. 169), kündigt zugleich eine „klare Differenzierung“ der Ausbildungsziele an (S. 107) und schreibt den berufsfachschulisch Qualifizierten „ein hohes Maß an Planungs-, Durchführungs- und

Nachbereitungsverantwortung sowie Autonomie“ zu (S. 114). Zu § 7 Absatz 2 führt sie aus, die Auszubildenden seien zu befähigen, über Auswahl, Dauer und Frequenz „zu bestimmen und dies bei Bedarf anzupassen“ (S. 174). Zu § 37 stellt sie fest: „Die in Nummer 1 genannten Kompetenzen beinhalten die in § 7 Absatz 2 Nummer 1 beschriebenen Kompetenzen.“ (S. 192). Für die Medizinische Massagetherapie folgt Artikel 2 § 6 Absatz 2 Nummer 1 demselben Muster („zu planen und durchzuführen“, S. 69).

b) Bewertung von VPT und IFK

VPT und IFK begrüßen die kompetenzorientierte Fassung der Ausbildungsziele.

Der Entwurf verspricht, dass der berufsfachschulische Beruf mindestens dieselben Aufgaben abdeckt wie heute. Das Ausbildungsziel löst dieses Versprechen nicht ein. Wesentliche Kompetenzen nennt der Entwurf nur in § 37 für das Studium, nicht aber in § 7 für die Berufsfachschule: Die Fähigkeit, auf Grundlage einer fundierten Patientenanamnese und Diagnostik eigenverantwortlich Entscheidungen über die physiotherapeutische Behandlung zu treffen sowie die Grenzen der eigenen Kompetenzen und insbesondere absolute und relative Kontraindikationen zu erkennen und zu berücksichtigen, stellt eine unverzichtbare Voraussetzung für eine sichere Patientenversorgung dar. Damit fehlen Anamnese und Diagnostik, die Steuerung des Behandlungsprozesses, das Erkennen von Kontraindikationen und klinischen Warnhinweisen, die Anpassung der Therapie sowie wissenschaftliche Kompetenzen. Allgemeine Formulierungen wie die medizinische Fachexpertise oder die Berücksichtigung der Patientensicherheit ersetzen die ausdrückliche Benennung nicht, zumal § 37 vergleichbare Formulierungen enthält und die Kontraindikationen zusätzlich ausdrücklich nennt.

Kompetenzen hinsichtlich eigenverantwortlicher Entscheidungen über die physiotherapeutische Behandlung sind keine Besonderheit eines akademischen Qualifikationsniveaus, sondern tägliche Versorgungspraxis. Wer auf ärztliche Verordnung unspezifischen Rückenschmerz behandelt, muss eine Fraktur- oder Infektions-Symptomatik erkennen. Wer nach einem Gelenkersatz mobilisiert, muss Zeichen einer akuten Entzündung und/oder Infektion erkennen, die Narbenentwicklung beurteilen können und darauf aufbauend die Behandlung anpassen oder abbrechen. Die Begründung räumt selbst ein, dass Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten bereits nach geltendem Recht für Behandlungsfehler nach Behandlungsvertrags- und Deliktsrecht haften (S. 171). Nach § 630a Absatz 2 BGB schulden sie eine Behandlung nach den allgemein anerkannten fachlichen Standards. Ein Ausbildungsziel, das die hierfür erforderlichen Kompetenzen nicht benennt, bleibt hinter der rechtlichen Verantwortung der Berufsangehörigen zurück.

Die Länder sind weiter als der Entwurf. Der Rahmenlehrplan Rheinland-Pfalz verlangt beispielsweise, „Kontraindikationen und Grenzen der Physiotherapie“ zu kennen und „akute Warnzeichen in der Therapie“ zu erkennen und zu berücksichtigen (Modul 3, Rahmenlehrplan Physiotherapie Rheinland-Pfalz). Die bayerischen Lehrplanrichtlinien sehen beispielsweise das „Erfassen und Bewerten von Red flags und Yellow flags“ sowie 60 Stunden „Wissenschaftliche Grundlagen“ vor (S. 18, S. 38). Ein bundeseinheitliches Ausbildungsziel, das hinter bestehenden Landesstandards zurückbleibt, widerspricht dem Anspruch des Entwurfs auf „stärker wissenschaftlich ausgerichtete, auf evidenzbasierten Konzepten basierende“ Ausbildungen (S. 106) und auf Qualitätssteigerung (S. 109).

Seit dem 1. November 2024 entscheiden Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in der Versorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a SGB V auf Grundlage der ärztlichen Diagnose selbst über Auswahl, Menge und Frequenz der Heilmittel. Diese Versorgungsform und die Leistungsbeschreibungen der Verträge nach § 125 Absatz 1 SGB V setzen voraus, dass Therapeutinnen und Therapeuten die physiotherapeutische Diagnostik durchführen, die Behandlung darauf aufbauend steuern und anpassen und Gegenanzeigen

erkennen. Das Ausbildungsziel muss diese Kompetenzen abbilden, damit künftige Absolventinnen und Absolventen das heutige Niveau mindestens halten und die erweiterte Versorgungsverantwortung mit den zukünftigen Absolventinnen und Absolventen weiter ausgebaut werden kann.

Die Begründung zu § 7 sieht die Anpassung der Therapie bereits vor (S. 174); der Normtext ist entsprechend zu fassen. Die Unterscheidung zwischen den Ausbildungswegen ist an der Heilkundebefugnis auszurichten, also an eigenständiger Diagnostik und Indikationsstellung ohne ärztliche Diagnose, nicht an den Grundkompetenzen der Berufsausübung. Planung und Steuerung werden zwar häufig dem DQR-Niveau 6 zugeordnet, und die Begründung zu § 37 greift diese Terminologie auf (S. 193). Teile der berufsfachschulischen Ausbildung befinden sich bereits auf diesem Niveau, so rechnen Hochschulen Fächer der berufsfachschulischen Ausbildung bereits heute mit ECTS-Punkten an. Maßgeblich ist jedoch, dass diese Tätigkeiten heute Teil der Versorgung sind. Eine Spaltung bei den Grundkompetenzen würde einen Beruf abwerten, der die Versorgung auch künftig zum weit überwiegenden Teil trägt.

Zudem fehlt in § 7 durchgängig die Eigenverantwortung, die § 37 für das Studium mehrfach ausdrücklich nennt (§ 37 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1 und 3). Eigenverantwortlich handeln Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten jedoch bereits heute: Sie haften nach geltendem Recht für ihre Behandlung (S. 171) und entscheiden in der Versorgung nach § 125a SGB V auf Grundlage der ärztlichen Diagnose selbst über Auswahl, Dauer und Frequenz der Therapie. Soweit Kompetenzen nicht an die Heilkundebefugnis gebunden sind, müssen sie in der Berufsfachschule auf demselben Niveau vermittelt werden wie im Studium, insbesondere bei der Planung und Steuerung des Behandlungsprozesses, beim Erkennen von Kontraindikationen und Warnzeichen sowie bei der Umsetzung von Hygiene-, Sicherheits- und Qualitätskonzepten. Die im Gesetzentwurf vorgenommene Differenzierung zwischen der eigenständigen “Entwicklung” (§ 37 Absatz 3 Nummer 8 bis 10) für hochschulisch ausgebildete Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und einer bloßen “Mitwirkung an der Entwicklung” (§ 7 Absatz 3 Nummer 8 bis 10) entspricht in keiner Weise den bestehenden Strukturen in den ambulanten und auch stationären Versorgungsstrukturen. Für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten mit Leitungsfunktion wie z. B. Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber oder fachliche Leitungen gibt es keinen vorgeschriebenen akademischen Ausbildungsweg. Demzufolge muss auch eine fachschulisch ausgebildete Therapeutin bzw. ein fachschulisch ausgebildeter Therapeut rechtlich und fachlich zwingend in der Lage sein, entsprechende Konzepte und (operative) Lösungen eigenverantwortlich zu entwickeln. Die pauschale Formulierung einer Mitwirkung wird der Realität moderner Praxisstrukturen nicht gerecht, in denen die eigenverantwortliche (Weiter-) Entwicklung und Steuerung im Rahmen des Praxismanagements eine unteilbare, tägliche Kernaufgabe - unabhängig vom absolvierten Ausbildungsweg - darstellt.

Ähnlich praxisfern ist die Differenzierung der digitalen Kompetenzen. Fachschulischen Absolventinnen und Absolventen werden ein „grundlegendes Verständnis“ und „Fachexpertise“ zugeschrieben (§ 7 Abs. 3 Nr. 6), dem hochschulischen Weg ein „umfassendes Verständnis“ und eine „erweiterte Fachexpertise“ (§ 37 Abs. 3 Nr. 6). Das Handlungsziel ist jedoch wortgleich: das Bedienen und Nutzen behandlungsrelevanter Hard- und Software. In der Praxis müssen alle Therapeutinnen und Therapeuten, auch als Praxisinhaber oder fachliche Leitung, dieselbe digitale Infrastruktur sicher beherrschen. Beim Einsatz von Medizintechnik betrifft dies unmittelbar die Patientensicherheit. Hier darf es keine abgestuften Qualitätsniveaus geben: Jede Behandlung auf ärztliche Verordnung muss unabhängig vom Ausbildungsweg dasselbe hohe Sicherheits- und Qualitätsniveau erfüllen.

Eine Trennung der Kompetenzprofile beider Ausbildungswege ist ausschließlich dort sachlich gerechtfertigt, wo eine fundierte wissenschaftliche Methodenkompetenz erforderlich ist. Der Referentenentwurf führt in § 7 Absatz 3 und § 37 Absatz 3 jeweils unter den Nummern 8 bis 10

zwei unterschiedliche Ebenen zusammen – die betriebliche bzw. organisatorische Ebene des Praxisbetriebs und die wissenschaftlich-methodische Ebene der Forschung und Evidenzgenerierung. Hierzu zählt insbesondere die Entwicklung übergeordneter Leitlinien und Expertenstandards. In Bezug hierauf wird im vorliegenden Entwurf zu Recht zwischen „Mitwirkung" und eigenständiger „Entwicklung" differenziert. Die Befähigung, internationale Studien systematisch zu evaluieren, Evidenzklassen zu analysieren und daraus klinische Handlungsempfehlungen abzuleiten, erfordert tiefgreifende wissenschaftliche Methodenkompetenz, wie sie exklusiv im hochschulischen Studium vermittelt wird. Die betriebsorganisatorischen Aufgaben des alltäglichen Praxismanagements müssen von der wissenschaftlichen Differenzierung jedoch unberührt bleiben und in beiden Ausbildungswegen gleichwertig verankert werden.

Neben der Kritik an der Trennung der Kompetenzprofile ist ein Weiterentwicklungsbedarf hinsichtlich der Beschreibung der Kompetenzen identifiziert worden. Nach Durchsicht der geplanten Kompetenzen in § 7 Absatz 3 und § 37 Absatz 3 sollte das Thema Beratung in beiden Kompetenzprofilen aufgegriffen und ergänzt werden. Die beratende Tätigkeit ist ein Kompetenzfeld, welches Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten täglich in ihrer Arbeit am Patienten anwenden. Sie beraten in Bezug auf das Krankheitsbild und der damit verbundenen Handlungsempfehlungen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren sowie Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs).

Zusammenfassend zeigt der direkte Vergleich der §§ 7 und 37, dass die hier vorgenommenen künstlichen Kompetenzabstufungen de facto das rechtliche Fundament für das im vorherigen Abschnitt beschriebene Zwei-Klassen-System in der Berufspraxis legen. Eine solche gesetzlich verankerte Spaltung von Kernkompetenzen, die in der Versorgungsrealität untrennbar zusammengehören, gilt es zum Schutz einer gleichwertig hohen Behandlungsqualität und Patientensicherheit unbedingt zu verhindern.
Eine klare Differenzierung der Kompetenzprofile von berufsfachschulisch und hochschulisch ausgebildeten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten ist ohne entsprechende Durchlässigkeit zwischen den Qualifikationswegen nicht zielführend und wird insbesondere den Arbeitsprozessen in den ambulanten Praxen nicht im Ansatz gerecht.

VPT und IFK fordern, das Ausbildungsziel um physiotherapeutische Befunderhebung und Diagnostik, Eigenverantwortung, Steuerung, Kontraindikationen und wissenschaftliche Kompetenzen zu ergänzen; die übergreifenden Kompetenzen zu digitalen Technologien sowie zum Hygiene-, Sicherheits-, Qualitäts- und Risikomanagement an das Studium anzugleichen und die Beratung in beiden Ausbildungswegen zu verankern.

c) Änderungsvorschlag

1. § 7 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

   „(2) Die beruflich Auszubildenden in der Physiotherapie nach diesem Gesetz sind zu befähigen, 1. auf der Grundlage einer ärztlich oder zahnärztlich festgestellten Diagnose, der Indikation für eine physiotherapeutische Behandlung und eines eigenen physiotherapeutischen Befundes physiotherapeutische Behandlungsprozesse sowie Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung eigenverantwortlich zu planen, zu steuern, durchzuführen, zu evaluieren und bei Bedarf anzupassen und hierbei insbesondere selbst über die Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten zu bestimmen, 2. absolute und relative Kontraindikationen für eine physiotherapeutische Behandlung sowie Warnzeichen für eine Erkrankung, die einer ärztlichen Abklärung bedarf, zu erkennen, die Behandlung in diesen Fällen nicht

aufzunehmen, zu unterbrechen oder anzupassen und die Patientin oder den Patienten an eine Ärztin oder einen Arzt zu verweisen, 3. physiotherapiewissenschaftliche Erkenntnisse und Leitlinien zu erschließen, kritisch zu bewerten und in das berufliche Handeln zu übertragen sowie 4. die Notwendigkeit ihrer fortlaufenden persönlichen und fachlichen Weiterentwicklung zu erkennen, lebenslanges Lernen als einen Prozess der eigenen beruflichen Biographie zu verstehen und berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe zu erkennen."

2. Artikel 2 § 6 Absatz 2 wird entsprechend gefasst. In Nummer 1 treten an die Stelle der physiotherapeutischen Behandlungsprozesse „massagetherapeutische, allgemeine bewegungstherapeutische und physikalisch-therapeutische Behandlungsprozesse".

3. In der Begründung zu § 7 ist klarzustellen, dass die Kompetenzen nach § 7 Absatz 2 die fachlichen Voraussetzungen für die Versorgung nach § 125a SGB V und für die Leistungserbringung nach den Verträgen nach § 125 Absatz 1 SGB V umfassen.

4. § 7 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

   a) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

   „6. ein umfassendes Verständnis für den Umgang mit digitalen Technologien und Softwareanwendungen, einschließlich der Anwendung von Informationstechnologien zur Identifikation von und zum Zugriff auf Informationen zur Erfassung, Verwaltung und Dokumentation von Patientinnen- und Patientendaten, sowie die erweiterte Fachexpertise für die Funktionsweise von Endgeräten, um für physiotherapeutische Behandlungen relevante Hard- und Software bedienen zu können,"

   b) In Nummer 8 werden die Wörter „die Mitwirkung an der Entwicklung und Umsetzung" durch die Wörter „die Entwicklung und Umsetzung" ersetzt.

   c) In Nummer 9 werden die Wörter „die Mitwirkung an der Entwicklung und teamorientierten Umsetzung" durch die Wörter „die Entwicklung und teamorientierte Umsetzung" ersetzt.

   d) Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

   „10. die Analyse, Evaluation, Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität des eigenen beruflichen Handelns, die Entwicklung von Qualitätsmanagement- und Risikomanagementkonzepten sowie die Mitwirkung an der Entwicklung von Leitlinien und Expertenstandards,"

   e) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 4 eingefügt; die bisherigen Nummern 4 bis 12 werden die Nummern 5 bis 13:

   „4. die Beratung von Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen zum Krankheitsbild und zu den damit verbundenen Handlungsempfehlungen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren und der Aktivitäten des täglichen Lebens,"

5. In § 37 Absatz 3 wird nach Nummer 3 folgende Nummer 4 eingefügt; die bisherigen Nummern 4 bis 12 werden die Nummern 5 bis 13:

   „4. die Beratung von Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen zum Krankheitsbild und zu den damit verbundenen Handlungsempfehlungen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren und der Aktivitäten des täglichen Lebens,"

6. Artikel 2 § 6 Absatz 3 wird entsprechend Nummer 4 geändert.

7. In der Begründung zu § 7 Absatz 3 ist klarzustellen, worin sich die Ausbildungswege bei den übergreifenden Kompetenzen unterscheiden. Neben den an die Heilkundebefugnis gebundenen Kompetenzen (§ 37 Absatz 3 Nummer 7 in der Fassung des Entwurfs) ist das allein die wissenschaftlich-methodische Entwicklung von Leitlinien und Expertenstandards. Die Aufgaben der Praxisorganisation und Praxisleitung nehmen Berufsangehörige unabhängig vom Ausbildungsweg als Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber oder fachliche Leitungen wahr. Sie sind daher in beiden Ausbildungswegen gleichwertig zu vermitteln.

4. Integration der Zertifikatspositionen und Qualifikation der Lehrkräfte (§ 7, § 9 Absatz 4, § 13 Absatz 2, § 37, § 98; Artikel 6)

a) Regelung im Entwurf

Nach dem Vorblatt sollen „der gesonderte Erwerb von Qualifikationen, die erforderlich sind, um die sogenannten Zertifikatspositionen nach den Heilmittel-Richtlinien leistungsrechtlich erbringen zu können, entfallen und die dahingehenden Kompetenzen bereits in der Ausbildung vermittelt werden“ (S. 2; ebenso S. 107). Der Normtext des § 7 nennt die Zertifikatspositionen nicht. Die Begründung führt lediglich aus, die Kompetenzvermittlung umfasse „auch Kompetenzen, für die bislang gesonderte Qualifikationen erworben werden mussten“ (S. 173 f.; für das Studium S. 192).

§ 9 Absatz 4 (S. 17) bestimmt: „Die Ausbildung umfasst mindestens 4 600 Stunden. Davon entfallen mindestens 2 700 Stunden auf den theoretischen und praktischen Unterricht sowie mindestens 1 900 Stunden auf die praktische Ausbildung.“ Nach geltendem Recht sind es 2 900 Stunden Unterricht und 1 600 Stunden praktische Ausbildung. Die Begründung führt aus, mit der höheren Gesamtstundenzahl solle „die Qualitätssteigerung der neuen beruflichen Ausbildung […] in quantitativer Hinsicht sichergestellt werden“ (S. 176).

§ 13 Absatz 2 Nummer 2 (S. 19) verlangt „hauptberufliche Lehrkräfte, die fachlich im physiotherapeutischen Bereich qualifiziert sind und über eine abgeschlossene pädagogische Hochschulausbildung mindestens auf Bachelor- oder vergleichbarem Niveau verfügen“. Für Lehrkräfte, die am 31. Dezember 2027 rechtmäßig unterrichten, gelten die Mindestanforderungen als erfüllt (§ 106 Absatz 3, S. 61).

b) Bewertung von VPT und IFK

VPT und IFK begrüßen grundsätzlich die Idee der Integration von Zertifikatspositionen in die Ausbildung. Sie verkürzt den Weg zur vollen Abrechnungsfähigkeit und entlastet die Berufsangehörigen von Weiterbildungskosten.

Der Umfang der Integration bleibt im Referentenentwurf jedoch offen. Das Vorblatt kündigt an, dass der gesonderte Erwerb dieser Qualifikationen entfällt (S. 2); der Normtext regelt nicht, welche Zertifikatspositionen in welchem Umfang erfasst sind. Offen ist zudem, ob und ab wann Absolventinnen und Absolventen die Leistungen abrechnen können, denn die Abrechnungsvoraussetzungen regeln die Verträge nach § 125 SGB V. Ohne eine leistungsrechtliche Folgeregelung läuft das zentrale Versprechen der Integration ins Leere.

Die Manuelle Lymphdrainage einschließlich der Komplexen Physikalischen Entstauungstherapie und die gerätegestützte Krankengymnastik sind vollständig zu integrieren. Dadurch würde einer Verzögerung des Einstiegs in die umfassende Patientenversorgung entgegengewirkt. Die Manuelle Therapie und die Krankengymnastik zur Behandlung bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems sind in ihren Grundlagen zu integrieren, eine vollständige Integration, wie sie das

Vorblatt nahelegt, ist für diese Positionen nicht realistisch und nicht sachgerecht. Das Erlernen und die Anwendung der Manuellen Therapie (MT) und der Krankengymnastik bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems (KG-ZNS) setzen Erfahrung im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Beschwerdebildern sowie spezifische Fachkenntnisse voraus, die über die im Rahmen der grundständigen fachschulischen bzw. hochschulischen Ausbildung vermittelten Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen hinausgehen. Ihre Spezialisierung gehört nach angemessener Berufserfahrung in eine deutlich verkürzte Weiterbildung, die Ausbildungsinhalte sind auf die in der Anlage 7 (Weiterbildung) zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V angelegten Weiterbildungsinhalte anzurechnen. Der Stundenumfang und die notwendige Praxiserfahrung, bspw. bei der Behandlung von Kindern bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems, lassen sich auch im Interesse der Patientensicherheit nicht vollständig in die Erstausbildung aufnehmen. Die notwendige Handlungssicherheit setzt voraus, dass Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Anschluss an ihre Ausbildung zunächst praktische Erfahrungen im Umgang mit unterschiedlichen Patientinnen und Patienten sowie Beschwerdebildern sammeln, auf deren Grundlage eine fachliche Spezialisierung erfolgen kann. Darüber hinaus erfordert insbesondere das Erlernen manueller Behandlungstechniken neben theoretischen Kenntnissen und praktischen Fähigkeiten auch die Entwicklung entsprechender Fertigkeiten, die durch wiederholtes Üben und Anwenden gefestigt werden müssen. Hierfür ist es erforderlich, die vermittelten Inhalte zwischen den einzelnen Kursabschnitten in der beruflichen Praxis erproben und vertiefen zu können. Eine vollständige Integration der Zertifikatspositionen Manuelle Therapie und KG-ZNS (Erw. und Kinder) in die fachschulische oder hochschulische Ausbildung ist daher kritisch zu bewerten. Eine Teilintegration erscheint als sachgerechte Lösung.

Das Gesetz hat den Grundsatz festzulegen, die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung das Nähere. Der Entwurf senkt den Mindestumfang des theoretischen und praktischen Unterrichts in der fachschulischen Ausbildung um 200 Stunden, während zugleich Inhalte integriert werden sollen, die heute in Weiterbildungen von mehreren hundert Stunden vermittelt werden.

Bereits die vollständige Integration der Inhalte aus KPE und KG umfasst insgesamt 180 UE. Eine zusätzliche vollständige Integration der MT mit 260 UE sowie der KG-ZNS einschließlich der Inhalte zu pädiatrischen Behandlungsprinzipien mit 300 UE würde den erforderlichen zeitlichen Umfang erheblich erweitern.
Eine vollständige Integration aller vier Zertifikate mit einem Gesamtumfang von 740 UE ist innerhalb eines angemessenen Ausbildungsrahmens daher nicht realisierbar, ohne den Gesamtumfang der Berufsausbildung deutlich auszuweiten oder auf wesentliche Inhalte zu verzichten und somit die notwendige fachliche Tiefe zu gefährden.

Die Qualitätssteigerung leitet die Begründung allein aus der höheren Gesamtstundenzahl ab (S. 176). Die Integration darf nicht zu Lasten der übrigen Ausbildungsinhalte gehen.

Wer Zertifikatsinhalte vermittelt, muss die entsprechende inhaltliche und fachliche Qualifikation selbst besitzen. Für die heute tätigen Lehrkräfte ist Bestandsschutz zu gewähren; § 106 Absatz 3 ist hierfür der geeignete Anknüpfungspunkt. Das Nähere ist in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zu regeln.

VPT und IFK fordern, den Umfang der Integration gesetzlich festzulegen und die Abrechnungsfähigkeit bis zum 31. Dezember 2027 in den Verträgen nach § 125 SGB V abzusichern.

c) Änderungsvorschlag

1. Dem § 7 wird folgender Absatz 4 angefügt:

   „(4) Die Ausbildung vermittelt vollständig die Kompetenzen, die für die Erbringung der Manuellen Lymphdrainage einschließlich der Komplexen Physikalischen Entstauungstherapie und der gerätegestützten Krankengymnastik erforderlich sind. Sie vermittelt darüber hinaus grundlegende Kompetenzen der Manuellen Therapie und der Krankengymnastik zur Behandlung bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems, die auf eine weiterführende Qualifikation anzurechnen sind. Das Nähere, insbesondere den Umfang der Kompetenzvermittlung nach Satz 2, regelt die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nach § 98."

2. Dem § 37 wird folgender Absatz 4 angefügt: „(4) § 7 Absatz 4 gilt entsprechend; das Nähere regelt die Studien- und Prüfungsverordnung nach § 99." Dem Artikel 2 § 6 wird folgender Absatz 4 angefügt: „(4) Die Ausbildung vermittelt vollständig die Kompetenzen, die für die Erbringung der Manuellen Lymphdrainage einschließlich der Komplexen Physikalischen Entstauungstherapie erforderlich sind."

3. § 13 Absatz 2 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

   „2. hauptberufliche Lehrkräfte, die fachlich im physiotherapeutischen Bereich qualifiziert sind und über eine abgeschlossene pädagogische Hochschulausbildung mindestens auf Bachelor- oder vergleichbarem Niveau verfügen; Lehrkräfte, die Kompetenzen nach § 7 Absatz 4 vermitteln, müssen zusätzlich über die fachliche Qualifikation verfügen, die für die Erbringung der jeweiligen Leistungen nach den Verträgen nach § 125 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist,"

4. In § 98 Absatz 1 Nummer 1 werden nach den Wörtern „einschließlich der praktischen Ausbildung" die Wörter „, des Umfangs der Kompetenzvermittlung nach § 7 Absatz 4 und der fachlichen Anforderungen an die Lehrkräfte nach § 13 Absatz 2 Nummer 2" eingefügt.

5. In Artikel 6 wird in § 125 SGB V nach Absatz 2c folgender Absatz 2d eingefügt:

   „(2d) In den Verträgen nach Absatz 1 ist bis zum 31. Dezember 2027 zu regeln, dass Personen, die die Kompetenzen nach § 7 Absatz 4 Satz 1, auch in Verbindung mit § 37 Absatz 4, des Physiotherapeutengesetzes oder nach § 6 Absatz 4 des Medizinische Massagetherapeutengesetzes erworben haben, die fachlichen Voraussetzungen für die Abrechnung der entsprechenden Leistungen ohne weiteren Nachweis erfüllen. Für die Kompetenzen nach § 7 Absatz 4 Satz 2 des Physiotherapeutengesetzes ist die Anrechnung auf die weiterführende Qualifikation zu regeln."

5. Struktur des Studiums: dual, additiv und primärqualifizierend (§ 39 Absatz 3)

a) Regelung im Entwurf

§ 39 Absatz 3 (S. 31) bestimmt: „Das Studium ist ein duales Studium und besteht aus einem berufspraktischen Teil und einem hochschulischen Teil." Der Vertrag über die hochschulische Ausbildung „wird erst wirksam, wenn die studierende Person der verantwortlichen Praxiseinrichtung eine Studienplatzzusage einer Hochschule in Textform vorlegt" (§ 57, S. 38). Die Begründung hält fest: „Die Studierenden sind Teilnehmerinnen und Teilnehmer dualer Studiengänge." (S. 196).

Zugleich verweist die Begründung darauf, dass die Modellstudiengänge „bereits im Jahr 2016 und im Jahr 2021 mit positivem Ergebnis evaluiert“ wurden (S. 168). Für die Evaluation der Reform soll „zunächst die Zahl der primärqualifizierenden Studiengänge der Physiotherapie und ihrer Absolvierenden“ ermittelt werden (S. 168). Für die Kosten der praktischen Ausbildung im Studium geht der Entwurf von „geringen Fallzahlen“ aus (S. 3, S. 4).

b) Bewertung von VPT und IFK

VPT und IFK begrüßen, dass das Studium in der Physiotherapie aus der Modellklausel in eine reguläre Ausbildung überführt wird.

Die hochschulische Ausbildung bietet aus Sicht des VPT und IFK wesentliche Vorteile für die Weiterentwicklung des physiotherapeutischen Berufsbildes und die Attraktivität des Berufs. Ein Hochschulabschluss schafft die Voraussetzungen, bereits mit dem Berufseinstieg eigenverantwortlich und ohne zusätzliche Weiterbildung Aufgaben im Rahmen des Direktzugangs (DA) übernehmen zu können. Das Studium ermöglicht den systematischen Zugang zu aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und deren Übertragung in die physiotherapeutische Versorgung. Zugleich eröffnet ein akademischer Abschluss bessere internationale Arbeitsmöglichkeiten, da die Europäische Kommission im Rahmen des Common Training Frameworks (CTF) europaweit einheitliche Mindestanforderungen an die physiotherapeutische Ausbildung plant. Dabei soll ein akademischer Abschluss auf Bachelorniveau als Mindeststandard für die Ausbildung etabliert werden.

Die ausschließlich duale Ausgestaltung steht im Widerspruch zu den eigenen Feststellungen des Entwurfs. Die Modellstudiengänge, die der Entwurf als positiv evaluiert bezeichnet, sind überwiegend primärqualifizierend und nicht dual angelegt und müssten umgebaut werden. Für die Evaluation will der Entwurf die Zahl primärqualifizierender Studiengänge erheben (S. 168), obwohl er primärqualifizierende Studiengänge nicht mehr zulässt.

Das duale Modell schafft eine neue Zugangshürde: Studierende benötigen vor Studienbeginn eine verantwortliche Praxiseinrichtung (§ 57). Ob und wie schnell Hochschulen duale Studiengänge auf- oder umbauen, ist offen. Damit wird eine bestehende hochschulische Ausbildungsinfrastruktur, in der zugleich der Grundstein für die physiotherapeutische Forschung gelegt wurde, ohne Not gefährdet. Das schadet der Akademisierung, die der Entwurf fördern will. In ambulanten Praxen fehlen auf absehbare Zeit die nach § 43 erforderlichen Anleitenden mit einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 Nummer 2, solange die Öffnung nach § 43 Absatz 3 nicht bundeseinheitlich und dauerhaft geregelt ist (II.7), so dass die akademische Ausbildung in ambulanten Strukturen gefährdet ist.

Neben dem dualen Studium sind hochschulisch verantwortete und additive Studiengänge zuzulassen. Auch das duale Studium führt nach dem Entwurf zur Berufszulassung. Der Unterschied liegt also nicht in der Primärqualifikation, sondern darin, ob ein Vertrag mit einer verantwortlichen Praxiseinrichtung besteht. Wer ein duales Studium vorsieht, muss es mit einer Vergütung verbinden (II.6).

Für Berufsangehörige mit einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 Nummer 1 sieht der Entwurf keinen eigenen Weg zum Bachelorabschluss vor. § 40 Absatz 2 regelt einen solchen Weg nur für Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge. Im dualen Modell wären bereits beschäftigte Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten „für die gesamte Dauer des Studiums Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer der verantwortlichen Praxiseinrichtung“ (§ 61, S. 40). Neben einem bestehenden Arbeitsverhältnis ist das kaum umsetzbar.

Die Refinanzierung muss allen Studienformen folgen. Würden weitere Studienformen zugelassen, ohne § 125 Absatz 2b SGB V und § 17a KHG anzupassen, erhielten Einrichtungen,

die dort Praxiseinsätze anbieten, keine Refinanzierung. Ihre Kosten sind aber dieselben, insbesondere für eine Praxisanleitung von mindestens 25 Prozent der Stunden (§ 42 Absatz 3). Ohne Refinanzierung fehlen Praxisplätze, vor allem in ambulanten Praxen, und die Zulassung weiterer Studienformen liefe ins Leere. Die Begründung verweist zwar auf die Finanzierungsverantwortung der Länder für Studiengänge (S. 262). Den berufspraktischen Teil des dualen Studiums refinanziert der Entwurf aber selbst über § 17a KHG und § 125 Absatz 2b SGB V. Für die Kosten eines Praxiseinsatzes darf die Vertragsform keinen Unterschied machen.

VPT und IFK fordern, neben dualen auch additive und hochschulisch verantwortete primärqualifizierende Studiengänge zuzulassen und auszubauen und die Praxiseinsätze in allen Studienformen gleichermaßen zu refinanzieren.

c) Änderungsvorschlag

1. § 39 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

   „(3) Das Studium besteht aus einem berufspraktischen Teil und einem hochschulischen Teil. Es wird durchgeführt

   1. auf der Grundlage eines Vertrages nach § 55 (duales Studium),
   2. ohne Vertrag nach § 55, wobei die Hochschule auch den berufspraktischen Teil verantwortet (hochschulisch verantwortetes Studium), oder
   3. als hochschulisch verantwortetes Studium für Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 Nummer 1, auf das die in ihrer Ausbildung erworbenen Kompetenzen und Fähigkeiten nach § 40 Absatz 1 angerechnet werden und das berufsbegleitend durchgeführt werden kann (additives Studium).

   Im Studium nach Satz 2 Nummer 2 und 3 finden § 44 und § 50 Absatz 3 und 4 keine Anwendung. Die Hochschule erstellt den Praxisplan nach § 45, schließt mit jeder Einrichtung nach § 42 Absatz 1, in der Praxiseinsätze durchgeführt werden, eine Kooperationsvereinbarung und stellt die Einhaltung des Praxisplans sicher. Im additiven Studium können Praxiseinsätze auch in der Einrichtung nach § 42 Absatz 1 stattfinden, in der die studierende Person beschäftigt ist. Als Praxiseinsatz gilt nur die im Praxisplan ausgewiesene und nach § 42 Absatz 3 angeleitete Zeit. Teil 2 Kapitel 2 Abschnitt 2 gilt nur für das duale Studium.“

2. Dem § 39 wird folgender Absatz 5 angefügt: „(5) Nach § 40 Absatz 1 angerechnete Kompetenzen und Fähigkeiten gelten als im Studium erworben und werden auf die Dauer nach Absatz 2 Satz 1 und den Umfang nach Absatz 4 angerechnet.“

3. In Artikel 6 wird § 125 Absatz 2b Satz 3 SGB V wie folgt gefasst: „Die Pauschalen nach den Sätzen 1 und 2 erhalten auf Antrag durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen

   1. die Leistungserbringer, die nach § 16 des Physiotherapeutengesetzes oder nach § 15 des Medizinische Massagetherapeutengesetzes Träger der praktischen Ausbildung oder nach § 44 des Physiotherapeutengesetzes verantwortliche Praxiseinrichtung sind, und

   2. die Leistungserbringer, bei denen auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung mit der Hochschule Praxiseinsätze im Studium nach § 39 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 oder 3 des Physiotherapeutengesetzes durchgeführt werden, anteilig für die Dauer dieser Praxiseinsätze.“

4. Das Nähere zur Durchführung des Studiums nach § 39 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 und 3 regelt die Studien- und Prüfungsverordnung nach § 99 (siehe II.7 c) Nummer 2).

6. Vergütung im Studium (§§ 55 bis 69; Artikel 5 und 6)

a) Regelung im Entwurf

„Studierende sind für die gesamte Dauer des Studiums Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer der verantwortlichen Praxiseinrichtung“ (§ 61, S. 40). Nach der Begründung stehen sie „den zur Berufsausbildung Beschäftigten im Sinne sozialversicherungsrechtlicher Bestimmungen gleich“ (S. 196). Der berufspraktische Teil umfasst mindestens 2 200 Stunden (§ 39 Absatz 4, S. 31). Die Pflichten der verantwortlichen Praxiseinrichtung (§ 60, S. 39) enthalten keine Vergütungspflicht. Überstunden sind im Studium „in Freizeit auszugleichen“ (§ 63 Satz 2, S. 40), in der Ausbildung hingegen „gesondert zu vergüten oder in Freizeit auszugleichen“ (§ 30 Satz 2, S. 26).

Die Begründung zu Artikel 5 stellt fest: „Für Studierende in der Physiotherapie ist keine Ausbildungsvergütung und demgemäß auch keine Refinanzierungsmöglichkeit dieser vorgesehen. Im Fall der freiwilligen Zahlung einer Ausbildungsvergütung ohne rechtliche Verpflichtung ist vorliegend keine Refinanzierungsmöglichkeit vorgesehen.“ (S. 263). Für die berufsfachschulische Ausbildung ist die Vergütung nach der Begründung „ein finanzieller Ausgleich und eine Anerkennung für die geleistete Arbeit“ (S. 188).

b) Bewertung von VPT und IFK

Studierende sind nach dem Entwurf Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, sozialversicherungsrechtlich Auszubildenden gleichgestellt und leisten im berufspraktischen Teil mehr Stunden als Auszubildende in der Berufsfachschule. Die Vergütung, die der Entwurf als „Anerkennung für die geleistete Arbeit“ begründet, erhalten sie gleichwohl nicht. Das ist in sich widersprüchlich.

Ein Studium, das länger dauert, einen Ausbildungsbetrieb voraussetzt und nicht vergütet wird, steht in einem nachteiligen Wettbewerb mit einer vergüteten Berufsausbildung. Der Entwurf setzt damit einen Anreiz weg von der Hochschule hin zur Berufsfachschule und konterkariert das Ziel einer hohen Akademisierungsquote. Ein duales Studium ohne Vergütung verliert seinen wesentlichen Vorteil.

Der Entwurf weicht damit von der Systematik der zuletzt reformierten Gesundheitsfachberufe ab. Nach § 34 Absatz 1 des Hebammengesetzes hat die verantwortliche Praxiseinrichtung der studierenden Person „vom Beginn des Studiums bis zum Ende des Vertragsverhältnisses eine angemessene monatliche Vergütung zu zahlen“. Für die Pflege hat der Gesetzgeber die fehlende Vergütung im Studium als Hemmnis der Akademisierung erkannt und mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz korrigiert (§ 38b Absatz 2 PflBG). Dieser Fehler darf in der Physiotherapie nicht wiederholt werden.

Ohne gesetzliche Vergütungspflicht und ohne Refinanzierung können insbesondere ambulante Praxen Studierenden keine Vergütung anbieten; auch eine freiwillige Vergütung ist nach der Begründung nicht refinanzierbar. Studienplätze konzentrieren sich damit auf wenige finanzstarke Einrichtungen. Der ambulante Sektor, auf den nach der Schätzung des Entwurfs rund 67 Prozent der ausbildenden Einrichtungen entfallen (S. 264), wird systematisch benachteiligt und die physiotherapeutische Versorgung in den ambulanten Einrichtungen wird mangels Nachwuchs gefährdet.

VPT und IFK fordern eine Vergütungspflicht im Studium nach dem Vorbild von Hebammengesetz und Pflegeberufegesetz einschließlich ihrer Refinanzierung.

c) Änderungsvorschlag

1. Nach § 60 wird folgender § 60a eingefügt:

   „§ 60a Vergütung

   (1) Die verantwortliche Praxis- oder Bildungseinrichtung hat der studierenden Person für die gesamte Dauer des Vertragsverhältnisses eine angemessene monatliche Vergütung zu zahlen. Die Höhe der Vergütung bemisst sich in Anlehnung an die Vergütung der Studierenden nach dem Pflegeberufegesetz.

   (2) § 29 Absatz 2 gilt entsprechend."

1. In § 56 Absatz 1 wird nach Nummer 5 folgende Nummer 5a eingefügt: „5a. die Höhe der Vergütung nach § 60a und die Zahlungsmodalitäten,".

2. § 63 Satz 2 wird wie folgt gefasst: „Sie ist gesondert zu vergüten oder in Freizeit auszugleichen."

3. In Artikel 5 Nummer 2 Buchstabe b wird der neue Satz 3 des § 17a Absatz 1 KHG wie folgt gefasst: „Zu den Mehrkosten des Krankenhauses infolge der Ausbildung nach Satz 1 gehören auch die Kosten des berufspraktischen Teils des Studiums nach Teil 2 Kapitel 2 des Physiotherapeutengesetzes einschließlich der Kosten der Vergütung nach § 60a des Physiotherapeutengesetzes; dies gilt auch, wenn das Krankenhaus Praxiseinsätze im Studium nach § 39 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 oder 3 des Physiotherapeutengesetzes auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung mit der Hochschule durchführt."

4. In Artikel 6 werden in § 125 Absatz 2b Satz 1 SGB V nach den Wörtern „infolge der Zahlung einer Ausbildungsvergütung" die Wörter „sowie einer Vergütung nach § 60a des Physiotherapeutengesetzes" eingefügt.

5. § 60a tritt zeitgleich mit § 29 in Kraft (siehe II.9).

7. Durchlässigkeit: Anrechnung und Praxisanleitung im Studium (§ 38, § 40 Absatz 1, § 43)

a) Regelung im Entwurf

Voraussetzung für das Studium ist nach § 38 Absatz 1 Nummer 1 (S. 31) eine mindestens zwölfjährige allgemeine Schulausbildung oder eine abgeschlossene Berufsausbildung in der Physiotherapie. Die Begründung sieht darin einen Beitrag zur „erforderlichen vertikalen Durchlässigkeit von Bildungswegen" (S. 109).

Nach § 40 Absatz 1 (S. 32) „sollen" die in der berufsfachschulischen Ausbildung erworbenen Kompetenzen und Fähigkeiten „auf das Studium in der Physiotherapie nach diesem Gesetz angerechnet werden, soweit sie den Leistungen, auf die sie angerechnet werden sollen, nach Inhalt und Niveau gleichwertig sind". Das Verfahren der Anrechnung regelt der Entwurf nicht, für die Anrechnungen im Studium verweist die Begründung im Übrigen auf das Landes- und Hochschulrecht (S. 170, S. 195). Zu § 37 stellt die Begründung fest, dass die Kompetenzen des Studiums die in § 7 Absatz 2 Nummer 1 beschriebenen Kompetenzen „beinhalten" (S. 192).

Praxisanleitende Person im Studium darf nach § 43 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 (S. 33) nur sein, wer über die Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 Nummer 2 verfügt. Nach § 43 Absatz 3 „können" die Länder „bis zum 31. Dezember 2036 vorsehen, dass praxisanleitende Person auch sein darf,

wer über die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1 Nummer 1 oder nach § 101 Absatz 1 oder 2 und über eine mindestens fünfjährige Berufserfahrung verfügt“.

b) Bewertung von VPT und IFK

VPT und IFK begrüßen, dass der Entwurf den Zugang zum Studium über den Berufsabschluss ausdrücklich regelt.

Durchlässigkeit entsteht aber erst durch eine verlässliche Anrechnung. Die Soll-Vorschrift und fehlende bundeseinheitliche Vorgaben zum Verfahren führen zu Einzelfallentscheidungen und zu unterschiedlicher Praxis in den Ländern. Berufsangehörige müssten Kompetenzen erneut nachweisen, die sie in einer staatlich geprüften Ausbildung erworben haben. Das steht im Widerspruch zur Feststellung der Begründung, dass die Kompetenzen des Studiums die der Ausbildung beinhalten (S. 192). Für den Kern der Behandlungskompetenz ist die inhaltliche Übereinstimmung damit vom Entwurf selbst festgestellt. Aufeinander aufbauende, modularisierte Ausbildungswege erlauben eine pauschale Anrechnung.

Für die Anleitung im Studium verlangt § 43 grundsätzlich den Bachelorabschluss nach neuem Recht. Fachkräfte mit dieser Erlaubnis gibt es zum Zeitpunkt des wahrscheinlichen Inkrafttretens der gesetzlichen Regelung nicht, in ambulanten Praxen ist auf absehbare Zeit kaum in relevanter Anzahl mit Personal dieser Qualifikationen zu rechnen. Die Länderöffnung führt zu unterschiedlichen Regelungen und zu einem Stichtag, an dem Praxisplätze entfallen, wenn bis dahin keine ausreichende Zahl an Anleitenden zur Verfügung steht. Der Ausbau der Studienplätze darf nicht an der Praxisanleitung scheitern. Die Öffnung ist daher bundeseinheitlich zu regeln, für nachqualifizierte Berufsangehörige dauerhaft vorzusehen und hinsichtlich ihrer Befristung an die Ergebnisse der Evaluation zu knüpfen.

VPT und IFK fordern eine verbindliche und pauschale Anrechnung sowie eine bundeseinheitliche Öffnung der Praxisanleitung im Studium.

c) Änderungsvorschlag

1. § 40 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

   „(1) Kompetenzen und Fähigkeiten, die im Rahmen einer erfolgreich abgeschlossenen berufsfachschulischen Ausbildung in der Physiotherapie nach Kapitel 1 oder einer erfolgreich abgeschlossenen berufsfachschulischen Ausbildung zur Physiotherapeutin oder zum Physiotherapeuten nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz in der bis zum 31. Dezember 2027 geltenden Fassung erworben wurden, sind auf das Studium in der Physiotherapie nach diesem Gesetz anzurechnen, soweit sie den Leistungen, auf die sie angerechnet werden, nach Inhalt und Niveau gleichwertig sind. Für die Kompetenzbereiche, die in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nach § 98 und in der Studien- und Prüfungsverordnung nach § 99 übereinstimmend geregelt sind, erfolgt die Anrechnung pauschal. Eine darüber hinausgehende Anrechnung im Einzelfall bleibt unberührt.“

2. Dem § 99 Absatz 1 wird folgende Nummer 7 angefügt: „7. das Nähere zur Anrechnung nach § 40 Absatz 1, insbesondere den Mindestumfang der pauschalen Anrechnung, sowie zur Durchführung des Studiums nach § 39 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 und 3.“

3. § 43 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt gefasst: „1. über die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1 Nummer 2 verfügt oder nach § 2a zur eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen berechtigt ist,“.

4. § 43 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2 darf bis zum 31. Dezember 2036 praxisanleitende Person auch sein, wer über die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1 Nummer 1 oder nach § 101 Absatz 1 oder 2 und über eine mindestens zweijährige Berufserfahrung verfügt. Über eine Verlängerung der Frist nach Satz 1 ist auf der Grundlage der Evaluation nach § 109 zu entscheiden."

8. Praxisanleitung, Schulen und Lehrkräfte in der berufsfachschulischen Ausbildung (§§ 13 bis 15, § 106, § 108; Artikel 6)

a) Regelung im Entwurf

§ 13 Absatz 2 (S. 19) verlangt eine hauptberufliche Schulleitung mit Hochschulabschluss auf Masterniveau, hauptberufliche Lehrkräfte mit pädagogischer Hochschulausbildung mindestens auf Bachelorniveau und ein Verhältnis von einer Vollzeitlehrkraft zu 20 Ausbildungsplätzen. Die Schulen müssen diese Anforderungen bis zum 31. Dezember 2036 nachweisen (§ 106 Absatz 2, S. 61).

Nach § 14 Absatz 3 (S. 20) muss die Einrichtung sicherstellen, dass die auszubildende Person „Praxisanleitung durch die praxisanleitende Person nach § 15 im Umfang von mindestens 25 Prozent der von der auszubildenden Person zu absolvierenden Stundenzahl erhält. Die Länder können bis zum 31. Dezember 2036 einen geringeren Umfang für die Praxisanleitung vorsehen, jedoch nicht einen Umfang unter 15 Prozent". Praxisanleitende Personen benötigen eine mindestens zweijährige Berufserfahrung und eine berufspädagogische Zusatzqualifikation von mindestens 200 Stunden; sie sind zur laufenden Fortbildung verpflichtet (§ 15 Absatz 2, S. 20 f.).

Die Begründung führt aus: „Die Normierung dieser Anforderungen trägt zur Qualitätssteigerung der Ausbildung in der Physiotherapie bei." (S. 109) und „Eine enge Begleitung und Betreuung der Auszubildenden während der praktischen Ausbildung steigert die Qualität der Ausbildung." (S. 181). Zu den Kosten heißt es: „Für die weiteren Einrichtungen der praktischen Ausbildung liegen keine empirischen Daten zu den Kosten für die praktische Anleitung durch Praxisanleitende vor." (S. 124) und: „Da bereits im Rahmen der bisherigen Ausbildung Praxisanleitung erfolgt, der Umfang bisher aber nicht festgelegt ist, wird von geringen Mehrkosten ausgegangen." (S. 125). Die Kosten der Praxisanleitung sind nach § 125 Absatz 2b Satz 1 SGB V Teil der Pauschalen „zur pauschalen Abgeltung der den Leistungserbringern entstehenden Mehrkosten infolge der praktischen Ausbildung und des berufspraktischen Teils des Studiums" (S. 104). Die Begründung hält eine Differenzierung der Pauschalen „aufgrund unterschiedlicher Anforderungen an die Praxisanleitung" für denkbar (S. 264) und beziffert die Personalkosten der Anleitung im Krankenhaus auf derzeit 2 253 Euro je Ausbildungsplatz und Jahr (Stand 2022; S. 124); für die übrigen Einrichtungen der praktischen Ausbildung unterstellt sie Kosten „in etwa auf gleichem Niveau" (S. 124). Eine eigene Pauschale sieht § 125 Absatz 2b Satz 2 SGB V nur für die Kosten „der berufspädagogischen Zusatzqualifikation von praxisanleitenden Personen" vor (S. 104).

Schulen gelten nach § 108 Absatz 1 (S. 62) nur dann als mit Krankenhäusern notwendigerweise verbundene Ausbildungsstätten im Sinne des § 2 Nummer 1a KHG, wenn sie „mit einem Krankenhaus eine Kooperationsvereinbarung über die Durchführung der praktischen Ausbildung […] abgeschlossen haben".

b) Bewertung von VPT und IFK

VPT und IFK begrüßen grundsätzlich die Definition von bundeseinheitlichen Mindestanforderungen an Schulen, Lehrkräfte und Praxisanleitung. Sie heben die Qualität der Ausbildung und machen sie mit anderen Gesundheitsfachberufen vergleichbar. Die Anforderungen steigen damit erheblich. Qualität lässt sich jedoch nicht anordnen; sie muss finanziert werden.

Ein Anleitungsumfang von 25 Prozent entspricht, bezogen auf mindestens 1 900 Stunden praktischer Ausbildung, mindestens 475 Stunden Anleitung je auszubildender Person, im Studium bei mindestens 2 200 Stunden mindestens 550 Stunden. Hinzu kommen 200 Stunden Zusatzqualifikation und die laufende Fortbildungspflicht. In einer ambulanten Praxis ist jede Anleitungsstunde eine Stunde, die nicht für die Behandlung zur Verfügung steht. Zusätzlich bedeutet ein Weiterbildungsumfang von mindestens 200 Stunden bei einer vollständigen Freistellung eines Mitarbeiters einen personellen Ausfall von mindestens fünf vollen Arbeitswochen. Um eine kontinuierliche Praxisanleitung im laufenden Praxisbetrieb sicherstellen zu können und diese nicht von der Verfügbarkeit einer einzelnen Person (Urlaub, Krankheit, Kündigung) abhängig zu machen, müssten mindestens zwei Mitarbeiter entsprechend qualifiziert werden.
Der Entwurf begründet die Quote und den Weiterbildungsumfang mit der Qualitätssteigerung. Er rechnet zwar mit steigenden Anleitungskosten infolge der höheren Stundenzahl der praktischen Ausbildung und unterstellt dabei für Einrichtungen außerhalb der Krankenhäuser, für die keine Kostendaten vorliegen, das Kostenniveau der Krankenhäuser (S. 124). Für die verbindliche Quote von 25 Prozent geht er jedoch von geringen Mehrkosten aus (S. 125), obwohl ihm nach eigener Aussage keine Daten zum derzeitigen Umfang der Praxisanleitung vorliegen (S. 117). Die Kosten der Anleitung selbst gehen in der allgemeinen Pauschale nach § 125 Absatz 2b Satz 1 SGB V auf, die unter dem Vorbehalt der Beitragssatzstabilität steht; eine eigene Pauschale sieht er nur für die Zusatzqualifikation vor. Damit droht, dass die Anleitungskosten in den Verhandlungen unter Verweis auf die angenommenen geringen Mehrkosten zu niedrig angesetzt werden. Die vom Entwurf selbst unterstellte Gleichwertigkeit der Anleitungskosten in Praxen und Krankenhäusern muss deshalb Maßstab der Pauschale sein. VPT und IFK tragen den Mindestumfang von 25 Prozent und die Übergangsregelung für die Länder mit, stellen jedoch den Weiterbildungsumfang für Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter von mindestens 200 Stunden zur Diskussion, solange die Inhalte der möglichen Weiterbildung nicht definiert sind. Bedingung ist eine eigene, kostendeckende Pauschale für die Praxisanleitung. Sollte diese Pauschale nicht gesetzlich verankert werden, ist zu befürchten, dass sich ein großer Teil der ambulanten Praxen unter diesen Rahmenbedingungen aus der Ausbildungsbeteiligung zurückziehen wird. Ohne sie wird die Quote im ambulanten Bereich zum Ausbildungshindernis. Um das Kernziel der Reform – die qualitative Aufwertung der Ausbildung – in der Fläche realisieren zu können, ist es an dieser Stelle erforderlich, praxisgerechte Lösungsstrategien zu entwickeln. Ein Ansatz könnte hier beispielsweise sein, den Umfang der Weiterbildung zur Praxisanleitung weniger über starre Vorgaben zu Stundenzahlen zu definieren, sondern vielmehr über „geeignete" Qualifizierungsmaßnahmen - ähnlich wie es bei der Akkreditierung von Lehrärzten im Rahmen der universitären medizinischen Ausbildung bereits gelebte Praxis ist. Ergänzend sollten bereits früher erworbene didaktische und pädagogische Kompetenzen vollumfänglich angerechnet werden. Darüber hinaus bedarf es finanzieller Lösungskonzepte, um die wirtschaftliche Belastung für den ambulanten Sektor abzufedern.

Redaktionell ist in § 14 Absatz 3 Satz 1 klarzustellen, dass sich der Umfang auf die Stunden der praktischen Ausbildung bezieht; Satz 2 und § 42 Absatz 3 enthalten diesen Bezug bereits.

Die Schulen benötigen für die Umsetzung der neuen Mindestanforderungen eine Gegenfinanzierung und eine Qualifizierungsoffensive für Lehrkräfte, insbesondere berufsbegleitende pädagogische Studienangebote. Die Finanzierung nach § 17a KHG steht nur Schulen offen, die mit einem Krankenhaus verbunden sind oder mit ihm kooperieren. Schulen ohne eine solche Kooperation oder Verbindung verlieren mit dem Schulgeld einen Teil ihrer Finanzierungsgrundlage. Der Entwurf geht zwar von Mehrausgaben der Länder infolge des Schulgeldverbots aus (S. 3), eine Finanzierungspflicht regelt er jedoch nicht. Das gefährdet Ausbildungskapazitäten in der Fläche.

VPT und IFK fordern eine eigene, kostendeckende Pauschale für die Praxisanleitung als Bedingung für die verbindliche Anleitungsquote.

c) Änderungsvorschlag

1. In Artikel 6 wird § 125 Absatz 2b Satz 2 SGB V wie folgt gefasst:

   „Für die Kosten der Praxisanleitung nach § 14 Absatz 3 und § 42 Absatz 3 des Physiotherapeutengesetzes und nach § 13 Absatz 3 des Medizinische Massagetherapeutengesetzes sowie für die Kosten der berufspädagogischen Zusatzqualifikation und der Fortbildung praxisanleitender Personen nach § 15 Absatz 2 und § 43 Absatz 2 des Physiotherapeutengesetzes und nach § 14 Absatz 2 des Medizinische Massagetherapeutengesetzes ist in den Verträgen nach Absatz 1 jeweils eine eigene, kostendeckende Pauschale zu regeln.“

2. In Artikel 6 werden in § 125 Absatz 2b Satz 1 SGB V nach den Wörtern „infolge der praktischen Ausbildung und des berufspraktischen Teils des Studiums“ die Wörter „, soweit sie nicht nach Satz 2 abgegolten werden,“ eingefügt.

3. In Artikel 6 wird in § 125 Absatz 2b SGB V nach Satz 3 folgender Satz eingefügt: „Soweit Teile der praktischen Ausbildung oder des berufspraktischen Teils des Studiums in weiteren Einrichtungen durchgeführt werden, haben die Leistungserbringer nach Satz 3 Nummer 1 die auf diese Einrichtungen entfallenden Anteile der Pauschalen, insbesondere für die Praxisanleitung, an diese weiterzuleiten.“

4. Dem § 108 wird folgender Absatz 5 angefügt:

   „(5) Für Schulen, die die Voraussetzung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht erfüllen, ist eine gleichwertige Finanzierung der Ausbildungskosten sicherzustellen; das Nähere regeln die Länder.“

5. VPT und IFK bitten ergänzend zu prüfen, die Finanzierung nach § 17a KHG auch Schulen zu eröffnen, die mit anderen Trägern der praktischen Ausbildung nach § 16 kooperieren.

6. In § 14 Absatz 3 Satz 1 und in Artikel 2 § 13 Absatz 3 Satz 1 werden jeweils nach den Wörtern „der von der auszubildenden Person“ die Wörter „während der praktischen Ausbildung“ eingefügt.

9. Ausbildungsvergütung und Refinanzierung im ambulanten Bereich (§ 29; Artikel 6 – § 125 Absatz 2b SGB V; Artikel 8 Absatz 3)

a) Regelung im Entwurf

„Der Träger der praktischen Ausbildung hat der auszubildenden Person für die Dauer des Ausbildungsverhältnisses eine angemessene monatliche Ausbildungsvergütung zu zahlen.“ (§

29 Absatz 1, S. 26). Nach der Begründung ist „der Maßstab der Angemessenheit nicht gesetzlich geregelt“ (S. 189). § 29 tritt am 1. Januar 2029 in Kraft (Artikel 8 Absatz 3, S. 105). Der ersten Kohorte kann eine Vergütung nach der Begründung „auch ohne eine dahingehende gesetzliche Verpflichtung“ gewährt werden (S. 110).

§ 125 Absatz 2b SGB V (S. 104) sieht vor, dass die Pauschalen „erstmals bis zum […] zu regeln“ sind. „Die Vertragspartner legen die Höhe der Pauschalen […] unter Zugrundelegung eines wirtschaftlich zu führenden Praxisbetriebes und unter Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nach § 71 Absatz 1 bis 3 fest.“ Auszubildende sind „im Verhältnis 11,75 zu 1 auf die Stelle einer voll ausgebildeten Person […] anzurechnen“; die Anrechnung erfolgt nicht im ersten Ausbildungsdrittel. Kommt eine Vereinbarung „nicht oder nicht vollständig bis zum […]“ zustande, entscheidet die Schiedsstelle innerhalb von drei Monaten.

Die Begründung führt aus: „Zur Schaffung gleichwertiger Ausbildungsbedingungen, sollen sich die Pauschalen unter Wahrung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V an den durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz und den sonstigen Ausbildungskosten nach § 17 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes orientieren. Zudem sollen sich die Vertragsparteien bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung an entsprechenden tariflichen Vergütungen orientieren.“ (S. 264). Zum ambulanten Bereich heißt es: „Der Anteil der praktischen Ausbildung in ambulanten Ausbildungseinrichtungen und des berufspraktischen Teils des Studiums in ambulanten Ausbildungseinrichtungen dürfte nach grober Schätzung bei einem Anteil an den insgesamt ausbildenden Einrichtungen bei rund 67 Prozent liegen“ (S. 264). Der Anrechnungsschlüssel ist der „Durchschnittswert des in § 27 Absatz 2 PflBG festgelegten Verhältnisses […] für stationäre (9,5 zu 1) und ambulante Einrichtungen (14 zu 1)“ (S. 265). Das Vorblatt weist „Beitragsmehreinnahmen der GKV aufgrund der verpflichtenden Zahlung einer Ausbildungsvergütung in Höhe von geschätzt rund 63,6 Millionen Euro“ aus (S. 4).

b) Bewertung von VPT und IFK

VPT und IFK begrüßen die verpflichtende Ausbildungsvergütung als einen für die Attraktivität der Ausbildung sehr wichtigen Fortschritt des Entwurfs. Ebenso begrüßen sie die schlanke Finanzierung über die Verträge nach § 125 SGB V und eine Umlage durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen anstelle eines Ausbildungsfonds mit mehreren Finanziers. Die Kosten wären über die kollektive Vergütungsfestlegung ohnehin mittelbar von den Kostenträgern getragen worden.

Der Entwurf legt keinen Maßstab für die Höhe der Vergütung fest. Die Physiotherapie konkurriert um Nachwuchs unmittelbar mit der Pflege, deren Auszubildende seit Jahren eine tariflich geprägte Vergütung erhalten. Ohne Zielgröße öffnet der unbestimmte Rechtsbegriff einer Unterfinanzierung die Tür. Eine Anlehnung an die Ausbildungsvergütung nach dem Pflegeberufegesetz schafft eine Zielgröße und stellt die Einheitlichkeit in den Gesundheitsfachberufen her.

Die Begründung verfolgt das Ziel gleichwertiger Ausbildungsbedingungen und will die Pauschalen an den Kosten nach § 17a KHG und an tariflichen Vergütungen ausrichten. Diese Orientierung steht nur in der Begründung, verbindlich im Normtext ist allein die Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität. Für die Refinanzierung der Krankenhäuser nach § 17a KHG enthält der Entwurf keine entsprechende Vorgabe. Die ausdrückliche Bindung der neuen Ausbildungspauschalen an § 71 schafft das Risiko, dass nachgewiesene Ausbildungskosten bei der Vereinbarung oder späteren Anpassung nicht vollständig berücksichtigt werden. Die Heilmittelvergütungen sind zudem bereits durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz begrenzt. Eine zusätzliche Bindung der Ausbildungspauschalen würde die Ausbildung doppelt deckeln. Zugleich weist der Entwurf Beitragsmehreinnahmen der GKV aus der Ausbildungsvergütung von rund 63,6 Millionen Euro aus (S. 4), die einen Teil der Mehrausgaben

ausgleichen. Eine Deckelung ist weder erforderlich noch mit dem Ziel der Fachkräftesicherung vereinbar.

Gerade in dem Bereich, auf den nach der Schätzung des Entwurfs rund zwei Drittel der ausbildenden Einrichtungen entfallen, ist die Refinanzierung am schwächsten ausgestaltet. Der Entwurf verschiebt die Ausbildung damit in den stationären Bereich, obwohl er selbst feststellt: „Vor dem Hintergrund der Sicherstellung des Fachkräftebedarfes ist es notwendig, dass auch zukünftig die praktische Ausbildung und der berufspraktische Teil des Studiums in ambulanten Ausbildungseinrichtungen erfolgt." (S. 264). Für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die Träger der praktischen Ausbildung sind, sieht der Entwurf keine eigene Refinanzierung vor; ihre Kosten sollen über die allgemeinen Vergütungsvereinbarungen mit den Krankenkassen aufgefangen werden, deren Anteil er für vernachlässigbar hält (S. 141). Auch für diese Einrichtungen ist eine verlässliche Refinanzierung sicherzustellen.

Mit dem Anrechnungsschlüssel von 11,75 zu 1 werden ambulante Physiotherapiepraxen ungünstiger gestellt als ambulante Pflegedienste, für die das Pflegeberufegesetz 14 zu 1 vorsieht. Der Entwurf begründet die Anrechnung damit, dass Auszubildende ab dem zweiten Ausbildungsdrittel verwertbare Leistungen in der Versorgung erbringen (S. 265); für Krankenhäuser gilt derselbe Schlüssel (Artikel 5). Diese Begründung trägt nur, soweit die auszubildende Person tatsächlich beim Träger tätig ist. Hilfsweise könnte hier wie in der Pflege eine Unterscheidung zwischen dem stationären (9,5 zu 1) und ambulanten Bereich (14 zu 1) vorgenommen werden. Ein erheblicher Teil der praktischen Ausbildung findet in externen Einsatzstellen statt, die häufig von den Schulen organisiert werden, etwa in Kliniken oder in der Gynäkologie. Der Träger zahlt in dieser Zeit die volle Vergütung, ohne eine Wertschöpfung zu erzielen; ein Ausgleich durch die externen Einsatzstellen ist nicht zu erwarten. Der Abzug verlagert Ausbildungskosten auf die Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber. Angesichts der weiterhin niedrigen Vergütungen in der Physiotherapie ist eine Beteiligung der Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber an den Ausbildungskosten auszuschließen.

Ferner sollen Nicht-GKV-Einnahmen – mit der Ausnahme der Zuzahlungen von GKV-Patienten – bei der Festlegung der Pauschalen berücksichtigt werden. Dadurch kann die GKV-Pauschale beispielsweise bei anteiligen Einnahmen aus Privatbehandlungen geringer ausfallen. Ein korrespondierender direkter Zahlungsanspruch der Ausbildungspraxis gegenüber der PKV ist im Gesetz allerdings bislang nicht vorgesehen. Dabei rechnet der Entwurf selbst damit, dass der PKV aus dieser Regelung jährliche Kosten entstehen (S. 152, S. 164), ohne einen Zahlungsweg zu regeln. Dadurch besteht das Risiko, dass ein rechnerisch anderweitig finanzierter Anteil faktisch durch die Praxis anstatt durch die Pauschale finanziert wird und keine Gegenfinanzierung erfolgt. Aus Sicht von VPT und IFK darf eine Kürzung aufgrund anderweitig zu finanzierender Ausbildungsanteile nur erfolgen, wenn deren Gegenfinanzierung ebenfalls verbindlich abgesichert ist. Die bloße Möglichkeit, höhere private Behandlungspreise zu vereinbaren, genügt hierfür nicht.

Die Frist für die erstmalige Vereinbarung der Pauschalen ist offen. Ohne Datum droht eine Verzögerung in den Verhandlungen, die zu Lasten der Ausbildungsbereitschaft geht. Die Pauschalen müssen bis zum 31. Dezember 2027 vereinbart sein. VPT und IFK sprechen sich zudem dafür aus, die Vergütungspflicht zeitgleich mit den neuen Ausbildungsregelungen am 1. Januar 2028 in Kraft zu setzen. Ein Verweis auf eine freiwillige Vergütung für die erste Kohorte wird dem Ziel der Attraktivitätssteigerung nicht gerecht.

VPT und IFK fordern eine Ausbildungsvergütung in Anlehnung an die Pflege und eine kostendeckende Refinanzierung ohne Bindung an die Beitragssatzstabilität und ohne Wertschöpfungsabzug, vereinbart bis zum 31. Dezember 2027.

c) Änderungsvorschlag

1. Dem § 29 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt: „Die Höhe der Ausbildungsvergütung bemisst sich in Anlehnung an die Ausbildungsvergütung nach dem Pflegeberufegesetz.“ Artikel 2 § 28 Absatz 1 ist entsprechend zu ergänzen.

2. In Artikel 6 wird § 125 Absatz 2b SGB V wie folgt geändert (Satzangaben nach der Zählung des Entwurfs):

   a) In Satz 1 wird die Angabe „bis zum […]“ durch die Angabe „bis zum 31. Dezember 2027“ ersetzt.

   b) Satz 4 wird wie folgt gefasst: „Die Vertragspartner legen die Höhe der Pauschalen nach den Sätzen 1 und 2 kostendeckend fest; sie orientieren sich dabei an den durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz und den sonstigen Ausbildungskosten nach § 17a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie bei den Mehrkosten der Ausbildungsvergütung an der Ausbildungsvergütung nach dem Pflegeberufegesetz. Dabei sind insbesondere die angemessene Ausbildungsvergütung einschließlich der Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung sowie die erforderlichen Kosten der Praxisanleitung, Qualifizierung und Ausbildungskoordination zu berücksichtigen. § 71 Absatz 1 bis 3 findet keine Anwendung. Die Pauschalen sind nach der Größe der Einrichtung zu differenzieren.“

   Hilfsweise ist klarzustellen, dass die Pauschalen bei der Anwendung des § 71 gesondert von den Vergütungen nach Absatz 3 betrachtet werden und die erstmalige Festsetzung nicht an § 71 gebunden ist. Die Ausbildungspauschalen dürfen nicht zulasten der Vergütung physiotherapeutischer Behandlungsleistungen finanziert werden.

   c) Die Sätze 5 und 6 werden gestrichen. Hilfsweise werden sie wie folgt gefasst: „Bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sind Personen, die nach Teil 2 Kapitel 1 des Physiotherapeutengesetzes und nach Teil 2 des Medizinische Massagetherapeutengesetzes ausgebildet werden, im Verhältnis 14 zu 1 auf die Stelle einer voll ausgebildeten Person anzurechnen. Die Anrechnung erfolgt nicht für Personen im ersten Ausbildungsdrittel und nur für die Stunden der praktischen Ausbildung, die beim Träger der praktischen Ausbildung selbst absolviert werden.“

   d) Satz 7 ist zu streichen. Hilfsweise wird Satz 7 wie folgt gefasst: „Einnahmen der Leistungserbringer, die nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet werden, mindern die Pauschalen nach den Sätzen 1 und 2 nicht. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen beteiligen sich mit einem Anteil von 17 Prozent an den Ausgaben für die Pauschalen nach den Sätzen 1 und 2; der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. vereinbaren das Nähere zur Zahlung.“

   In Satz 10 werden nach den Wörtern „zur Finanzierung der Pauschalen nach Sätze 1 und 2“ die Wörter „abzüglich der Beteiligung nach Satz 7“ eingefügt.

   e) Im bisherigen Satz 9 wird die Angabe „bis zum […]“ durch die Angabe „bis zum 31. Dezember 2027“ ersetzt; nach den Wörtern „innerhalb von drei Monaten fest“ werden die Wörter „; die Festsetzung gilt ab dem 1. Januar 2028“ eingefügt.

3. Artikel 8 Absatz 3 wird aufgehoben. § 29 PhyThG, § 28 MedMThG und § 60a PhyThG treten am 1. Januar 2028 in Kraft.

10. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, Studien- und Prüfungsverordnung und Fristen (§§ 98, 99; Artikel 7 und 8)

a) Regelung im Entwurf

Das Bundesministerium für Gesundheit „wird ermächtigt, in einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die berufliche Ausbildung in der Physiotherapie nach diesem Gesetz, die der Zustimmung des Bundesrates bedarf, Folgendes zu regeln: 1. die Mindestanforderungen an die berufliche Ausbildung nach Teil 2 Kapitel 1 einschließlich der praktischen Ausbildung“ (§ 98 Absatz 1, S. 57); entsprechend für das Studium § 99 (S. 58). Nach der Begründung werden die Mindestanforderungen des Ausbildungsziels „durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nach § 98 weiter konkretisiert“ (S. 173). Die Ermächtigungen treten am Tag nach der Verkündung in Kraft, das Gesetz im Übrigen am 1. Januar 2028 (Artikel 8 Absatz 1 und 2, S. 105); das Masseur- und Physiotherapeutengesetz tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2027 außer Kraft (Artikel 7, S. 105). Eine Frist für den Erlass der Verordnungen enthält der Entwurf nicht.

b) Bewertung von VPT und IFK

Die Inhalte der neuen Ausbildung ergeben sich erst aus den Verordnungen: Stundenverteilung, Umfang der Zertifikatsintegration, Prüfungen und Anforderungen an die praktische Ausbildung. Schulen müssen schulinterne Curricula erstellen (§ 17 Nummer 3), Länder ihre Rahmenlehrpläne anpassen, Hochschulen ihre Studiengänge akkreditieren lassen (§ 41). Dafür ist ein Vorlauf von mindestens sechs Monaten erforderlich. Ohne Frist hängt der Start der Reform am 1. Januar 2028 an einem nachgelagerten Verfahren, dessen Abschluss offen ist.

VPT und IFK fordern verbindliche Fristen überall dort, wo eine Regelung auszulaufen oder sich zu verzögern droht. Wird eine Verordnung nicht rechtzeitig erlassen, darf die neue Ausbildung nicht ohne Inhalte beginnen. Die Übergangsregelung, nach der Ausbildungen nach bisherigem Recht noch bis zum 31. Dezember 2028 begonnen werden können (§ 104 Absatz 1, S. 60), mildert dies ab; sie ist in diesem Fall entsprechend zu verlängern. Die Verbände der Physiotherapie sind frühzeitig zu beteiligen.

VPT und IFK fordern, die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und die Studien- und Prüfungsverordnung bis zum 30. Juni 2027 zu erlassen.

c) Änderungsvorschlag

1. Dem § 98 wird folgender Absatz 3 angefügt: „(3) Die Rechtsverordnung nach Absatz 1 ist bis zum 30. Juni 2027 zu erlassen. Vor ihrem Erlass sind die maßgeblichen Verbände der Physiotherapie anzuhören.“ Dem § 99 und Artikel 2 § 61 ist ein entsprechender Absatz anzufügen.

2. a) Dem § 104 wird folgender Absatz 5 angefügt:

   „(5) Ist die Rechtsverordnung nach § 98 nicht bis zum 30. Juni 2027 verkündet, verlängern sich die Fristen nach Absatz 1 um den Zeitraum zwischen dem 30. Juni 2027 und dem Tag ihrer Verkündung.“

   b) Dem § 105 wird folgender Absatz 3 angefügt:

   „(3) Ist die Rechtsverordnung nach § 99 nicht bis zum 30. Juni 2027 verkündet, verlängern sich die Fristen nach Absatz 1 um den Zeitraum zwischen dem 30. Juni 2027 und dem Tag ihrer Verkündung.“

c) In Artikel 2 wird dem § 64 folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Ist die Rechtsverordnung nach § 61 nicht bis zum 30. Juni 2027 verkündet, verlängern sich die Fristen nach Absatz 1 um den Zeitraum zwischen dem 30. Juni 2027 und dem Tag ihrer Verkündung."

3. Die weiteren Fristen ergeben sich aus II.2 (Direktzugang: 31. Dezember 2028), II.4 (Abrechnungsfähigkeit: 31. Dezember 2027), II.9 (Pauschalen: 31. Dezember 2027) und II.12 (Evaluation: 2031 und 2034).

11. Medizinische Massagetherapie (Artikel 2; § 10 Absatz 4 und 5, § 38, § 103)

a) Regelung im Entwurf

Mit der Erlaubnis in der Medizinischen Massagetherapie „können diese wie bisher alle entsprechenden Maßnahmen der Physiotherapie, für die keine Zusatzqualifikation erforderlich ist, erbringen" (S. 108). Für künftige Medizinische Massagetherapeutinnen und Massagetherapeuten bestimmt § 10 Absatz 4 (S. 18): „Die zuständige Behörde verkürzt die Ausbildungsdauer auf Antrag 1. um die Hälfte bei Personen, die die staatliche Prüfung nach § 19 des Medizinische Massagetherapeutengesetzes bestanden haben, 2. um zwei Drittel bei Personen, die […] mindestens fünf Jahre in diesem Beruf tätig waren." Nach § 10 Absatz 5 können zusätzlich Fort- oder Weiterbildungen angerechnet werden, die den verkürzten Unterricht um höchstens weitere drei Monate oder 350 Stunden verkürzen.

Für die heutigen Masseurinnen und medizinischen Bademeisterinnen und Masseure und medizinischen Bademeister verkürzt die Behörde die Ausbildung dagegen nur „höchstens um die Hälfte" beziehungsweise „höchstens um zwei Drittel" (§ 103 Absatz 1, S. 60). Die Begründung stellt klar: „Die Entscheidung erfolgt im Ergebnis einer Ermessensentscheidung im Einzelfall. Eine gebundene behördliche Entscheidung über die Anrechnung erscheint – anders als nach bisheriger Rechtslage – […] nicht mehr angezeigt. Auch eine – nach bisheriger Rechtslage mögliche – weitere Verkürzung der Ausbildungsdauer durch eine Anrechnung von Fort- und Weiterbildungen erscheint nicht mehr sachgerecht" (S. 223).

Den Zugang zum Studium regelt § 38 Absatz 1 Nummer 1 (S. 31) für Personen mit zwölfjähriger Schulausbildung oder Berufsausbildung in der Physiotherapie; die Länder können den Zugang abweichend regeln (§ 38 Absatz 2). Die Begründung verweist hierzu auf den Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 6. März 2009 zum Hochschulzugang beruflich Qualifizierter (S. 195).

b) Bewertung von VPT und IFK

VPT und IFK begrüßen die Modernisierung der Medizinischen Massagetherapie. Der Beruf bleibt mit seinem Leistungsumfang und seiner Selbständigkeit erhalten, erhält eine zeitgemäße Bezeichnung und einen geregelten Durchstieg in die Physiotherapie.

Die heutigen Masseurinnen und Masseure werden beim Durchstieg jedoch schlechter gestellt als die künftigen Medizinischen Massagetherapeutinnen und Massagetherapeuten: Ermessen statt gebundener Entscheidung, keine Anrechnung von Fort- und Weiterbildungen. Die Begründung verweist auf die umfassende Novellierung und die kompetenzorientierte Ausgestaltung der neuen Ausbildung (S. 223). Dies überzeugt nicht: Auch die heutigen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten wurden nach bisherigem Recht ausgebildet und ihre Erlaubnis gilt unverändert fort (§ 101). Gerade Masseurinnen und Masseure mit langer Berufserfahrung und umfangreicher Fortbildung sind ein naheliegendes Potenzial für die

Fachkräftegewinnung in der Physiotherapie. Gleichbehandlung ist hier auch versorgungspolitisch geboten.

Für das Ausbildungsziel der Medizinischen Massagetherapie gelten die Ausführungen zu II.3 entsprechend. VPT und IFK regen zudem an, den Hochschulzugang beruflich qualifizierter Massagetherapeutinnen und Massagetherapeuten bundeseinheitlich nach dem Vorbild des von der Begründung selbst genannten KMK-Beschlusses zu regeln.

Redaktionell ist in Artikel 2 § 14 Absatz 2 klarzustellen, dass die Nummern 1 und 2 alternativ und die Nummern 3 und 4 kumulativ gelten; in Artikel 6 ist die Bezeichnung „Medinizische Massagetherapeutengesetz“ zu berichtigen.

VPT und IFK fordern, die heutigen Masseurinnen und med. Bademeisterinnen und Masseure und med. Bademeister beim Durchstieg in die Physiotherapie mit den künftigen Medizinischen Massagetherapeutinnen und Medizinischen Massagetherapeuten gleichzustellen.

c) Änderungsvorschlag

1. In § 103 Absatz 1 Nummer 1 und 2 wird jeweils das Wort „höchstens“ gestrichen.

2. Nach § 103 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt: „(1a) In den Fällen des Absatzes 1 Nummer 2 kann die zuständige Behörde auf Antrag zusätzlich Fort- oder Weiterbildungen im gleichwertigen Umfang auf den verkürzten theoretischen und praktischen Unterricht anrechnen; § 10 Absatz 5 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

3. Dem § 38 Absatz 1 Nummer 1 wird folgender Buchstabe d angefügt: „d) den Abschluss einer erfolgreich absolvierten Berufsausbildung in der Medizinischen Massagetherapie nach dem Medizinische Massagetherapeutengesetz oder zur Masseurin und medizinischen Bademeisterin oder zum Masseur und medizinischen Bademeister nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz in der bis zum 31. Dezember 2027 geltenden Fassung und eine mindestens dreijährige Berufstätigkeit in diesem Beruf,“.

4. Artikel 2 § 14 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2 werden zu folgender Nummer 1 zusammengefasst: „1. über die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1 oder nach § 1 Absatz 1 Nummer 1 oder 2 des Physiotherapeutengesetzes verfügt,“; die folgenden Nummern werden Nummern 2 und 3, Verweisungen sind anzupassen.

12. Evaluation (neu § 109)

a) Regelung im Entwurf

Eine Evaluierungsvorschrift enthält der Normtext nicht. Nach der Begründung soll die Evaluierung „sechs Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzentwurfes erfolgen“. „Gegenstand der Evaluierung […] soll sein, ob sie ihr Hauptziel der Attraktivitätssteigerung der Berufe in der Physiotherapie insgesamt erreicht.“ Dazu sollen die Zahlen der Studiengänge, Absolvierenden und Zugangswege erhoben werden (S. 168 f.).

b) Bewertung von VPT und IFK

Eine Evaluation, die nur in der Begründung steht, ist nicht verbindlich. Sie beschränkt sich zudem auf die Attraktivität und blendet die Perspektiven aus, die der Entwurf selbst eröffnet: den Direktzugang und weiterführende Masterstudiengänge (S. 2). Ebenso wenig werden die Qualität

der Versorgung, die Entwicklung der ambulanten Ausbildungsplätze und die Auskömmlichkeit der Refinanzierung erfasst.

Die Evaluation ist gesetzlich zu verankern und mit einem Prüfauftrag zu versehen. Maßstab für die Akademisierungsquote ist die Empfehlung des Wissenschaftsrates. Die Evaluation hat zu prüfen, ob die Voraussetzungen für weitere Schritte in Richtung Vollakademisierung vorliegen, und den Bedarf an bundesrechtlich geregelten, auch klinischen Masterstudiengängen zu bewerten. Das Psychotherapeutengesetz zeigt, dass ein Bundesberufsgesetz Bachelor- und Masterqualifikation verbinden kann. Ein Zwischenbericht im Jahr 2031 ermöglicht rechtzeitige Korrekturen, insbesondere bei der Nachqualifizierung und beim Direktzugang. Der Abschlussbericht im Jahr 2034 entspricht dem vom Entwurf vorgesehenen Zeitraum von sechs Jahren.

VPT und IFK fordern eine gesetzlich verankerte und durch das Bundesministerium für Gesundheit finanzierte Evaluation mit Prüfauftrag zum Berufsgesetz, insbesondere zur Akademisierungsquote und zu Masterstudiengängen sowie Berichte an den Deutschen Bundestag in den Jahren 2031 und 2034.

c) Änderungsvorschlag

Nach § 108 wird folgender § 109 eingefügt:

„§ 109 Evaluation

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Auswirkungen dieses Gesetzes unter Beteiligung der Länder und der maßgeblichen Verbände der Physiotherapie. Gegenstand der Evaluation sind insbesondere 1. die Entwicklung der Zahl der Auszubildenden, Studierenden und Absolventinnen und Absolventen sowie der erreichte Anteil hochschulisch qualifizierter Berufsangehöriger, gemessen an der Empfehlung des Wissenschaftsrates, 2. die Entwicklung des Angebots an Studienplätzen nach § 39 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 bis 3 sowie an Plätzen für die praktische Ausbildung in ambulanten und stationären Einrichtungen, 3. die Inanspruchnahme der Nachqualifizierung nach § 2b, 4. die Umsetzung der Versorgung ohne vertragsärztliche Verordnung nach § 32 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und ihre Auswirkungen auf Versorgung, Qualität und Wirtschaftlichkeit, 5. die Höhe der Ausbildungsvergütung und der Vergütung im Studium sowie die Auskömmlichkeit der Refinanzierung nach § 125 Absatz 2b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 17a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, 6. der Bedarf an weiterführenden, auch klinischen Masterstudiengängen und an deren bundesrechtlicher Regelung sowie 7. die Frage, ob die Voraussetzungen für weitere Schritte hin zu einer vollständigen hochschulischen Ausbildung in der Physiotherapie vorliegen.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit legt dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2031 einen Zwischenbericht und bis zum 31. Dezember 2034 einen Abschlussbericht vor. Die Berichte enthalten Empfehlungen zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen.“

III. Schlussbemerkung

Als Ausbildungsreform ist der Referentenentwurf ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, für die Weiterentwicklung der Professionen bleibt er an mehreren Stellen unvollständig. Ob die Reform die Physiotherapie dauerhaft stärkt oder die Berufsgruppe teilt, entscheidet sich an vier Punkten: an einem Weg zur Heilkundebefugnis für die heute tätigen Berufsangehörigen und die künftig berufsfachschulisch Ausgebildeten, an der sozialrechtlichen Verankerung des Direktzugangs, an einer angemessenen Vergütung im Studium und an einer auskömmlichen Refinanzierung der ambulanten Ausbildung, die ihre Benachteiligung gegenüber den

Krankenhäusern aufhebt. VPT und IFK stehen dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Gesetzgeber für die weitere Ausgestaltung, insbesondere der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, zur Verfügung.

Übersicht der vorgeschlagenen Fristen

1. 30. Juni 2027: Erlass der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen und der Studien- und Prüfungsverordnung (§§ 98, 99 PhyThG, § 61 MedMThG)(II.10).
2. 31. Dezember 2027: Vereinbarung der Pauschalen nach § 125 Absatz 2b SGB V einschließlich der Pauschale für die Praxisanleitung (II.8, II.9) und Regelung der Abrechnungsfähigkeit der integrierten Zertifikatsleistungen (II.4).
3. 1. Januar 2028: Inkrafttreten der Nachqualifizierung (II.1) sowie nach Auffassung von VPT und IFK der Vergütungspflicht in Ausbildung und dualem Studium (II.6, II.9).
4. 31. Dezember 2028: Regelung der Versorgung im Direktzugang durch die Vertragspartner nach § 125 SGB V und Anpassung der Heilmittel-Richtlinie (II.2).
5. 31. Dezember 2031: Zwischenbericht der Evaluation an den Deutschen Bundestag (II.12).
6. 31. Dezember 2034: Abschlussbericht der Evaluation (II.12).
7. 31. Dezember 2036: Ende der Übergangsregelungen für Praxisanleitung und Schulen, für die Anleitung im Studium mit Verlängerungsmöglichkeit auf Grundlage der Evaluation (II.7, II.8).