

Akademisierung und Professionalisierung der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Folgen und Wirkungen für die Versorgung

Bernhard Borgetto und Andrea Pfingsten

Inhaltsverzeichnis

7.1	Einleitung – 84
7.2	Akademisierung der Therapieberufe – 85
7.3	Evaluation der Modellstudiengänge – 85
7.4	Direktzugang – 87
7.4.1	Fallbeispiel Direktzugang in der Physiotherapie – 87
7.4.2	Notwendige Kompetenzen für den Direktzugang – 87
7.4.3	Vermittlung der Kompetenzen für den Direktzugang – 89
7.5	Diskussion und Ausblick – 89
	Literatur – 90

■ ■ Zusammenfassung

Die veränderten Anforderungen und Bedarfe in der Gesundheitsversorgung und deren Zunahme an Komplexität erfordern eine Weiterentwicklung der interprofessionellen Kooperation und der Qualifikationen der Gesundheitsberufe. Ansonsten droht ein zunehmender Qualitätsverlust in der Versorgung. Daher hat sich auch eine anhaltende Diskussion um die Akademisierung der Therapieberufe Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie entwickelt. Nach mehr als 15 Jahren Modellphase und einer positiven Evaluation zeichnet sich ab, dass in den nächsten Jahren tatsächlich eine grundlegende Reform der Berufsgesetze umgesetzt werden könnte. Internationale Erfahrungen und Studien verweisen darauf, dass die Einführung des Direktzugangs in vielen Ländern ein zentraler Reformbaustein war, der die Versorgungsqualität, die Versorgungseffizienz und die Versorgungssicherheit verbessert hat. In der Regel ist dem Direktzugang international eine Akademisierung der Therapieberufe vorausgegangen. Auch in Deutschland wird eine Akademisierung als Voraussetzung für einen Direktzugang diskutiert. Mit einem entsprechenden Reformansatz und Ausbau der Studienplätze in diesem Bereich könnte ein großer Schritt in Richtung Verbesserung der Heilmittelversorgung gegangen werden.

7.1 Einleitung

In Deutschland befinden sich die Anforderungen und Bedarfe in der Gesundheitsversorgung wie in den meisten westlich geprägten Ländern im Wandel. Insbesondere die Komplexität und Häufigkeit von Versorgungssituationen nehmen aus mehreren Gründen zu. Zu nennen ist zunächst der fortschreitende epidemiologische Wandel aufgrund der Zunahme von chronischen und insbesondere psychischen Erkrankungen, von Multimorbidität, von Mehrfachbehinderungen und von Alterserkrankun-

gen aufgrund der demographischen Entwicklung (vgl. Borgetto und Siegel 2009, S. 113ff). Gleichzeitig verändern sich die Möglichkeiten der Versorgung wegen des schnellen therapeutischen Fortschritts, nicht zuletzt aufgrund von digitalen Therapieangeboten in unterschiedlichsten Facetten (vgl. z. B. Stangenberg-Gliss et al. 2023) und der immer schneller werdenden Wissensentwicklung (Scherer et al. 2020). Die knapper werdenden finanziellen Ressourcen von Staat und Sozialversicherung schließlich setzen den Versorgungsmöglichkeiten Grenzen und begründen hohe Anforderungen an die Versorgungseffizienz.

Sowohl aus fiskalischer als auch aus epidemiologischer Perspektive ergeben sich so neue Anforderungen an das Gesundheitssystem und an die in ihm tätigen Berufsgruppen. Diese Anforderungen verlangen auf lange Sicht eine Umsteuerung der Prioritäten und Ressourcen des Gesundheitssystems: weg von der Akutmedizin und hin zu mehr Rehabilitation, Pflege, Prävention und Gesundheitsförderung. Der epidemiologische Wandel und der therapeutische Fortschritt sind die wichtigsten Ursachen für die steigende Komplexität vieler Versorgungssituationen und -verläufe. Diese erfordert eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Kooperation jenseits der üblichen innerärztlichen „Interdisziplinarität“. Diese Kooperation funktioniert nur dann, wenn die Arztzentriertheit des Versorgungssystems überwunden wird und die therapeutischen und pflegerischen Gesundheitsberufe adäquat auf die veränderten Versorgungsbedarfe sowie Aufgabenzuschnitte und -verteilungen zwischen den Gesundheitsberufen vorbereitet werden. Dies macht für die Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen neue Qualifikationszuschnitte erforderlich (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007). Diese Anforderungen verweisen auf eine Bedeutungszunahme nicht nur der therapeutischen Gesundheitsberufe, sondern auch auf dringend erforderliche fachliche und berufspolitische Weiterentwicklungen.

7.2 Akademisierung der Therapieberufe

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Diskussion um die Akademisierung der Therapieberufe an Bedeutung. Sie reicht jedoch deutlich weiter zurück: Bereits 2001 wurde der erste Bachelor-Studiengang für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie an einer deutschen staatlichen Hochschule eingerichtet (Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung 2003). Dennoch ist erst seit 2017 ein ernsthafter politischer Reformprozess erkennbar. Für die Akademisierung stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, in welchem Umfang sie umgesetzt werden soll. Laut Koalitionsvertrag ist eine Teilakademisierung vorgesehen – weiterhin. Noch ist diese Zielvereinbarung der Regierungspartner jedoch nicht Gesetz. Noch immer gibt es eine Vielzahl von Stimmen, u. a. die Deutsche Hochschulmedizin e. V., der Zusammenschluss der Universitätskliniken und der Medizinischen Fakultäten in Deutschland und die Hochschulrektorenkonferenz, die eine Vollakademisierung der Therapieberufe fordern, so z. B. 2021 im Rahmen des Konsultationsverfahren zur Vorbereitung eines späteren Referentenentwurfs über die Berufe in der Physiotherapie¹ (Deutsche Hochschulmedizin e. V. 2021). Und auch den Befürworterinnen und Befürwortern einer Vollakademisierung geht es nicht um eine Umsetzung einer Vollakademisierung von heute auf morgen, sondern um den Beginn eines geordneten Prozesses, der bestenfalls in einem Transformationszeitraum von 10–15 Jahren vollzogen werden kann – mit Ausnahme der Logopädie, die als kleinste und bislang am stärksten akademisierte Berufsgruppe auch in einem deutlichen kürzeren Zeitraum vollständig akademisiert werden kann. Dabei muss, um Missverständnissen vorzubeugen, noch einmal betont werden, dass eine Teilakademisierung die Akademisierung eines Teils der jeweili-

gen Berufsgruppe bedeutet und nicht die teilweise Akademisierung aller in einer Berufsgruppe.

In welchem Umfang die Akademisierung sich weiterhin entwickelt, wird stark von den Rahmenbedingungen abhängen, die in dem Reformprozess gestaltet werden, und von den finanziellen Mitteln, die dafür insbesondere seitens der Bundesländer zur Verfügung gestellt werden. Die Politik ist jedoch meist von dem Zeitraum einer Legislaturperiode geprägt. Nach deren Ablauf steht die Frage an, ob Abgeordnete und Parteien in der Bundes- oder Landesregierung wiedergewählt werden. Daher beeinflusst die Frage, welchen kurzfristig sichtbaren Nutzen ein Gesetz hat, mitunter deutlich deren Reformperspektive. Wenn, wie hier, Reformgesetze auch die Bundesländer betreffen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten wählen, sodass praktisch in jedem Jahr mehrere Landtagswahlen stattfinden, vervielfältigt sich das Problem. Deshalb muss die Politik immer wieder auch auf die mittel- und langfristigen Folgen politischen Handelns hingewiesen werden. Dies führt zu der Frage, was eine Akademisierung der Therapieberufe bewirkt, welche Folgen sie hat und welche Probleme sie löst.

7.3 Evaluation der Modellstudiengänge

Die modellhafte Erprobung der hochschulischen Erstausbildung in den therapeutischen Gesundheitsberufen (und der Hebammenkunde) war seit dem Start im Jahr 2009 an verpflichtende Evaluationsmaßnahmen gebunden. Hierfür wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2009) ein umfassender Fragenkatalog als Bestandteil einer einheitlichen Evaluationsrichtlinie herausgegeben, um aus den Ergebnissen Schlussfolgerungen für die Zukunft der akademischen Erstausbildungen an Hochschulen ableiten zu können.

In dem zweiten Bericht der Bundesregierung über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in

1 Die Stellungnahmen wurden leider nicht veröffentlicht und sind nur z. T. zur Zitation freigegeben.

die Berufsgesetze der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie werden den überwiegen- den Evaluationsberichten der Bundesländer zufolge bzgl. des Mehrwerts einer hochschulischen Ausbildung, *insbesondere im Hinblick auf die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten*, u. a. folgende Aspekte hervorgehoben (Bundesregierung 2021, S. 43):

- Die Absolventinnen und Absolventen von Hochschulstudiengängen erzielen einen Mehrwert hinsichtlich des Behandlungserfolges, der Behandlungslänge, des längerfristig anhaltenden Therapieergebnisses und einer verbesserten Patientenorientierung. Dieser Mehrwert wird insbesondere begründet durch die konsequente Anwendung evidenzbasierter Maßnahmen in Therapie und Prävention und die Befähigung, Maßnahmen mit geeigneten Instrumenten zu bewerten, zu reflektieren und weiterzuentwickeln.
- Hinzu kommen eine erleichterte interprofessionelle Kommunikation, Koordination und Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team, die Befähigung zur Schulung und Anleitung der Patientinnen und Patienten zum Selbstmanagement sowie das wissenschaftlich-reflektierte Arbeiten. Darüber hinaus führt die hochschulische Ausbildung zu einer besseren Bewältigung der zunehmenden Herausforderungen in der Patientenversorgung, die sich insbesondere durch die Zunahme von Multimorbidität und chronischen Erkrankungen, den demographischen Wandel, die Digitalisierung und die ökonomische Effizienz ergeben.

Als *Mehrwert der hochschulischen Ausbildung für das Gesundheitssystem insgesamt* ergibt sich laut Evaluationsbericht eine höhere Effizienz und Effektivität in der Patientenversorgung und im Gesundheitssystem insgesamt u. a. durch:

- Kostensenkungen wegen qualitativ höherwertiger Therapien und einer Interprofessionalität der Therapieberufe, durch die erhebliche Effizienzreserven freigesetzt würden,

- eine Stärkung der Versorgungsstrukturen
- eine Erweiterung der Möglichkeit von Substitutionen und Delegationen ärztlicher Tätigkeiten z. B. durch einen Direktzugang,
- eine Ausweitung der Tätigkeitsfelder und Handlungskompetenzen,
- ein verstärkter Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung und
- eine Steigerung der Attraktivität der Berufe und Erleichterung der Zuwanderung von europäischen Therapeutinnen und Therapeuten und damit eine Reduktion des Fachkräftemangels.

Die Vor- und Nachteile einer Akademisierung fasst die Bundesregierung auf der Grundlage der Evaluationsberichte der Bundesländer folgendermaßen zusammen (Bundesregierung 2021, S. 44):

„Durch die im Rahmen der hochschulischen Ausbildung erlangten Fähigkeiten wird im Hinblick auf die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten überwiegend ein Mehrwert gesehen. Im Hinblick auf den Mehrwert einer hochschulischen Ausbildung für das Gesundheitssystem werden verschiedene Aspekte benannt. Daneben werden weitere darüberhinausgehende positive Aspekte einer hochschulischen Ausbildung aufgeführt. Dieser Mehrwert rechtfertigt überwiegend auch den mit einer hochschulischen Ausbildung verbundenen Mehraufwand. Bei einer Teilakademisierung kann grundsätzlich angenommen werden, dass fachschulische und hochschulische Ausbildungen nebeneinander bestehen werden. Bei einer Vollakademisierung müssten die Fachschulen perspektivisch ihren Betrieb grundsätzlich einstellen, wenn es keine Alternativlösungen gibt.“

Diese Evaluationsergebnisse werden u. a. durch eine Befragung unter Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern bestätigt. Durch die Befragung wurde beispielsweise deutlich, dass 70 bis 91 % der befragten Arbeitgeber die Kompetenzen in Bezug auf Wissenschaftlichkeit, Fähigkeiten der Prozesssteuerung und Qualitätssicherung bei Absolventinnen und Absolventen von Modellstudiengängen in den Gesundheits-

fachberufen höher bewerten als bei Absolventinnen und Absolventen von Berufsfachschulen. Zudem nehmen 93 % der befragten Arbeitgeberinnen und -geber die Kompetenz zur interprofessionellen Zusammenarbeit als ausgeprägt wahr und etwas mehr als die Hälfte als höher als bei Berufsfachschulabsolventinnen und -absolventen (Dieterich et al. 2019).

7.4 Direktzugang

Einer der genannten Aspekte ist von zentraler Bedeutung für die Frage danach, was eine Akademisierung bewirken kann: der Direktzugang. Unter Direktzugang versteht man im Kern die Möglichkeit, therapeutische Heilmittel wie Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie ohne vorherige ärztliche Verordnung direkt in Anspruch zu nehmen. Die Therapeutinnen und Therapeuten führen eigenständig eine Untersuchung durch, stellen eine Diagnose, entscheiden über die Behandlungsnotwendigkeit, leiten ggf. die Therapie ein und/oder verweisen die Patientinnen und Patienten bei Bedarf an eine Ärztin oder einen Arzt oder initiieren eine Notfallversorgung. Derzeit verfügt die Ärzteschaft noch über das weitgehend monopolartige Recht zur Diagnosestellung, zu operativen Eingriffen sowie zur Verordnung von Heilmaßnahmen, insbesondere von Medikamenten und Heilmitteln.

7.4.1 Fallbeispiel Direktzugang in der Physiotherapie

Die Auswirkungen des Direktzugangs können am Beispiel der Physiotherapie dargestellt werden. Im Rahmen eines Scoping Reviews von Cattrysse et al. wurde aus fünf systematischen Reviews – von denen einer eine sehr hohe Qualität aufwies – zusammengefasst, dass der Direktzugang zu Physiotherapie für Patientinnen und Patienten, Therapeutinnen und Therapeuten und die Gesellschaft insgesamt Vorteile bringt. Es werden weniger Medikamente verschrieben und genommen, es

werden weniger bildgebende Verfahren veranlasst und es erfolgen weniger erneute Besuche bei Ärztinnen und Ärzten. Zudem verweisen die Ergebnisse darauf, dass weniger Einheiten Physiotherapie erforderlich sind und die Therapie früher beendet werden kann. Es entstehen bei dieser Art des Zugangs zur Physiotherapie geringere pharmakologische Kosten, weniger Krankheitstage und weniger Gesamtkosten.

Die Patientinnen und Patienten zeigen sich bei diesem Review zufriedener, sie zeigen mehr Compliance und es kommt aufgrund der kürzeren Therapiedauer insgesamt zu weniger Wartezeiten in der Praxis. Möglich erscheint aufgrund der Reviewergebnisse auch, dass ein Direktzugang zu besserer funktioneller Leistungsfähigkeit im Sinne von Aktivität und Teilhabe sowie Lebensqualität führt. Aus vier Studien ergänzten die Autorinnen bzw. Autoren eine durch Patientinnen und Patienten wahrgenommene nachhaltigere Verbesserung des Gesundheitszustandes und sehr gute Kommunikations- und Informationskompetenzen der Therapeutinnen und Therapeuten sowie wahrgenommene Vorteile hinsichtlich gemeinsamer Entscheidungsfindung und besserem Selbstmanagement. Nur selten wurde über eine verzögerte Überweisung zu einer weiterführenden Versorgung oder Behandlungen bei ausbleibender Verbesserung berichtet. Leitlinien wurden besser eingehalten und auch in diesen vier Primärstudien wurden bei Direktzugang weniger Medikamente und Bildgebung genutzt sowie seltener operiert (Cattrysse et al. 2024).

7.4.2 Notwendige Kompetenzen für den Direktzugang

Allerdings ist festzustellen, dass in den Ländern, in denen es einen Direktzugang zu den Therapeutinnen und Therapeuten gibt, diese auch einen akademischen Abschluss haben – nicht ohne Grund. Ein aktueller Scoping-Review mit 62 eingeschlossenen Studien identifizierte 24 für einen Direktzugang bei Patientinnen und Patienten mit muskuloskeletta-

7
 len Erkrankungen erforderliche Kompetenzen (Iske et al. 2025). Diese lassen sich fünf Domänen zuordnen. Unter der Domäne „Bewertung und Beurteilung“ werden neben Planung und Durchführung von Anamnese, Untersuchung und Behandlung beispielsweise auch die Nutzung von Assessments zur psychischen Verfassung und die Interpretation radiologischer sowie biologischer Befunde aufgeführt. Im Rahmen der Domäne „Management und Intervention“ werden Triage-Fähigkeiten für die Überweisung an andere Versorgerinnen und Versorger und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit akuten gesundheitlichen Problemlagen benannt. Der Aufbau einer therapeutischen Allianz, die Kommunikation mit Angehörigen und kulturelle Sensibilität lassen sich unter der Domäne „Kommunikation“ einordnen. Zu „Kooperation und Kollaboration“ zählen Kooperationsfähigkeiten in multidisziplinären und interprofessionellen Teams genauso wie die Gewährleistung einer koordinierten multidisziplinären Versorgung, aber beispielsweise auch Nachsorge und Entlassungskoordination. Die Kenntnis von Verhaltenskodizes, rechtlichen und ethischen Standards ist Teil der Domäne „Professionalität und Führung“. Genauso lassen sich das Leisten eines Beitrags zur Verbreitung von Wissen auf der Grundlage evidenzbasierter Versorgung sowie Engagement und Verpflichtung für lebenslanges Lernen unter dieser Domäne subsumieren.

Alle 24 ermittelten Kompetenzen müssen zumindest dem im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR; Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen 2013) auf Stufe 6 beschriebenen Kompetenzniveau zugeordnet werden. Die Ausbildungen der Therapieberufe sind jedoch auch auf DQR-Niveau 4 verortet. Die derzeitige „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV)“ enthält ebenso wenig wie die „Logopädische Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden“ (LogAPrO) und die „Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung“ (ErgThAPrV) formulierte Kompetenzziele, sondern Stundenzahlen zu Fächern

und Inhalten, denen die für den Direktzugang erforderlichen Kompetenzen bestenfalls teilweise zugeordnet werden können. Insbesondere fehlen im Hinblick auf die Physiotherapie Kompetenzen der Diagnosestellung und Differentialdiagnose und es sind nur wenige Stunden für Psychologie, Pädagogik und Soziologie vorgesehen. Aber auch die erforderlichen Triage-Fähigkeiten für Überweisungen sind in der PhysTh-APrV nicht enthalten.

Dass diese Kompetenzen für den Direktzugang in der berufsfachschulischen Ausbildung fehlen und eine akademische Ausbildung im Gegensatz zur Berufsfachschulausbildung für den Direktzugang qualifizieren kann, wurde bereits mehrfach aufgezeigt (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2020; Konrad et al. 2017; Rohrbach et al. 2013; Wich und Rübiger 2016; Zalpour 2008). Durch den Review von Iske et al. (Iske et al. 2025) wurden Kompetenzen am Beispiel muskuloskelettaler Erkrankungen detailliert erfasst und durch die Zuordnung zum DQR wird deutlich, dass diese Kompetenzen überwiegend nicht in der PhysTh-APrV enthalten sind und auch nicht angemessen für eine Ausbildung auf Niveau 4 wären. Es ergibt also wenig Sinn, diese Kompetenzen zusätzlich in die Ausbildung aufnehmen zu wollen. In Ländern mit Direktzugang ist die Physiotherapie vollständig akademisch und entsprechende Inhalte werden an Hochschulen vermittelt (Weeber 2017).

Im Rahmen des *Clinical Reasonings* müssen Therapeutinnen und Therapeuten insbesondere im Direktzugang geeignete, valide und reliable Assessments bzw. Kombinationen derer auswählen. Die Ergebnisse der Assessments müssen analysiert sowie interpretiert werden, um daraus die Therapie mit der höchsten Wahrscheinlichkeit für die bestmögliche Prognose abzuleiten. Erneute Erhebungen mittels Assessments dienen der fortlaufenden Anpassung der Therapie. Damit wird dem Recht von Patientinnen und Patienten auf eine hochwertige evidenzbasierte Versorgung (§ 135a SGB V) nachgekommen, idealerweise, soweit möglich, auf Basis von Wissen aus Studien. Diese müssen gefunden, verstanden

und kritisch bewertet werden, um daraus Konsequenzen für die physiotherapeutische Praxis abzuleiten. Darüber hinaus brauchen Patientinnen und Patienten eine evidenzbasierte Beratung und Information, um sich im Rahmen eines *Shared Decision Makings* aktiv am Therapieprozess beteiligen zu können (Borgetto und Siegel 2009; Bourgeault et al. 2008; Wissenschaftsrat 2012). Nur durch eine evidenzbasierte und sichere Gestaltung ziehen Patientinnen und Patienten den größtmöglichen Nutzen aus einer physiotherapeutischen Versorgung im Direktzugang.

7.4.3 Vermittlung der Kompetenzen für den Direktzugang

Dem DQR 6-Kompetenzniveau entsprechend können Kernkompetenzen für das Arbeiten in einem wissenschaftlichen Fach, das Lösen umfassender fachlicher Problemstellungen und die Steuerung sowie Reflexion von Prozessen in einem komplexen und veränderlichen Arbeitsfeld erworben werden (Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen 2013, S. 20). Die Fähigkeit, das eigene Handeln kontinuierlich und strukturiert zu reflektieren sowie sich selbstständig und kritisch mit neuem Fachwissen aus der Forschung auseinanderzusetzen, ist eine Grundlage für lebenslanges Lernen – und damit eine Voraussetzung dafür, mit den dynamischen Entwicklungen im Gesundheitswesen Schritt zu halten. Diese Verbindung von Theorie, Forschung und Praxis kann nur an Hochschulen mit ihren Forschungseinrichtungen umfassend geleistet werden. Dort lernen Studierende eigenverantwortlich, erwerben ein fundiertes Verständnis physiologischer und pathologischer Prozesse und kennen die Wirkungsweise verschiedener Interventionen. Auf dieser Basis entwickeln sie die Kompetenz, theorie- und evidenzbasiert Patientinnen und Patienten zu untersuchen, Maßnahmen auszuwählen und zu gestalten. Die Versorgung wird individuell gestaltet und angepasst und damit

hocheffizient auf die vorliegende Situation der Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Durch die Berücksichtigung der Evidenz werden darüber hinaus nachweislich unwirksame Methoden identifiziert und aus der Therapie ausgeschlossen. Hochschulen bereiten zudem durch das breite Studiengangangebot innerhalb und außerhalb der Gesundheitsthematik ideal auf interprofessionelle Kooperation und Offenheit für neue Entwicklungen wie die Digitalisierung vor. Komplexe Fragestellungen können auch im multiprofessionellen Kontext bearbeitet und vertreten werden.

Für eine sichere und effiziente Einführung des Direktzugangs ist eine akademische Qualifikation erforderlich. In den Niederlanden wurde beispielsweise zuerst 1997 mit Inkrafttreten des *Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied fysiotherapeut* (Staatsblad 1997) die Physiotherapie vollständig akademisiert und 2006 dann der Direktzugang eingeführt. Die Nutzung der Möglichkeit, Physiotherapeutinnen und -therapeuten direkt aufzusuchen, stieg bereits bis 2010 auf 46 %. Von den Patientinnen und Patienten, die direkt die Physiotherapiepraxis aufgesucht hatten, wurden weniger physiotherapeutisch behandelt als von denen, die über eine Überweisung der Ärztin oder des Arztes in die Praxis kamen, und die Patientinnen und Patienten mit dem Direktzugang benötigten weniger Therapie (Swinkels et al. 2014) und zeigten eine höhere Zielerreichungsquote (Leemrijse et al. 2008). Die Einführung eines Direktzuges nach vorheriger Akademisierung war höchst erfolgreich.

7.5 Diskussion und Ausblick

Die Evaluation der primärqualifizierenden Modellstudiengänge in Deutschland hat bereits verdeutlicht, dass eine Akademisierung der Therapieberufe Kompetenzen erzeugt, die sich sowohl auf die Qualität der Versorgung als auch auf die Versorgungssicherheit positiv auswirken. Eine Akademisierung, die gezielt auf die für den Direktzugang nötigen Kompetenzen vorbereitet, würde noch ein viel größere

res Potenzial heben – vorausgesetzt natürlich, der Direktzugang wird, geknüpft an eine entsprechende akademische Qualifikation, dann auch tatsächlich eingeführt.

Es scheint, dass der Bundesgesetzgeber, der für die Reform der Therapieberufe zuständig ist, diesen Zusammenhang auch erkannt hat und bereit ist, diesen in den kommenden Berufsgesetzen zu verankern. Im Januar 2024 kursierte ein auf Ende Dezember 2023 datierter „Vor-Referentenentwurf“ für die Physiotherapie im politischen Berlin, u. a. bei den Berufs- und Bildungsverbänden der Gesundheitsberufe wie z. B. dem Hochschulverband Gesundheitsfachberufe e. V. (HVG) und dem Bündnis Therapieberufe an die Hochschulen (Borgetto 2024). Dieser Entwurf war allerdings gar nicht für die Öffentlichkeit gedacht, sondern für die Frühkoordinierung und die Ressortabstimmung innerhalb der Regierungskoalition.

Die zentrale Reformentscheidung in diesem Vorentwurf ist eine unbefristete Teilakademisierung der Physiotherapie in der Form, dass es zum selben Beruf zwei unterschiedliche Zugangs- bzw. Ausbildungswege geben soll: einen hochschulischen und einen berufs-fachschulischen.

Die Beschreibung der Studienziele und damit die mit dem Studium zu erwerbenden Kompetenzen entsprechen im Grundsatz den Erwartungen, die sich aus dem Niveau 6 des Deutschen Qualifikationsrahmen bzw. dem Niveau 1 des Qualifikationsrahmens für Deutsche Hochschulabschlüsse (HQR) ergeben. Insbesondere das Kompetenzziel der eigenverantwortlichen Steuerung, Planung und Gestaltung der Therapie inklusive physiotherapeutischer Diagnostik ist zu begrüßen. Damit sind die wesentlichen Kompetenz-Voraussetzungen für einen Direktzugang an einen Abschluss des Studiums gebunden. Der Direktzugang wird zwar in diesem Vor-Referentenentwurf nicht geregelt, aber es wird explizit auf diesen Zusammenhang hingewiesen.

Allerdings ist in der Folge von der damaligen Koalition kein Referentenentwurf für das übliche parlamentarische Verfahren vorgelegt

worden. Dem Vernehmen nach lag dies vor allem an der geplanten flächendeckenden Ausbildungsvergütung für Berufsfachschülerinnen und -schüler, die sehr hohe Kosten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verursachen würde, und die von einer der Koalitionsparteien nicht akzeptiert wurde.

Mit dem Ende der Ampel-Regierungskoalition im Herbst/Winter 2024, der folgenden Neuwahl und der mit der anschließenden Regierungsbildung verbundenen Neubesetzung der Leitung des Bundesgesundheitsministerium mit Nina Warken hat sich der Reformprozess weiter verzögert. Immerhin steht im Koalitionsvertrag (CDU, CSU, SPD 2025): „Die Berufsgesetze für Ergo- und Physiotherapie sowie Logopädie reformieren wir zügig und zukunftsfest.“ Nun bestätigte Bundesgesundheitsministerin Warken am 12. November 2025 auf dem 7. Therapiegipfel des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände (SHV) 2026 ein neues Berufsgesetz für die Physiotherapie umsetzen zu wollen. Weitere Schritte für andere Heilmittelberufsgesetze wären aus ihrer Sicht zwar denkbar, aber dazu müssten im Vorfeld Regelungen mit den Bundesländern erreicht werden. Die Richtung der Reformen ist ebenfalls klar, auch wenn in dem Koalitionsvertrag nur ein weiterer Satz zu den Therapieberufen folgt: „Eine ausschließliche Voll-Akademisierung lehnen wir ab.“ (CDU, CSU, SPD 2025) Damit wird der vielfach geforderte Start einer Transformation von einer Teil-Akademisierung zu einer Voll-Akademisierung in den Reformen dieser Bundesregierung wohl eher nicht erfolgen – und wohl auch nicht für die Logopädie.

Literatur

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2009) Bekanntmachung von Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Bekanntmachungen/Richtlinien_Modellvorhaben/Bekanntmachung-RiLi-Berufsgesetze.pdf. Zugriffen: 17. Dez. 2025

- Borgetto B (2024) HVG nimmt Stellung: Vorläufer Referentenentwurf Physiotherapie. <https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/hvg-nimmt-stellung-vorlaeuer-referentenentwurf-physiotherapie>. Zugegriffen: 17. Dez. 2025
- Borgetto B, Siegel A (Hrsg) (2009) Gesundheitsberufe. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie: Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen Grundlagen des beruflichen Handelns, 1. Aufl. Huber, Bern
- Bourgeault IL, Kuhlmann E, Neitermann E et al (2008) Wie kann ein optimaler Qualifikationsmix effektiv verwirklicht werden – und warum? Grundsatzpapier WHO. <https://iris.who.int/items/fd4a2568-a52f-4970-a120-1495df26572a>. Zugegriffen: 17. Dez. 2025
- Bund-Länder-Arbeitsgruppe (2020) Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe. Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsberufe/Eckpunkte_Gesamtkonzept_Gesundheitsfachberufe.pdf. Zugegriffen: 17. Dez. 2025
- Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (2003) Neue Studiengänge. BLK-Fachtagung am 5. Dezember 2002 in Weimar. https://www.bildungsserver.de/onlineressource.html?onlineressourcen_id=17305. Zugegriffen: 17. Dez. 2025
- Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (2013) Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen: Struktur – Zuordnungen – Verfahren – Zuständigkeiten. https://www.dqr.de/dqr/shareddocs/downloads/media/content/dqr_handbuch_01_08_2013.pdf. Zugegriffen: 17. Dez. 2025
- Bundesregierung (2021) Zweiter Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. <https://dserver.bundestag.de/btd/19/327/1932710.pdf>. Zugegriffen: 17. Dez. 2025
- Cattrysse E, van den Broeck J, Petroons R et al (2024) Impact of direct access on the quality of primary care musculoskeletal physiotherapy: A scoping review from a patient, provider, and societal perspective. Arch Physiother 14:20–28. <https://doi.org/10.33393/aop.2024.3023>
- CDU, CSU, SPD (2025) Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 21. Legislaturperiode. <https://www.koalitionsvertrag2025.de>. Zugegriffen: 17. Dez. 2025
- Deutsche Hochschulmedizin e. V. (2021) Stellungnahme. Zum Konsultationsverfahren zur Vorbereitung eines späteren Referentenentwurfs über die Berufe in der Physiotherapie. Berlin
- Dieterich S, Hoßfeld R, Latteck ÄD et al (2019) Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS): Abschlussbericht. <https://www.hsbi.de/publikationsserver/record/3799>. Zugegriffen: 17. Dez. 2025
- Iske JP, Herz P, Lüdtke K et al (2025) Kernkompetenzen von Physiotherapeut*innen für den Direktzugang von Patient*innen bei muskuloskelettalen Erkrankungen im deutschen Gesundheitssystem – ein Scoping Review [Core competencies of physiotherapists for direct access practice for patients with musculoskeletal disorders in the German healthcare system – A scoping review]. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 195:15–27. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2025.03.011>
- Konrad R, Konrad A, Geraedts M (2017) Ausbildung von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Deutschland: Bereit für den Direktzugang? [Physiotherapy Education in Germany: Ready for Direct Access?]. Gesundheitswesen 79(7):e48–e55. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1559708>
- Leemrijse CJ, Swinkels ICS, Veenhof C (2008) Direct access to physical therapy in the Netherlands: Results from the first year in community-based physical therapy. Phys Ther 88(8):936–946. <https://doi.org/10.2522/ptj.20070308>
- Rohrbach N, Grafe M, Zalpour C (2013) Ermittlung notwendiger Kompetenzen im Patient Self-Referral. physioscience 9(01):23–30. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1330637>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>. Zugegriffen: 17. Dez. 2025
- Scherer M, Hierdeis H, Berghold J (Hrsg) (2020) Medizinische Versorgung zwischen Fortschritt und Zeitdruck: Auswirkungen gesellschaftlicher Beschleunigungsprozesse auf das Gesundheitswesen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen <https://doi.org/10.13109/9783666403965>
- Staatsblad (1997) Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied fysiotherapeut. Nr 660
- Stangenberg-Gliss K, Elser A, Borgetto BM (2023) The taxonomy of „digital health interventions“ and their subgroups in the therapeutic rehabilitation of stroke patients – A scoping review / Die Taxonomie der „digitalen Gesundheitsinterventionen“ und ihrer Untergruppen in der therapeutischen Schlaganfallrehabilitation – Ein Scoping Review. Int J Health Prof 10(1):150–160. <https://doi.org/10.2478/ijhp-2023-0011>
- Swinkels ICS, Kooijman MK, Spreeuwenberg PM et al (2014) An overview of 5 years of patient self-referral for physical therapy in the Netherlands. Phys

- Ther 94(12):1785–1795. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130309>
- Weeber SJ (2017) Der physiotherapeutische Direktzugang in Deutschland. Springer, Wiesbaden <https://doi.org/10.1007/978-3-658-16768-4>
- Wich M, Rübiger J (2016) Blankoverordnung oder Direktzugang – Die Patienten müssen die Gewinner sein. physioscience 12(04):158–160. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1567144>
- Wissenschaftsrat (2012) Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12>. Zugegriffen: 17. Dez. 2025
- Zalpour C (2008) Der First-Contact-Practitioner in Deutschland – Eine Frage der Qualität und Qualifikation. Pt_zeitschrift Physiother 60:105–111

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

