

Hochschulische Ausbildung in den Therapieberufen

Heidi Höppner, Elke Kraus und Norina Lauer

Zusammenfassung

Seit 2000 bieten deutsche Hochschulen therapiebezogene Studiengänge an, um den steigenden Anforderungen im Gesundheitswesen gerecht zu werden. In diesem Kapitel werden die Einführung der Studiengänge, Studiengangformen sowie Entwicklungschancen und -barrieren akademischer Qualifikation in Therapieberufen analysiert. Es werden zehn Argumente für eine zielgerichtete Weiterentwicklung formuliert und die Folgen der aktuell anzunehmenden Teilakademisierung vorgestellt. Ziel ist eine nachhaltige, international anschlussfähige und qualitativ hochwertige hochschulische Ausbildung.

1 Drei im Blick: Studiengänge für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie

Es gibt inzwischen ca. 100 Studiengänge der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie – hier als *Therapiewissenschaften* verstanden – die in den letzten 25 Jahren in Deutschland entstanden sind. Das 7. Statistische Jahrbuch zur Lage der Gesundheitsfachberufe in Deutschland (Opta Data Zukunftsstiftung 2025) bietet einen Überblick über die Studiengänge in den Therapieberufen bis 2022/23. Für die Physiotherapie sind 39 genannt (14 primärqualifizierende Studiengänge, davon 7 an staatlichen Hochschulen, und 25 additive). Für die Ergotherapie sind es 33 (6 primärqualifizierende und 27 andere) und für die Logopädie 23 Studiengänge (7 primärqualifizierend, davon 5 staatlich, 10 ausbildungsintegrierend/-begleitend, 6 additiv; FBTT 2025b), also insgesamt 95 Studiengänge für Therapieberufe. Des Weiteren gibt es

circa 40 Masterangebote, die entweder professionsspezifische Schwerpunkte abbilden, z. B. Manuelle Therapie oder Osteopathie in der Physiotherapie bzw. Occupational Science und Betätigungszentrierung in der Ergotherapie, oder interdisziplinär ausgerichtet sind, z. B. Gesundheitsförderung, Gesundheitspädagogik oder Therapiemanagement (Opta Data Zukunftsstiftung 2025). Klassisch konsekutive Angebote in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie sind rar.

Der Schwerpunkt liegt eindeutig auf Bachelorprogrammen an Hochschulen für Angewandte Wissenschaften, was eine konsequente *Disziplinentwicklung* erschwert (WR 2023). Vor diesem Hintergrund gewinnen die neuen, bereits geschaffenen oder in Aussicht gestellten Promotionsmöglichkeiten an Fachhochschulen an Bedeutung – insbesondere, da entsprechende Programme in der Regel nicht an Universitäten angeboten werden. Promotionsinteressierte sehen sich häufig gezwungen, auf andere Disziplinen auszuweichen, was sie in der Konsequenz dem Aufbau akademischer Strukturen innerhalb der Therapiewissenschaften entzieht.

Laut HQGplus-Studie des Wissenschaftsrats (WR 2022), die allerdings auf einer bislang unzureichenden Datenlage in diesem Feld beruht, liegt die *Akademisierungsquote* in der Physiotherapie bei insgesamt 15,9 %, und bezüglich primärqualifizierender Studiengänge bei 6,1 %. Für die Ergotherapie sind es nur 3 % insgesamt und 1,6 % primärqualifizierend. Lediglich in der Logopädie beträgt die Akademisierungsquote insgesamt bereits 34,6 %, auf primärqualifizierende Studiengänge bezogen aber nur 3,1 %. Damit bleiben die Quoten der hochschulischen Qualifikation über primärqualifizierende Studiengänge deutlich hinter den bereits 2012 vom Wissenschaftsrat empfohlenen 10–20 % grundständig akademisierter Therapeut_innen (WR 2012) zurück.

Mit der aktuellen politischen Perspektive laut Koalitionsvertrag (Bundesregierung 2025), die die *Vollakademisierung* und damit eine grundlegende Ausbildungsveränderung wie in anderen Ländern ablehnt, wird der fehlende politische Wille zu einer breiten hochschulischen Verortung der Aus-

H. Höppner (✉) · E. Kraus

Alice-Salomon-Hochschule Berlin, Berlin, Deutschland
E-Mail: hoepfner@ash-berlin.eu; kraus@ash-berlin.eu

N. Lauer

OTH Regensburg, Regensburg, Deutschland
E-Mail: norina.lauer@oth-regensburg.de

bildung und einem damit verbundenen Kompetenzniveau-zuwachs, der z. B. theoretische Reflexion und Wissenschaftsentwicklung ermöglicht, deutlich (FBTT, 2025b).

Vor diesem Hintergrund stellen sich für die Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie zahlreiche Fragen, z. B.

- Welche Wirkung wird die Teilakademisierung konkret entfalten: bezogen auf Patient_innen und Gesundheitsversorgung, auf Ausbildungsstätten (Hochschule und Berufsfachschule), auf die Motivation zu Ausbildung/Studium und die Integration studierter Therapeut_innen in den Arbeitsmarkt?
- Wird es eine Zweiklassen-Versorgung im Bereich der Heilmittelerbringung geben?
- Welche Studiengangmodelle werden sich durchsetzen (primärqualifizierend, ausbildungsintegrierend, ausbildungsbegleitend oder additiv)?
- Welche Rolle spielen Universitäten/Medizinische Fakultäten bei der Etablierung von Therapiewissenschaften?
- Wie wird die Finanzierung von Ausbildung im Spannungsfeld föderalistischer Strukturen und diverser Ansiedlung in Gesundheits-, Bildungs- und Wissenschaftsressorts geregelt?
- Gibt es konkrete Bestrebungen und Pläne, insbesondere die zukunftsweisenden primärqualifizierenden Studiengänge finanziell zu fördern und ihre Wettbewerbsfähigkeit zu stärken?
- Wer trägt die Verantwortung für notwendige Veränderungen, und welche Akteur_innen könnten als treibende Kräfte für den Ausbau oder auch den Rückbau akademischer Strukturen in den Therapiewissenschaften wirken?
- Wie gelingen angesichts fehlender politischer Zielbestimmung und -förderung die Disziplinentwicklung und Förderung von Forschung?
- Werden attraktive Karrierepfade für Nachwuchswissenschaftler_innen entstehen?
- Verbleiben hochschulisch qualifizierte Absolvent_innen weiterhin überwiegend in der direkten Versorgung?
- Ist ein *Impact für die Versorgung* durch einen so marginalen Anteil hochschulisch qualifizierter Therapeut_innen überhaupt zu erwarten?

Berufs- und Hochschulverbände in Deutschland setzen sich stark für eine konsequente hochschulische Primärqualifikation und Vollakademisierung, und damit für einen Systemwandel in der Ausbildung ein (z. B. Bündnis Therapieberufe an die Hochschulen 2020; Lauer 2014). Ihre Forderung steht allerdings teilweise diametral zu den Auffassungen in Politik, Verwaltung und Medizin gegenüber, dass akademisch ausgebildete Therapeut_innen lediglich für spezialisierte Aufgaben wie Leitung, Qualitätssicherung, erweiterten Therapiezugang oder Forschung in Frage

kommen, und nicht am Patienten bzw. an der Patientin arbeiten (BLAG 2020).

2 Historie zum Engagement von Akteur_innen für die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe in Deutschland

Die Ausbildung in der Physio- oder Ergotherapie bzw. Logopädie (PT, ET, LP) erfolgt in Deutschland traditionell auf Sekundarstufe, d. h. an staatlich anerkannten, öffentlich oder privat finanzierten Berufsfachschulen oder Schulen des Gesundheitswesens. Das Ausbildungsniveau und die entsprechenden *Kompetenzen* befinden sich damit auf Level 4 des Deutschen bzw. Europäischen Qualifikationsrahmens (DQR/EQR). Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland hier eine Sonderposition ein, denn international ist die Ausbildung flächendeckend auf hochschulischem Niveau Standard und mindestens auf Level 6 (HVG /VAST 2018). Um Kompetenzniveaus transparent zu machen, veröffentlichte der *Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (HVG)* einen gemeinsamen Fachqualifikationsrahmen mit der Beschreibung der hochschulischen Bildung von DQR/EQR Level 6–9 – Bachelor, Master, Promotion (HVG 2013).

Die ersten Studiengänge für Therapeut_innen in Deutschland entstanden um die letzte Jahrhundertwende, doch gab es bereits vorher Bemühungen und kollektive Zusammenschlüsse von unterschiedlichen wichtigen Akteur_innen mit dem Ziel der Akademisierung. Auch der Wissenschaftsrat sprach sich bereits in den 1970er-Jahren für eine Akademisierung der Therapieberufe aus (Walkenhorst 2017). Weiter sind beispielhaft die Initiativen der 1991 gegründeten *Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe* (AG MTG) zu nennen (AG MTG 2016). Aus einem 2002 in Bielefeld gegründeten Zusammenschluss von Hochschulen (Koordinationskreis) ging 2006 der HVG hervor, in dem aktuell 40 Mitgliedshochschulen sowie Berufsverbände als außerordentliche Mitglieder vertreten sind.

2013 wurde der *Fachbereichstag Therapiewissenschaften (FBTT)* gegründet, der seit 2023 ein eigener Verein mit 20 Mitgliedshochschulen ist (FBTT 2025a). Er vertritt bundesweit die fachwissenschaftlichen, bildungs- und wissenschaftspolitischen Aktivitäten von therapiewissenschaftlichen Studiengängen und setzt sich als stimmberechtigtes Mitglied in der Konferenz der Fachbereichstage für die entsprechenden akademischen Standards ein (Kraus 2024).

Nicht zuletzt sind die im Jahr 2016 gegründete *Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft (DGPTW)* und die seit 2018 bestehende *Deutsche Gesellschaft für Ergotherapie (DGEW)* wichtige Meilensteine für eine fortschreitende Disziplinentwicklung in den Therapie-

wissenschaften. Sie fördern den fachspezifischen wissenschaftlichen Diskurs, unterstützen therapiewissenschaftliche Forschungs- und Entwicklungsvorhaben und erarbeiten disziplinspezifische Positionsbestimmungen und Stellungnahmen zu Fragen der Wissenschafts- und Gesundheitspolitik. In der Logopädie/Sprachtherapie gibt es neben den beiden größten Berufsverbänden, die sich auch für Leitlinienarbeit und Forschungsförderung engagieren, als Fachgesellschaften die im Jahr 2000 gegründete Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB) und die seit 2011 existierende Gesellschaft für interdisziplinäre Spracherwerbsforschung und kindliche Sprachstörungen im deutschsprachigen Raum (GISKID).

Mit der Forderung nach einer konsequenten Einführung primärqualifizierender Studienmodelle und einer Vollakademisierung, für die sich schon seit 2016 der Arbeitskreis Logopädie/Sprachtherapie engagiert, wurde 2019 das *Bündnis Therapieberufe an die Hochschulen* gegründet. Es repräsentiert über 130.000 Therapeut_innen sowie die führenden Zusammenschlüsse der Hochschulen und Berufsfachschulen (Bündnis Therapieberufe an die Hochschulen 2019) und wird von zahlreichen Berufsverbänden unterstützt. Hochschulbildung für Therapieberufe im deutschsprachigen Raum wird durch den *Verein zur Förderung der Wissenschaft in den Gesundheitsberufen* (VFWG 2025) in der DACH-Region (Deutschland – Österreich – Schweiz) repräsentiert, der 2013 gegründet wurde. Er ist eine Plattform für die interdisziplinäre Wissenschaftlichkeit, z. B. durch das *International Journal of Health Professions*.

Im Kontext kollektiver Interessenvertretungen für eine Ausbildungsmodernisierung ist auch der *Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen* (VAST) zu nennen, der im Zuge der Einrichtung erster primärqualifizierender Studiengänge (seit 2010) gegründet wurde. Hier artikulieren sich die Vertreter_innen der beruflichen Schulen für Logopädie (BDSL e.V.), Ergotherapie (VDES e.V.), Physiotherapie (VLL e.V.), Diätetik (BALD e.V.) und Podologie (VLLP). Der Akademisierungsprozess wird von der Mehrheit der therapeutischen Berufsverbände unterstützt, obwohl deren Mitglieder überwiegend nicht akademisch qualifiziert sind. In der Logopädie haben sich alle relevanten Berufsverbände im Arbeitskreis Berufsgesetz (o. J.) zusammengeschlossen, um sich gemeinsam für die Vollakademisierung einzusetzen.

Die Akademisierung der Therapieberufe wird weiter unterstützt durch die *Hochschulrektorenkonferenz* (HRK) (HRK 2023) und auch die *Deutsche Hochschulmedizin* fordert eine engere Verzahnung von Lehre, Forschung und Praxis sowie interprofessionelle Ausbildung, rechtliche Anpassungen und gesicherte Finanzierung. Das *Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin* (DNEbM) unterstreicht insbesondere, dass evidenzbasiertes Handeln in der Gesundheitsversorgung nur durch eine vollständige hochschulische Ausbildung aller

Praktiker_innen möglich ist – und nicht durch delegierte „Eliten“ (DNEbM 2019).

3 Strukturdaten und Ausbildung von Therapeut_innen in Deutschland – Status quo

Die quantitative Abbildung von Therapeut_innen im Kontext gesundheitlicher Versorgung in Deutschland ist vage. Die Zahlen divergieren und sind wenig differenziert. Auszugehen ist von ca. 300.000 tätigen Berufsangehörigen (addierte Zahlen von Berufsverbänden Physio Deutschland nach WCPT Germany 2024; DVE 2025a; dbl 2025) in den drei Berufen, in Vollzeitäquivalenten ca. 225.000 (HVG/VAST 2018). Beispielsweise sind von den 31.000 Beschäftigten in der Logopädie nur 13.000 in Vollzeit beschäftigt (dbl 2025). Es handelt sich nach wie vor um berufliche Frauendomänen: In der Logopädie (LP) sind circa 90 % weiblich, in der Ergotherapie (ET) 80 % und auch in der Physiotherapie (PT) noch 70 % der Berufstätigen (Opta Data Zukunftsstiftung 2025). Frauen sind in allen drei Bereichen deutlich in der Überzahl, was sich auch in einer über 50-prozentigen Teilzeittätigkeit zeigt (HVG/VAST 2018). Die Differenzierung der offiziellen Statistiken in Fachkräfte, Spezialist_innen und Expert_innen erschwert eine objektive Übersicht auf das Feld therapeutischer Versorgung im Kontext gesundheitlicher Versorgung, denn diese Binnendifferenzierung gibt es in den Berufen nicht (Destatis 2025).

Die Ausbildung in den Berufen beruht auf folgenden rechtlichen Grundlagen gemäß den Berufsgesetzen und Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, die bis zu angekündigten neuen Berufsgesetzen verbindlich sind:

- Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz, MPhG 1994) und *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten* (PhysTh-APrV 1994)
- Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (Ergotherapeutengesetz) (ErgThG 1976) und *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten* (ErgAPrV 1999)
- Gesetz über den Beruf des Logopäden (LogoG 1980) und *Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden* (LogoAPrV 1980)

Das *Allgemeine Berufsbildungsgesetz* gilt nicht für Heil- und Hilfsberufe (siehe Ausnahmen lt. § 107 BBiG). Die staatlichen Prüfungen werden in der Regel von den jeweils zuständigen Landesbehörden, meist den Landesministerien für Gesundheit, überwacht, die auch für die Erteilung der Berufszulassungen verantwortlich sind.

Der Ausbildungsumfang ist gesetzlich festgelegt und variiert in seinem Gesamtumfang von 4400 h (ET), 4500 h (PT) und 3840 h (LP). Die Unterschiede werden in den Stunden der praktischen Ausbildung noch größer: 1600 h (PT), 1700 h (ET) und 2500 h (LP).

Bemerkenswert ist, dass die Lehrkompetenzen und Voraussetzungen für Lehrkräfte an Berufsfachschulen bundesweit weder gleich reguliert noch die Anforderungen an Praxisphasen standardisiert und qualitätsgesichert sind. Jedes Bundesland hat diesbezüglich eigene Vorgaben. Bereits 2015 wies die *AG Berufsbildung in Heilberufen* auf den dringenden Regelungsbedarf hin (AG Berufsbildung in den Heilberufen 2015), der aufgrund der inhomogenen Qualität der föderalistischen Strukturen und fehlender Bundesgesetzgebung besteht.

Der Anteil der akademisch Ausgebildeten liegt unter der bereits 2012 avisierten Empfehlung von 10–20 % laut Wissenschaftsrat (WR 2012). Für einen merklichen Effekt in der Versorgungsqualität wird jedoch eine flächendeckende Anzahl von hochschulisch Qualifizierten benötigt. Der Mehrwert von hochschulischer Ausbildung ist aufgrund der Verortung im System gesundheitlicher Versorgung und unveränderten Handlungsspielräumen schwer zu verifizieren.

Zahlen zur Ausbildung in der Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie

In allen drei Berufen ist ein leichter Anstieg an Absolvent_innen im Vergleich zu den Daten von 2017/2018 zu vermerken. Für 2022/2023 wurden 41.724 Ausbildungsabschlüsse in den Therapieberufen genannt (Opta Data Zukunftsstiftung 2025). Davon sind in der Physiotherapie 14.480 weibliche und 10.634 männliche (insgesamt 25.114), in der Ergotherapie 10.935 weibliche und 1605 männliche (insgesamt 12.540) und in der Logopädie 3757 weibliche und 313 männliche Absolvent_innen (insgesamt 4070).

Die *Finanzierung der Ausbildung* zeigt ein heterogenes Bild, denn die Regelung der Verteilung der Kosten für die Ausbildungen in den Therapieberufen divergiert immens. Diesem Aspekt kommt hinsichtlich künftiger Entwicklungen und möglicher breiter Etablierung von hochschulischer Qualifikation eine zentrale Bedeutung zu. Die Regelungen im Einzelnen zu verstehen, gelingt aktuell nur wenigen. Es zeigt sich ein äußerst heterogenes Bild abhängig von Bundesland, Beruf, Schultyp und möglicher Kooperation mit Hochschulen. Sandeck et al. (2024) bilanzieren in ihrer systematischen und bundesweiten Recherche zur Finanzierung von Ausbildungen, dass die unterschiedlichen landesspezifischen Regelungen dazu beitragen, dass die Finanzierung der Ausbildung unübersichtlich und teilweise unverständlich ist. Das Gutachten des *Deutschen Krankenhaus Instituts (DKI)* im Auftrag des *Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)* zur Ermittlung der Kosten der Ausbildung in den Berufen der Physiotherapie, der Ergotherapie und der Logopädie im Zuge

ihrer Novellierung und Neuordnung unterstreicht diesen Befund (DKI 2024).

Fakt ist, dass aktuell berufsfachschulische und hochschulische Bildung in Konkurrenz stehen. Die Zuständigkeit für die Finanzierung – in der Regel durch Krankenkassen, in seltenen Fällen durch Wissenschaftsressorts – führt dazu, dass die Ausbildungsvergütung für einen Teil der Schüler_innen ein primärqualifizierendes Hochschulstudium im Vergleich zur fachschulischen Ausbildung als nicht konkurrenzfähig erscheinen lässt. Angesichts des Fachkräftemangels wurde das Schulgeld in den letzten Jahren in den meisten Bundesländern abgeschafft, und seit 2019 wird außerdem an Universitätskliniken als Teil des Tarifvertrags der Länder sowie an kommunalen Krankenhäusern eine Ausbildungsvergütung gezahlt. Rückblickend hat diese Entwicklung die Attraktivität primärqualifizierender Studiengänge in der Erprobungsphase deutlich geschwächt.

Seit den 1980er-Jahren expandierten die Ausbildungsstätten, und vier Jahrzehnte war ein z. T. erhebliches *Schulgeld* zu Lasten der Schüler_innen üblich und gesellschaftlich auch nicht hinterfragt. Ausbildung in den Therapieberufen war „höheren Töchtern“ (Kohlwes 2009) vorbehalten. Vor allem an den privaten Berufsfachschulen kommen unterschiedliche Kosten auf Schüler_innen zu.

In der *Physiotherapie* sind aktuell 264 Ausbildungsprogramme in unterschiedlicher Trägerschaft registriert (Physio Deutschland 2023; WCPT 2024). Für die *Ergotherapie* werden auf der DVE-Seite 180 Berufsfachschulen ausgewiesen, wovon aber nur circa 60 % vom ergotherapeutischen Weltverband (World Federation of Occupational Therapists WFOT) akkreditiert sind (DVE 2025b). Laut dem VDES-Positionspapier sind zudem 87 % dieser Schulen in privater Trägerschaft (VDES 2017). Seit der Schulgeldfreiheit und der angekündigten Teilakademisierung entstehen in den letzten Jahren rasant neue Berufsfachschulen für Ergotherapie, sodass die Anzahl inzwischen auf circa 220 geschätzt wird. In der *Logopädie* gibt es ca. 80 Berufsfachschulen in staatlicher oder privater Trägerschaft (VAST o.J.). Das Schulgeld wurde in den meisten Bundesländern abgeschafft oder reduziert. Die Ausbildungsvergütung variiert je nach Schule und Trägerschaft. An öffentlichen Berufsfachschulen erhalten die Auszubildenden in der Regel eine Ausbildungsvergütung, die je nach Bundesland unterschiedlich hoch ist. Aber auch an einigen privaten Berufsfachschulen werden mittlerweile Ausbildungsvergütungen gezahlt.

Die Primärqualifikation an Hochschulen – eine konsequente Veränderung von Ausbildung auf einem Niveau der „wissenschaftlich reflektierten Praktiker_innen“ – hat in Deutschland aktuell keine Konjunktur und politisch kein Gewicht. Hier bedarf es auch treibender politischer Kräfte, wie z. B. in der Pflege deutlicher zu erkennen ist.

Was lässt sich nun aus den ersten Dekaden der Akademisierung der Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie ler-

nen? Dieser Buchbeitrag dient einem Innehalten und der Neuausrichtung kollektiver Veränderungsanstrengungen sowie als Grundlage politischer Entscheidungen und Verantwortungsübernahme hinsichtlich der Novellierung der Berufsgesetze.

Den Autor_innen u. v. m. erscheint eine Akademisierung der Therapieberufe vor dem Hintergrund der Herausforderungen und des Blicks auf internationale Entwicklungen zukunftsweisend alternativlos. Ein Aufschieben von Entscheidungen und die angemessene Anpassung der Ausbildung an die Herausforderungen der Zeit verspielt Potenziale dieser Berufe, die es heute zu nutzen gilt. Daher werden an dieser Stelle Argumente für ein Studium noch einmal klar herausgestellt. Warum haben sich die Pionier_innen der Akademisierung bereits vor 25 Jahren für einen hochschulischen Ausbildungsweg eingesetzt und was ist passiert?

4 Entwicklung hochschulischer Qualifikation von Therapeut_innen in Deutschland

Im Sommersemester 2001 startete die HAWK Hildesheim mit Bachelorprogrammen zur Physio-, Ergotherapie und Logopädie und noch im selben Jahr folgten Programme an den Hochschulen für Angewandte Wissenschaften in Osnabrück, Fulda und Kiel. Lediglich vereinzelt nutzten Therapeut_innen bereits vorher spezifische Möglichkeiten eines i. d. R. länderübergreifenden oder spezialisierten Bachelor- bzw. Masterstudiums: z. B. für die Physiotherapie- und Logopädie Programme niederländischer Hochschulen mit privaten Hochschulen in Deutschland (z. B. Hochschule Fresenius), für die Ergotherapie beispielsweise den European Master of Science in Occupational Therapy oder für spezifische Tätigkeiten den Lehr- und Forschungslogopädie M.Sc. an der RTHW Aachen, der bereits 1991 als Diplomstudiengang startete. Neben Logopäd_innen sind im Bereich der Logopädie/Sprachtherapie 11 weitere Berufsgruppen tätig, die mit nur einer Ausnahme akademisch ausgebildet sind (z. B. Klinische Linguist_innen, Patholinguist_innen). Diese Vielfalt ist historisch gewachsen. Zugleich verdeutlicht die zunehmende Akademisierung die Bemühungen, Anschluss an internationale Entwicklungen zu finden. Die Gründe für hochschulische Qualifikationen sind aktueller denn je.

Zehn Gründe für eine hochschulische Ausbildung in den Therapieberufen

Ein adäquates, fachspezifisches Studium auf Bachelorniveau zielt darauf ab, die Angemessenheit und Nachhaltigkeit der Leistungserbringung im Kontext *komplexer Versorgungssituationen* sowie individueller Hilfebedarfe von Patient_innen sicherzustellen. Was ist das „Mehr“ durch ein Hochschulstudium – und für wen? Die Argumente für die hoch-

schulische Qualifikation zeigen die immense Komplexität auf und sind nicht trennscharf voneinander abzugrenzen.

1. **Qualitätssicherung.** Leistungserbringende sollen eine hohe Qualität in ihrer Arbeit erbringen. Trotz des Komplexitätszuwachses der Versorgung, z. B. aufgrund von Komorbidität, sollen sie auch künftig in der Lage sein, auf gesundheitliche Problemlagen ihrer Klient_innen professionell und angemessen reagieren zu können, z. B. bei älteren und hochbetagten Menschen (einschließlich der Beratung und Anleitung Angehöriger/Pflegender) und/oder Menschen mit chronischen Erkrankungen, Behinderungen oder Multimorbidität.
2. **Wissenschaftlichkeit.** In § 135a SGB V wird der Einsatz evidenzbasierter Behandlungsmethoden gefordert, und eine große Aufgabe ist, die *Wirksamkeit der Therapie* nachzuweisen (z. B. Handgraaf et al. 2020). Es gilt, angemessene und fundierte Therapiekonzepte zu entwickeln und therapeutische Praxiskonzepte/-methoden theoretisch zu reflektieren (Höppner und Richter 2018). Therapeut_innen müssen in der Lage sein, Methoden der Diagnostik und Therapie auf ihre Evidenzbasierung hin zu bewerten und die Versorgung kontinuierlich an die individuellen Bedarfe der Patient_innen anzupassen (vgl. Kraus & Vogel, 2025). Dazu bedarf es nicht nur einer umfassenden therapeutischen Diagnostik, sondern auch einer therapiebegleitenden Evaluation und Reflexion im Rahmen des *Clinical Reasonings* (Pfungsten und Borgetto 2022). Voraussetzung hierfür ist die Umsetzung evidenzbasierter Praxis (Dollaghan 2007), die eine fallbezogene Fragestellung, die systematische Recherche relevanter Literatur, die kritische Bewertung der identifizierten Studien sowie eine falladäquate Anpassung der Methoden umfasst (Melnik et al. 2010). Der Therapieerfolg ist anhand standardisierter Assessments und statistischer Verfahren der Einzelfallforschung zu evaluieren (Lof 2011) und erfordert eine kontinuierliche (selbst) kritische Reflexion im Hinblick auf Wissenschaftlichkeit, interpersonelle Kompetenzen und fachliche Expertise.
3. **Bedarfsangemessenheit therapeutischer Versorgung.** Seitens der *Versorgungsforschung* gibt es viele offene Fragen zum (systemrelevanten) Beitrag von Physio-, Ergotherapeut_innen und Logopäd_innen zur Bevölkerungsgesundheit. Für die Physiotherapie zeigt Peschke (2019) beispielsweise in seiner Übersichtsarbeit große Forschungslücken zu Fragen bedarfsgerechter physiotherapeutischer Versorgung auf, insbesondere in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. Fragen von Fehl-, Unter- und Überversorgung im Bereich der Heilmittelerbringung gilt es vor dem Hintergrund aktueller Herausforderungen in komplexen Versorgungslagen sowie internationaler Forschungsergebnisse zur

Wirksamkeit zu analysieren. Bei einer Befragung zum Einsatz von evidenzbasierter Praxis (EbP) bei akademischen gegenüber nicht-akademischen Therapeut_innen der Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie in Deutschland (Reinecke et al. 2024) zeigten sich signifikante Unterschiede hinsichtlich des Wissens um EbP, der entsprechenden Handlungskompetenzen, der persönlichen Einstellung sowie der praktischen Umsetzung im therapeutischen Alltag. Dies bestätigt, dass akademisch qualifizierte Therapeut_innen EbP häufiger und besser umsetzen als nicht akademisch ausgebildete Therapeutinnen.

4. **Professionalisierung.** Therapieberufe in Deutschland gelten als semiprofessionell und arbeiten ärztlich weisungsgebunden (Delegationsverfahren). Neue Aufgaben und Kooperationsbedarfe im System fordern jedoch partnerschaftliche Kooperation – wie es aktuell ansatzweise mit der sogenannten Blankoverordnung indikationsspezifisch für die Physiotherapie erprobt wird (GKV-Spitzenverband 2024). International haben sich Therapieberufe über die letzten 100 Jahre entwickelt und übernehmen eigenständige Tätigkeiten (z. B. Diagnostik im Bereich der Logopädie). Vor diesem Hintergrund erfordern therapeutische Interventionen eine eigenständige diagnostische Befundung mithilfe spezifischer Tests und Assessments als Grundlage für die professionelle Planung und patientenzentrierte Gestaltung von Therapieprozessen. Reflexionsfähigkeit und systemisches Denken sind dabei *Schlüsselkompetenzen*. Die Berufe weisen eigenes Potenzial für die Versorgung auf (Ewers et al. 2012) und emanzipieren sich von alten und strukturell zugewiesenen Berufsrollen im Verständnis ärztlicher (weiblicher) Assistenz. Traditionelle Frauenberufe werden durch eine hochschulische Ausbildung aufgewertet, denn Professionalität bedeutet auch, „Carearbeit“ im Kontext von Berufstätigkeit nicht ohne Ausbildung und Bezahlung zu erhalten.
5. **Gesundheitswissenschaftlich.** Laut vieler Expertisen (z. B. Höppner 2007; SVR 2018; Robert Bosch Stiftung 2013; WR 2012 u. v. m.) werden von allen Gesundheitsberufen angemessene, bedarfsorientierte Antworten für die gesundheitliche Versorgung einer Gesellschaft im Wandel benötigt (WR 2023). Es gilt, kooperativ sicherzustellen, dass beispielsweise ältere Menschen mit komplexen Versorgungssituationen und erodierenden sozialen Sorgegemeinschaften (wie fehlende Unterstützung im gewohnten häuslichen Umfeld), Multimorbidität oder Komorbidität (wie Demenz) etc. angemessen betreut werden. Für diesen *komplexen Versorgungsbedarf* bieten die Gesundheitswissenschaften Orientierung – sie erweitern Perspektiven für neue Aufgaben und Handlungsfelder der Therapieberufe sowie deren Beitrag zur
- Kuration, aber auch Prävention, Rehabilitation und Palliation (z. B. Kemper 2019).
6. **Gesellschaftliche Relevanz der Berufe in Zeiten des sozialen Wandels.** Der demografische und epidemiologische Wandel geht mit einem veränderten Krankheitspektrum („Die Zukunft ist chronisch.“) einher, was insbesondere kompetente Professionelle in der Rehabilitation fordert. Ambulant vor stationär, Rehabilitation vor Pflege und Prävention vor Kuration waren gesundheitspolitische Leitsätze und verweisen auf die gesellschaftliche Bedeutung der Therapieberufe mit Orientierung am Gemeinwohl. Effektive Rehabilitation und Prävention bzw. die Förderung der sozialen Teilhabe von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind zudem von großer volkswirtschaftlicher Bedeutung. Fraglich ist, ob Rehabilitationspotenziale und konservative Verfahren schon ausgeschöpft werden (Erhart 2020). Die Ausbildung in den Gesundheitsberufen muss den hohen gesellschaftlichen Anforderungen gerecht werden können und die jeweils professionsspezifischen Gegenstände (PT – Bewegung, ET – Betätigung und LP – Kommunikation und Schlucken) kompetent bedienen, denn diese sind zentrale Voraussetzungen gesellschaftlicher Partizipation im Falle gesundheitlicher Beeinträchtigung und Behinderung.
7. **Ökonomisierung des Gesundheitswesens.** Der Wandel im Gesundheitswesen erhöht die Anforderungen an Effektivität und Effizienz der Leistungserbringung (Rottenkolber 2020). Relevant ist dabei die viel geforderte Zusammenarbeit im Gesundheitswesen (Hensen und Stamer 2018; Sottas und Kissmann 2016). Erhalt oder Förderung von Mobilität, Eigenständigkeit und sozialer Teilhabe durch Kommunikation ist nicht nur Menschenrecht (Behindertenrechtskonvention), sondern auch ein wirtschaftlicher Faktor, z. B. durch Ausfall von Arbeitspotenzial oder Kosten im Falle nicht genutzter Rehabilitationschancen bzw. vermeidbarer oder vorzeitiger Pflegebedürftigkeit. In der Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie sind gegenwärtig bedeutsame Fragen von Kosteneinsparungen durch verhinderte Operationen (vs. konservativer Therapie) oder aufgeschobene Pflegebedürftigkeit kaum untersucht (Rottenkolber 2020; Erhart 2020).
8. **Innovation, Interprofessionalität und Digitalisierung.** Wissenschaft und Forschung bringen Innovationen für therapeutische Interventionen hervor, z. B. den Einsatz intelligenter Technik (Digitalisierung und Teletherapie, Robotik, Künstliche Intelligenz etc.). Innovatives Potenzial innerhalb der therapeutischen Gesundheitsberufe zu fördern, benötigt Forschung und Entwicklung (BMBF 2011; Ewers et al. 2012). Voraussetzung ist hochschulische Bildung, die einer anspruchsvollen Kooperation

bedarf. Sie geht einher mit der „Entwicklung eines neuen Beziehungssystems der verschiedenen Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung. Kennzeichnend dafür sind eine Neugestaltung von Aufgabenzuschnitten und Verantwortungsbereichen sowie Veränderungen in der *interprofessionellen Zusammenarbeit* hin zu einer Kooperation „auf Augenhöhe““ (Lehmann et al. 2014, S. 192). Für die Weiterentwicklung der Therapieberufe ist eine frühzeitige Sozialisation kritisch reflektierender und innovativer Studierender erforderlich, deren Ideen gezielt gefördert und strukturell unterstützt werden müssen. Hochschulen ermöglichen und etablieren sowohl kritisches als auch innovatives Denken bereits früh im Studium, insbesondere mit dem Potenzial, interdisziplinäre Perspektiven früh zu integrieren.

9. **Internationalisierung und Wettbewerbsfähigkeit.** Bildungspolitisches Ziel der Bologna-Deklaration ist die Harmonisierung der hochschulischen und beruflichen Bildung in Europa. Deutschland bildet das Schlusslicht in der internationalen Ausbildungslandschaft. Ein Bachelorabschluss ermöglicht zumindest formal auf dem Level 6 DQR/EQR die Voraussetzung für internationalen Transfer auf dem Arbeitsmarkt. Zudem geht es um den Anschluss an internationale wissenschaftliche Netzwerke und Forschungsförderung. Es gilt, Aspekte von Interkulturalität und eine verstärkte Sensibilität für *Diversität* in die Berufe und Disziplinen zu integrieren. Angesichts einer Vielfaltsgesellschaft darf es weder Ausschluss aus Gesundheitsversorgung noch das Vorenthalten von Bildungschancen geben. Ein demokratisches Bildungsverständnis unterstreicht die Forderung nach erweiterten Kompetenzen und Bildungschancen in den therapeutischen Ausbildungen. Mit dem Verbleib auf Bildungsstufe 4 ist eine internationale Anschlussfähigkeit der in Deutschland ausgebildeten Physio-, Ergotherapeut_innen und Logopäd_innen erschwert, wenn nicht sogar verhindert.
10. **Fachkräftesicherung durch hochschulische Bildung in den Therapieberufen.** Auch die Therapieberufe sind vom *Fachkräftemangel* betroffen. Laut einer Analyse des Kompetenzzentrums Fachkräftesicherung (KOFA 2024) liegt die Stellenüberhangsquote (SUQ) von Fachkräften, also der Anteil an offenen Stellen auf dem Arbeitsmarkt, in der Physiotherapie bei 85,7 %, in der Ergotherapie bei 83,3 % und in der Logopädie bei 83,8 %. Damit sind die Therapieberufe mittlerweile die drei am stärksten vom Fachkräftemangel betroffenen Gesundheits- und Sozialberufe. Vor diesem Hintergrund ist eine gezielte Attraktivitätssteigerung der Therapieberufe erforderlich, um qualifizierte Nachwuchskräfte zu gewinnen und langfristig im Beruf zu halten (Handgraaf et al. 2020). Gesundheitsberufe, wie hier beschrieben,

gelten in der Regel als „Sackgassenberufe“. Der von ihnen geleisteten Arbeit fehlt es trotz erheblicher physischer und psychischer Beanspruchung an gesellschaftlicher Anerkennung (z. B. Verdienst, Weisungsgebundenheit, traditionelle Frauenberufe, nachgeordnete Stellung in der Wahrnehmung ihrer Leistungen für die gesundheitliche Versorgung). Seit vielen Jahren gibt es Diskussionen um Einstiegsriterien in die Berufe. Es heißt: Mit einer Hochschulzugangsberechtigung würde jenen eine Bildungschance verwehrt, die über den mittleren Bildungsabschluss verfügen. Doch die angestiegene Zahl der Schüler_innen an Berufsfachschulen mit Hochschulzugangsberechtigung (Hanke und Sandeck 2018) widerlegt dieses Argument. Hier ist insbesondere die Logopädie hervorzuheben, denn für 2018 konnte festgestellt werden, dass vier von fünf Schüler_innen über Hochschulzugangsberechtigungen verfügten. In den alten Bundesländern weisen auch die Physio- und Ergotherapie einen hohen Anteil an Schüler_innen auf, die unmittelbar studieren könnten. Darüber hinaus können auf Basis der Durchlässigkeit des deutschen Bildungssystems auch Interessierte ohne Hochschulzugangsberechtigung unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. berufliche Aufstiegsfortbildung, Zugangsprüfung, Berufsausbildung mit Berufstätigkeit) ein Studium aufnehmen (BAA o.J.). „Einem zunehmenden Behandlungsaufwand stehen sinkende Absolvent_innenzahlen und eine hohe Abwanderung aus den Therapieberufen gegenüber. Eine vollständige Akademisierung könnte dazu beitragen, die *Attraktivität des Berufsbildes* zu steigern“ (Bündnis Therapieberufe an die Hochschulen 2019, S. 3).

5 Das Dilemma um die Modellklausel (2009–2024)

Eine Primärqualifikation an Hochschulen ist der verbreitete internationale Standard und wird von den Berufs- und Hochschulverbänden, einschließlich der Empfehlungen des Wissenschaftsrates (2012, 2023), präferiert. Mit Einführung der *Modellklausel* in den Berufsgesetzen der Therapeut_innen im Jahr 2009 gab es einen wesentlichen Entwicklungsschritt für die Entstehung von Studiengängen in den Therapiewissenschaften, erstmalig auch in Deutschland, und es konnten primärqualifizierende Studiengänge in 10 von 16 Bundesländern für die Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie erprobt werden. Die Grundlagen waren das Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25. September 2009 (Bundesministerium der Justiz 2009), was im Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) vom Bundestag erst bis 31. Dezember 2021 und im Gesetz zur

Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz – GVWG) letztlich bis 2024 verlängert wurde (BMG 2023). Trotz positiver Evaluation der Studiengänge und der Bestätigung, dass hochschulisch ausgebildete Therapeut_innen qualitativ gleichwertig oder überlegen waren, wurde die Modellklausel zunächst um vier Jahre verlängert, um die Erkenntnisse weiter zu vertiefen und eine dauerhafte Entscheidung für die zukünftige Ausbildungsstruktur zu schaffen. Der ursprünglich befristete Zeitraum der Modellklausel endete schließlich im Jahr 2024. Seit 2025 haben die Bundesländer die Möglichkeit, primärqualifizierende Studiengänge dauerhaft fortzuführen oder neu einzurichten. Grundlage hierfür ist eine Zusatzregelung im *Pflegestudiumstärkungsgesetz*, mit der die Modellklausel Ende 2024 aufgehoben wurde – verbunden mit der Möglichkeit und dem Appell an die Länder, die erprobten Modellstudiengänge fortzuführen. Allerdings gibt es für die Transition keine finanzielle Grundlage. Sie ist ausschließlich als Übergangslösung zu verstehen und stellt keine tragfähige Zukunftsperspektive dar. Der Abb. 1 ist der Verlauf der Akademisierung der Therapieberufe seit der Einführung der Modellklausel zu entnehmen.

Unter den Bedingungen extrem restriktiver Vorgaben für die Berufsausübung lassen sich Potenziale der *Kompetenzerweiterung* von Therapeut_innen nur schwer herausstellen. Anders als in Nachbarländern hat sich der Widerstand in Deutschland in diesen 25 Jahren durch argumentative Auseinandersetzung kaum abschwächen lassen. Vielmehr halten

sich tradierte Strukturen in Deutschland und der gesellschaftliche Platzanweiser für diese Berufe – als ärztlich delegierte Assistenz – führt nicht wirklich zu einer Innovation, die angesichts der veränderten Anforderungen und Qualifikationen notwendig wäre. Kurz: Die Kompetenz führt nicht zur Performanz (Höppner et al. 2020).

Was kommt nach der Modellklausel? Der *Wissenschaftsrat* wiederholte 2023 seine Empfehlung einer Primärqualifikation von 2012 und auch die Hochschulrektorenkonferenz (HRK) präferiert diese Form (WR 2012, 2023; HRK 2020). Im Kontext der aktuellen Weichenstellungen der Regierung (Koalitionsvertrag) ist es unwahrscheinlich, dass mittelfristig und sukzessive primärqualifizierende Studiengänge das Modell der Wahl in Deutschland sein werden. Warum der Studententyp für die Akademisierung und Veränderungen von erheblicher Relevanz ist, verdeutlichen die Beschreibung und Analyse der jeweiligen Modelle.

6 Modelle der hochschulischen Ausbildung

Das derzeitige Studienangebot für Therapeut_innen ist heterogen und richtet sich an Berufsanfänger_innen und bereits ausgebildete Fachkräfte. Wie in Abb. 2 dargestellt und angelehnt an den Wissenschaftsrat (2013), ist zwischen drei grundsätzlich unterschiedlichen Bachelorstudienmodellen zu unterscheiden, mit denen zwischen 180 und 210 ECTS



PQS = Primärqualifizierende Studiengänge

Abb. 1 Verlauf der Akademisierung in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie seit Einführung der Modellklausel. (Eigene Darstellung)

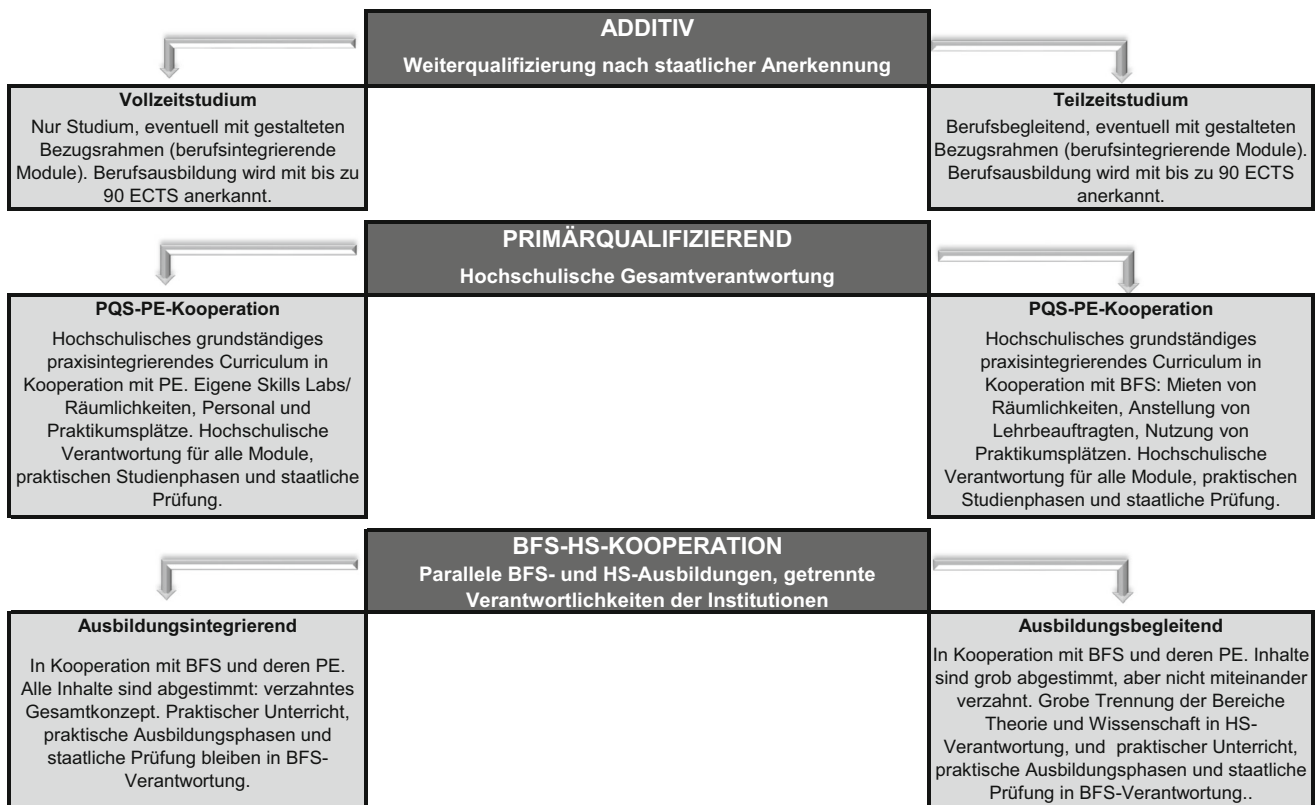


Abb. 2 Unterschiedliche Studiengangmodelle der hochschulischen Ausbildung. (Eigene Darstellung, angelehnt an WR 2013). BFS Berufsfachschule, PE Praktische Einrichtung, PQS Primärqualifizierender Studiengang, ECTS = European Credit Transfer System (Eigene Darstellung)

(Leistungspunkte nach dem European Credit Transfer System) erworben werden können.

- **Additives Modell:** Zulassungsvoraussetzung ist eine Ausbildung als staatlich geprüfte_r Therapeut_in. Bis zu 50 % der dreijährigen Ausbildung können als außerhochschulisch erworbene Leistungen anerkannt werden (i. d. R. 90 ECTS von 180 ECTS). Die meisten additiven Studiengänge werden berufsbegleitend (Teilzeit) an öffentlichen oder privaten Hochschulen angeboten. Der Wissenschaftsrat (2013) definiert hier noch die mögliche Gestaltung eines beruflichen oder praktischen Bezugsrahmens, in dem berufliche Tätigkeiten und/oder praktische Aspekte innerhalb des Studiums integriert bzw. begleitet werden (berufsintegrierend/-begleitend und/oder praxisintegrierend/-begleitend).
- **Primärqualifizierendes Modell (PQS):** Curriculum und Gesamtverantwortung obliegen der Hochschule. Die erforderlichen Inhalte, Kompetenzen, praktische Studienphasen sowie Prüfungen zur staatlich anerkannten Therapeut_in werden modularisiert und mit hochschulischen Inhalten integriert. In dem *klassischen PQS-Modell* kooperiert die Hochschule direkt mit den praktischen Einrichtungen und hat ihre eigenen Räumlichkeiten, Skills

Labs, Personal und Ressourcen. Insbesondere unter der Modellklausel kooperierten Hochschulen in einem *kooperativen PQS-Modell* mit Berufsfachschulen, um deren Räumlichkeiten zu mieten, Lehrbeauftragte anzustellen und Praktikumsplätze zu nutzen. Nach der Modellklausel erweist sich dieses kooperative PQS-Modell als problematisch, da Berufsfachschulen in den meisten Bundesländern im Gesundheitssektor (und nicht im Bildungssektor) verortet sind und Hochschulen die Zuschüsse der Krankenkassen, die nur Berufsfachschulen finanzieren, nicht erhalten dürfen.

- **Kooperationsmodell Berufsfachschule und Hochschule (BFS-HS-Kooperationsmodell):** Die berufsfachschulische Ausbildung findet zeitgleich mit einem Studium statt. Es gibt eine vertraglich gesicherte Kooperation zwischen Berufsfachschule und Hochschule, und die Inhalte sind zeitlich und organisatorisch abgestimmt. Die Hochschule kann bis maximal 50 % der Ausbildung als Studienleistung anerkennen. Die beiden Curricula werden entweder miteinander in einem Gesamtkonzept verknüpft (ausbildungsintegrierend) oder nur grob thematisch abgestimmt und unabhängig vermittelt (ausbildungsbegleitend). Im Gegensatz zu dem kooperativen PQS-Modell gibt es in beiden Fällen getrennte Verantwortlichkeiten für Curricula

la, und die Verantwortung für die praktischen Ausbildungsphasen und die staatliche Prüfung liegt bei den Berufsfachschulen. Ab wann ein Format als ausbildungsintegrierend und nicht mehr nur als ausbildungsbegleitend gilt, ist bundesweit nicht einheitlich geregelt.

Deutschlandweit sind verschiedene Varianten und Mischformen der oben genannten Modelle entstanden. Die länder- und bundesspezifischen Rahmenbedingungen sind um weitere Faktoren zu ergänzen und bilden die komplexe Ausbildungslandschaft ab: Anbindung an unterschiedliche Politikressorts bzw. Sektoren (Bildung, Gesundheit, Wissenschaft) und entsprechende Finanzierung (z. B. privat oder öffentlich, Bildungs- oder Gesundheitssektor), Größe und Art der Hochschule (z. B. MINT oder SAGE, Universität oder HAW; Fernhochschule), Eigenheiten der kooperierenden praktischen Einrichtungen (z. B. Anbindung an ein großes Krankenhaus mit entsprechenden Ressourcen), Kommunikation und Unterstützung der zuständigen Ministerien/Senate, Unterstützung und Commitment der Hochschule und des Präsidiums durch Strukturen und Maßnahmen sowie Öffentlichkeitsarbeit und nicht zuletzt das persönliche Engagement und Innovationsbereitschaft der Umsetzenden. Die Diversität ist durch eine ausgeprägte Heterogenität begründet. So variieren Modelle sowohl hinsichtlich des Studienbeginns (z. B. ab dem ersten Tag der Ausbildung oder im Verlauf des ersten Ausbildungsjahres), der Organisation (Präsenz- oder Fernstudium), der unterschiedlichen Studienorte oder den profilbildenden Lehrenden (berufene Fachprofessor_innen, Professor_innen der Bezugsdisziplinen bzw. Lehrkräfte für besondere Aufgaben). Der Umfang beträgt für den Bachelor i. d. R. 180–210 Leistungspunkte (Credit Points, CP), in Masterprogrammen zwischen 60 und 120 CP.

Für die *Berufszulassung* ist das Berufsgesetz bindend, d. h., für die Studierenden war und ist die staatliche Prüfung unter Aufsicht der verantwortlichen Landesbehörden obligatorisch. Das ausbildungsintegrierende Kooperationsmodell ist die häufigste Form der qualifizierenden Studiengänge, und damit festigen sich auch die Ineffizienz und die widersprüchlichen parallelen Bildungsstrukturen. Es müssen Berufsfachschulrecht, Arbeitsrecht (durch die Ausbildungsvergütung) und Hochschulrecht gegeneinander abgewogen werden. Auf Landesebene regelt hier das *Gesundheitsschulanerkennungsgesetz (GSAG)* zusätzlich die rechtliche Anerkennung von Berufsfachschulen der Gesundheitsberufe. Es legt fest, welche Voraussetzungen eine Schule erfüllen muss, um vom jeweiligen Bundesland als „staatlich anerkannt“ zu gelten, und dies ist wiederum Voraussetzung für den staatlich geprüften Berufsabschluss. Insbesondere Berlin hat in den letzten Jahren – v. a. im Zuge der Reformen der Gesundheitsfachberufe – begonnen, das GSAG aktiv umzusetzen und weiterzuentwickeln. Dies umfasst die Etablierung transparenter Anerkennungsver-

fahren zur Sicherung einheitlicher Qualitätsstandards zur Anerkennung von Schulen, die mögliche Digitalisierung verwal- tungsbezogener Prozesse (z. B. Antragsstellung auf Anerkennung), die systematische Überprüfung privater und freier Träger hinsichtlich der Einhaltung von Qualitäts- und Strukturvorgaben sowie eine aktive Kooperation der Landesverwaltung bei der Entwicklung zukunftsfähiger Ausbildungsmodelle im Kontext der Akademisierung der Therapieberufe (BMG 2022; Senatsverwaltung 2022). Trotzdem wird aus Finanzierungsgründen der einzige primärqualifizierende Studiengang Berlins erst einmal ausgesetzt.

Mit den neuen Berufsgesetzen wird die Richtung vermutlich klarer, aber die Zweckmäßigkeit der Ausbildungswege bleibt fragwürdig. Der HVG resümierte, dass diese Parallelstrukturen

„weder bildungspolitisch noch gesundheitspolitisch zu den gewünschten Ergebnissen führen. Nicht nur die politisch gewollte Schulgeldfreiheit, auch die Refinanzierung der Ausbildungskosten nur für Schulen und die Zahlung einer Ausbildungsvergütung nur für Schüler_innen führen zu Wettbewerbsverzerrungen und Schieflagen. Mit diesen finanziellen Maßnahmen werden monetäre Anreize für einen Ausbildungsweg gesetzt, der im Vergleich zur Hochschulausbildung als suboptimal zu bezeichnen ist. Warum in eine Ausbildung an Berufsfachschulen investieren, wenn man sie – den Anforderungen entsprechend – auf Hochschulniveau haben kann?“ (HVG/VAST 2020).

Unter den Bedingungen der *Teilakademisierung* bleibt eine zukunftsorientierte Finanzierung ungeklärt, denn Primärqualifikation ist aufgrund der vielen praktischen Anteile kostenintensiv (Darmann-Finck und Reuschenbach 2019), vor allem in der Aufbauphase.

Vor diesem Hintergrund erheben sich weitere Fragen:

- *Finanzierung*: Bleibt die Finanzierung der therapeutischen Ausbildung Teil der Gesundheitsversorgung (z. B. Krankenhausfinanzierung)?
- *Hochschulentwicklung*: Bleiben therapiewissenschaftliche Studiengänge für Hochschulen attraktiv? Erforderlich ist qualifiziertes Lehrpersonal mit akademischer Ausbildung, wobei auch sogenannte „kleine Fächer“ zu Hidden Champions werden können (Höppner und Kintscher 2024).
- *Zugangs- und Bildungsgerechtigkeit*: Werden Therapeut_innen für eine akademische Qualifizierung auf private Hochschulen zurückgreifen müssen?
- *Qualitätssicherung*: Welche bundesweiten Qualitätsstandards garantieren ein Level 4 bzw. 6, DQR/EQR wenn dies nicht durch die Berufsbildungsgesetze spezifiziert ist und es den Ländern überlassen ist, eigene Qualifizierungsstandards zu setzen?
- *Zukunft der konsequenten hochschulischen Ausbildung*: Werden angesichts der Teilakademisierung und Parallelstrukturen ausbildungsintegrierende oder -begleitende Studiengänge präferiert, und kommt es gar zum Abbau der bestehenden primärqualifizierenden Studiengänge?

7 Grenzen additiver und BFS-HS-Kooperationsmodelle

- Additive Studiengänge werden z. T. von Menschen mit vielen Jahren Berufserfahrung nachgefragt. Die konkrete Berufserfahrung und Fragen aus der Praxis sind wertvolle Ressourcen, die allerdings teilweise erschweren, sich kritisch auf das Infragestellen gelebter Praxis einzulassen. Akademisches Denken braucht Offenheit. Je mehr Fachfortbildungen absolviert wurden, desto schwieriger ist z. T. das Sich-Einlassen auf einen Prozess der Verunsicherung. Die Konsolidierung einer neuen Handlungsfähigkeit benötigt zudem Zeit und geschieht i. d. R. nicht ohne eine Verunsicherung von Überzeugungen. Es braucht Mut, in einem kurzen Studium (z. T. 3–4 Semester) auf die Prozesse eigener Entwicklung und Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu vertrauen.
- BFS-HS-Kooperationsmodelle (ausbildungsintegrierend bzw. ausbildungsbegleitend) in den Therapiewissenschaften sind im Prinzip Studiengänge mit drei Lernorten (Berufsfachschule, Hochschule, Praxisort). Für die Vermittlung der Inhalte ist fraglich, ob diese Modelle wissenschaftlichen Anforderungen durchgängig gerecht werden können. Auch eine interdisziplinäre Verzahnung ist schwierig und erhöht die Komplexität dieses Konstrukts.
- Eine akademische Sozialisation parallel zur Berufsausbildung stellt an Lehrende und Studierende große Anforderungen. Sie steht der Entwicklung einer beruflichen Identität auf der Basis einer hochschulischen Ausbildung im Wege und belässt Lernende im Spannungsfeld zwischen Tradition und Innovation. Wird in heterogenen Gruppen (Schüler_innen und Studierende) ausgebildet, dann ist DQR-Level 6 nicht über die gesamte Ausbildung hinweg zu gewährleisten.
- Die BFS-HS Modelle fordern ein hohes Maß an Abstimmung und effektiver Kommunikation unter Lehrenden. Es gilt gegenüber Studierenden, „mit einer Stimme zu sprechen“, und ihre unterschiedlichen Erfahrungen der drei Lernwelten (Berufsfachschule, Hochschule und Praxisstätten) kritisch und unter Wahrung ihrer Glaubwürdigkeit zu reflektieren.
- Die Anforderungen der Ausbildungs- und Prüfungsordnungen konterkarieren die Hochschullogik, da staatliche Prüfungen nicht studienbegleitend, sondern am Ende der Ausbildung abgenommen werden (Igl 2015; Darmann-Finck und Reuschenbach 2014).
- Die Spannung in diesen konkurrierenden Systemen mit der gegenwärtigen Dominanz der beruflichen Ausbildung gilt es permanent auszuhandeln. Dies erfordert selbstbewusste Studierende und Lehrende mit hoher sozialer Kompetenz.
- Das gemeinsame Ziel ist äußerst konfliktanfällig (die Existenz eines Studiums diskreditiert im Prinzip die Be-

rufsfachschule). Es erfordert eine ständige Reflexion und Überprüfung curricularer Verschränkung der unterschiedlichen Systeme unter Berücksichtigung der Tradition, ihrer Kultur in der Vermittlung und der längerfristigen Ziele der Kooperation.

- Die Kooperation benötigt verlässliche Orientierung in diesem „institutional learning“ und idealerweise angemessene Ressourcen (Zeit, Supervision, ggf. Change-Management). Personalwechsel ist in diesem Modell immer wieder eine Herausforderung der Integration in ein komplexes Konstrukt.
- Zeitressourcen für ein Studium, z. B. auch mit internationalen Austauschmöglichkeiten, sind in diesen Modellen problematisch – ob berufsbegleitend, additiv oder ausbildungsintegrierend oder -begleitend. In der vorlesungsfreien Zeit müssen i. d. R. Praxisphasen absolviert werden. Vor diesem Hintergrund werden die Zukunftsorientierung und die Vorteile einer Primärqualifikation der Therapieberufe deutlich, bei der die meisten dieser Limitationen nicht zutreffen.

8 Integration hochschulisch Qualifizierter auf dem Arbeitsmarkt

Es existiert kein konsequentes Monitoring bzw. keine Studien, die die *Karrierewege* der akademisch Ausgebildeten nachzeichnen bzw. zu Studententypen in Beziehung setzen. Die Sorge um die „Qualifikation“ weg von der konkreten Patient_innenversorgung kann durch die nachfolgend beschriebenen Studien relativiert werden. Insbesondere Studierende der Primärqualifikation an Hochschulen bleiben in der Versorgung – wenn sie dort auch kritischer sind und ihre Optionen prüfen, ob die Kompetenzen auch in die Umsetzung gelangen (können). Es gibt zwei Befragungen, die abgeschlossen sind und deren Ergebnisse hier zusammengefasst sind, die HVG-Befragung und die VAMOS-Studie.

8.1 HVG-Absolvent_innenbefragung 2018 (primärqualifizierende Studiengänge PT/ET/LP)

Der Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG) führte Anfang 2018 eine Online-Befragung unter Absolvent_innen von sieben Mitgliedshochschulen mit zwölf primärqualifizierenden Hochschulangeboten für therapeutische Gesundheitsfachberufe (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) durch. Ziel war es, einen Beitrag zur Beantwortung der Evaluationsfragen des Bundesministeriums für Gesundheit zu leisten (Blümke et al. 2019). Mit 143 vollständig ausgefüllten Fragebögen betrug die Rücklaufquote in Bezug auf die von den

Hochschulen angegebene Gesamtzahl angeschriebener Absolvent_innen (1456) 9,8 % (HVG 2019).

Dass Absolvent_innen möglicherweise patient_innenferne Tätigkeiten präferieren, konnten diese Ergebnisse nicht bestätigen. 90 % der Befragten arbeiten hauptberuflich als Therapeut_innen, 92 % in der direkten patient_innenbezogenen Arbeit.

Als besonders bedeutsame, im Studium erworbene Kompetenzen schätzen die Befragten 1. persönliche und soziale Kompetenzen (92 %) gefolgt von 2. Kommunikation, Patientenedukation (87 %) und 3. Clinical Reasoning (76 %) ein. Etwas weniger bedeutsam wird das selbstständige Arbeiten eingeschätzt (73 %). Dem Wissen um evidenzbasierte Behandlungsmethoden (63 %) (im gegenwärtigen Praxisalltag, Anm. der Autorinnen) wird etwas weniger Bedeutung für die Praxis beigemessen. Auf die Systemhindernisse weist auch eine Aussage im Freifeld als bedeutsam für den Alltag hin: „Frustrationstoleranz bezüglich institutionell gegebener Möglichkeit, Kenntnisse anzuwenden“ (Blümke et al. 2019, S. 11). Aus den offenen Antworten gibt es Verweise auf begrenzte Rahmenbedingungen in der Praxis und die Unzufriedenheit, erworbene Kenntnisse nicht anwenden zu können. „Kompetenzen, die im Studium erworben wurden, können oftmals im Berufsalltag nicht gelebt werden (z. B. wissenschaftliche Kompetenz), da man ‚nur‘ als Therapeut tätig ist [...] die Suche nach aktueller Evidenz ist vom Arbeitgeber nur in der Freizeit erwünscht. Der Kostendruck seitens des Arbeitgebers ist als Therapeut sehr spürbar“ (Blümke et al. 2019, S. 24). Die seitens der Arbeitgebenden präferierten Kompetenzen durch ein Studium decken sich überwiegend mit den von den Absolvent_innen angegebenen Kompetenzen.

Zu zwei Dritteln sind die befragten Studienabsolvent_innen der Ansicht, ihre Arbeitgebenden würden den Studienabschluss überwiegend positiv bewerten. Skeptisch und unnötig sehen laut Absolvent_innen fast 25 % der Arbeitgebenden das Studium, was offenbar in Verbindung mit der nicht-hochschulischen Qualifizierung der Arbeitgebenden und ihren Ansprüchen selbst steht. Mehr als drei Viertel der Befragten trauen sich anspruchsvollere Aufgaben und mehr Verantwortung zu und wünschen sich diese.

8.2 Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS) 2017–2019

Die Studie bezieht sich auf elf Gesundheitsstudiengänge an sieben Hochschulstandorten in NRW, die seit Wintersemester 2010/2011 als Modellstudiengänge fungieren. Das Studium wird mit oder ohne Kooperation mit Berufsfachschulen als Teil der hochschulischen Ausbildung durchgeführt (Dieterich

et al. 2019, S. 2). Berufsgruppen waren neben den drei therapeutischen Berufen auch die Pflege und das Hebammenwesen.

„Die Studie hatte zum Ziel, den beruflichen Werdegang von Absolvent_innen eines Modellstudiengangs in den betreffenden Gesundheitsfachberufen detailliert zu erfassen. Dabei sollten insbesondere die Merkmale ihrer beruflichen Tätigkeit sowie die zugrunde liegenden Rahmenbedingungen beschrieben und analysiert werden“ (Dieterich et al. 2019, S. XII). In der als Querschnittstudie angelegten *Vollerhebung* wurden 515 Absolvent_innen erfasst und 47 in vertiefenden Telefoninterviews befragt (N = 1124, wovon 46 % geantwortet hatten).

Zusätzlich wurden 109 Arbeitgebende in eine quantitative Online-Befragung einbezogen und mit 25 von ihnen qualitative Interviews geführt. Wie schon die HVG-Studie zeigt auch VAMOS auf, dass das primär gestellte Ziel der angemessenen Versorgung von Klient_innen erreicht wird und die Absolvent_innen laut Arbeitgebenden handlungssicher sind (z. B. evidenzbasiertes und interprofessionelles Arbeiten).

Bei knapp zwei Dritteln der Befragten in der Gesamtstichprobe (60 %) sind die regulären klient_innennahen Aufgaben im Vergleich zu fachschulisch ausgebildeten Kolleg_innen durch besondere Aufgabenbereiche erweitert. In der Fremdeinschätzung wird seitens der Arbeitgebenden bei den Absolvent_innen im Vergleich zu fachschulisch Ausgebildeten ein „Mehrwert“ wahrgenommen: „Recherchieren, Bewerten und Kommunizieren wissenschaftlicher Erkenntnisse“ (91 %), „Planen, Steuern und Evaluieren von ... Prozessen“ (74 %), „Qualitätssicherung und -entwicklung“ (70 %). Die Interviews verdeutlichen, dass Unterschiede zwischen hochschulisch bzw. berufsfachschulisch Qualifizierten insbesondere die Arbeitsweise betreffen (höheres Maß an Reflexionsvermögen und kritisches Hinterfragen etablierter Strukturen und Prozesse, bessere Problemlösungskompetenz, stärkerer Fokus auf Evidenzbasierung und die Anwendung standardisierter Instrumente zur Diagnostik) (Dieterich et al. 2019, S. XIV).

In überragendem Umfang (98 %) sind Arbeitgebende zufrieden mit ihrer Entscheidung, hochschulisch Qualifizierte eingestellt zu haben. Neun von zehn sind der Auffassung, dass die Kompetenzen dieser Absolvent_innen den Anforderungen der Berufspraxis entsprechen und dass sie einen spezifischen zusätzlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten können (90 %), sodass sich in der Gesamtbewertung die akademische Grundqualifikation bewährt und Absolvent_innen akzeptiert werden.

Auch VAMOS konstatiert als Barrieren für den Berufseinstieg und eine langfristige Berufsausübung die begrenzten Möglichkeiten der Kompetenznutzung in der klient_innennahen Versorgung. Die im Studium erworbenen Qualifikationen und Kompetenzen und die in Teilen noch ungeklärte Vergütung der Absolvent_innen stellen angesichts des Kor-

setts restriktiver Rahmenbedingungen Hemmnisse dar (Dieterich et al. 2019).

Als förderliche Faktoren eignen sich berufsgruppenübergreifend v. a. erweiterte Erwerbstätigkeitsprofile mit besonderen *klient_innennahen Aufgaben* (z. B. Beratung, klinische Expertise oder Prozesssteuerung) oder besondere *klient_innenferne Aufgaben* (z. B. wissenschaftliche Recherche, Praxisprojekte, Qualitätsmanagement, Konzeptentwicklung oder Leitungsaufgaben).

Die geringe Entfaltung von Kompetenzen der Absolvent_innen unter restriktiven Bedingungen im Feld benannte Dieterich wie folgt: „Die PS kommen bisher nicht auf die Straße.“

9 Ausblick

Eine Beteiligung der Therapeut_innen an einer zeitgemäßen und hochwertigen Gesundheitsversorgung, so die vorliegenden theoretischen Befunde, erfordert ein DQR/EQR-6-Kompetenzniveau. Dies bestätigen auch internationale *Best-Practice-Beispiele*. Die Sonderrolle (Sandeck et al. 2024) in der Finanzierung, die Zuständigkeit zwischen Land/Bund sowie Ressorts Bildung/Wissenschaft und den Trägern von Ausbildung verunmöglicht aktuell eine zielorientierte Entwicklung. Angesichts der Fachkräftedebatten ist eine hochschulische Ausbildung im Kontext einer höheren Attraktivität der Gesundheitsberufe und des Bedarfs an Weiterentwicklung der Berufe zu interpretieren (Hanke et al. 2021).

Die Weiterentwicklung von therapeutischen Studiengängen und damit die Etablierung der Therapiewissenschaften stehen gegenwärtig an einem kritischen Punkt. Die Zurückhaltung bis Ablehnung der Hochschulqualifikation in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie als regelhafte Qualifizierung ist in der aktuellen Phase des im Prinzip stetigen Prozesses der akademischen Strukturbildung ein Nachteil mit nicht absehbaren Folgen. Diese Stagnation in einer Entwicklung bildet auch die HQGplus-Studie ab (WR 2022), die die Empfehlungen des Wissenschaftsrates 2012 zu „Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ nachverfolgt hat. Dieser hatte 2012 mit dem Hinweis auf die komplexeren Versorgungsanforderungen empfohlen, künftig 10–20 % der Berufsangehörigen hochschulisch – primärqualifizierend – auszubilden. In seiner Stellungnahme „Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe – wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen“ hat der Wissenschaftsrat die Primärqualifikation unterstrichen und Restriktionen benannt (WR 2023). Wie bereits in den Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen (WR 2012) postuliert, fordert das anerkannte Beratergremium von Politik und Hochschulen erneut eine Messgröße, die weit hinter einem kritischen Potenzial im Feld

zurückbleibt. Hochschulisch qualifizierte Therapeut_innen finden sich nur in marginaler Anzahl oder in Sonderrollen wieder. Angesichts des Innovationsstaus (Höppner 2016) ist lediglich eine sukzessive Entwicklung der Versorgung durch studierte Therapeut_innen zu erwarten.

Das Ziel einer hochschulischen Ausbildung in diesen Feldern ist politisch wenig unterstützt, und eine sukzessive Anpassung der Therapie an internationale Standards und nationale Bedarfe ist aktuell nicht durch konkrete Maßnahmen (z. B. Roadmap für die Entwicklung der hochschulischen Qualifikation und Integration in Praxis und Forschung) begleitet. Verlässliche finanzielle Absicherung und ein klares Ziel, das den Mehrwert der anders qualifizierten Berufe im Kontext eines deutschen, stark arztzentrierten und hierarchisch geprägten Gesundheitssystems anerkennt, stehen bislang aus.

Was ist die Entwicklungsperspektive und was sind treibende Kräfte einer Weiterentwicklung von hochschulischer Ausbildung in den Therapieberufen?

Einig sind sich Fachvertretende, dass in der Berufsausübung der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie eine Teilbarkeit des Tätigkeitsspektrums in komplexe versus nicht komplexe Aufgaben weder sinnvoll noch möglich ist, da therapeutische Aufgaben generell komplex (Voigt-Radloff et al. 2013) bzw. in einem „Kontinuum zwischen geringerer und höherer Komplexität“ angesiedelt sind (Pfungsten und Borgetto 2022, S. 132).

Der fortschreitende digitale Wandel erhöht seinerseits die Komplexität der Versorgung, eröffnet zugleich aber erhebliche Chancen für ihre nachhaltige Sicherstellung. Die WHO (2022) fordert eine umfassende *digitale Transformation* des Gesundheitswesens, einschließlich der Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien und verbindlicher Standards für die digitale Versorgung. Sie betont die Notwendigkeit kontinuierlicher Lern- und Anpassungsprozesse sowie die Förderung von Innovation als zentrale Elemente einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung. Digitale Technologien werden dabei als entscheidende Determinante für Gesundheit anerkannt. Gleichzeitig bleibt eine evidenzbasierte, patient_innenzentrierte und -orientierte Versorgung unverzichtbar. Der Einsatz künstlicher Intelligenz verändert derzeit grundlegende Prozesse in der Gesundheitsversorgung. Eine zentrale Voraussetzung für diese Transformation ist die digitale Bildung an Hochschulen – wie ein aktueller Scoping Review (Giesselbach et al. 2023) eindrücklich belegt.

Vergleichende patient_innenorientierte Outcomeforschung vor dem Hintergrund veränderter Ausbildung ist bisher für die Therapie nicht zu finden. Internationale Studien zu dieser Transition mit nachweislichen Effekten für die Patient_innenversorgung sind in Bezug auf das deutsche Gesundheitssystem nicht übertragbar, denn die Performanz, d. h. die Kompetenz in der Versorgung auch zeigen zu können und zu dürfen, ist angesichts restriktiver sozialrechtlicher Vorgaben problema-

tisch. Sozialrechtlich sind Therapeut_innen im engen Korsett der Berufsausübung und haben so eine „gesellschaftliche Platzanweisung“ (Höppner 2020, S. 13). Die Absolvent_innenbefragungen zeigen, dass die Kompetenz im Arbeitsfeld benötigt wird, jedoch nicht konkret nachgefragt bzw. honoriert wird. Spezielle Tätigkeiten, wie der *Direktzugang* als neue Versorgungsform, werden zwar für die Physiotherapie empfohlen (SVR 2018; Richter 2020), allerdings fehlen politisch legitimierte Modelle für mögliche Vorbehaltstätigkeiten akademisch ausgebildeter Therapeut_innen in der durch die gesetzlichen Krankenversicherungen finanzierten Heilmittel-erbringung.

In einem *Gesundheitssystem im Wandel* sind neue Aufgaben für Professionelle offensichtlich. Nicht weniger, sondern mehr und erweiterte Kompetenzen von Therapeut_innen werden angesichts neuer Versorgungsmodelle und Verantwortung für Versorgungssteuerung erwartet. Reflektierende Praktiker_innen müssen aus einer Vielzahl von Konzepten, Methoden und Techniken und vor dem Hintergrund ihrer Evidenz angemessen und klient_innenorientiert therapeutische Interventionen auswählen und durchführen. Die eigenen Berufserfahrungen werden dabei (selbst-)kritisch und theoriegeleitet reflektiert.

Interprofessionelles Arbeiten setzt selbstbewusste Professionelle voraus, die den Beitrag ihrer Arbeit argumentativ, jedoch vor dem Hintergrund gemeinsamer patient_innenzentrierter Ziele vertreten können. Professionalität macht wissenschaftliches Denken und die Reflexion der Effekte von Therapie unabdingbar.

Möglicherweise verdeutlichen die Berufsfucht und ein diskutierter Fachkräftemangel in den Therapieberufen die Unzufriedenheit und mangelnde Spielräume beruflicher Entfaltung – immer in Konkurrenz auch zu anderen Bereichen.

Im „Gesamtkonzept zur Neuordnung und Stärkung der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe“ wird auf Aufgabenausweitung und Attraktivitätssteigerung eingegangen. „Aka-demisierung und Direktzugang unter Einschluss der selbständigen Ausübung von Heilkunde können dabei Aspekte sein, die qualitativ hochwertige Patientenversorgung interprofessionell zu leisten, gut ausgebildeten Fachkräften weitergehende Betätigungsfelder zu ermöglichen, sie langfristig in einer ihrer Ausbildung entsprechenden Beschäftigung in den Gesundheitsfachberufen zu binden und die Ausbildungen insgesamt für junge, interessierte Menschen attraktiver zu gestalten“ (BLAG 2020, S. 6; BMG 2020).

oder das große Beharrungsvermögen in traditionellen Ausbildungsstrukturen und Interessenvertretungen, verhindern die notwendige Erweiterung der Kompetenzen in den Therapieberufen. Engagierte Therapeut_innen wandern ab – ins Ausland oder in andere Berufsfelder/Disziplinen. Aktuell ist eine Abwanderung engagierter Therapeut_innen im Feld wahrnehmbar (Hammer 2018). Insbesondere Studierende mit dem Wunsch nach Entwicklungsmöglichkeiten und besseren Arbeitsbedingungen verlassen Deutschland.

Eine Politik des Aufschiebens von Entscheidungen auf die lange Bank bleibt nicht ohne Folgen für das, was vor über 20 Jahren in Deutschland erfolgreich begonnen hat (Borgetto 2020). Bleibt hochschulische Qualifikation von Therapeut_innen in Deutschland also ein „nice to have“?

Die Argumente für eine Primärqualifikation sind in zahlreichen Positionspapieren von Berufsverbänden, Hochschulverbänden sowie der HRK vertreten. Dabei wird u. a. auf den zunehmenden Versorgungsbedarf in einer alternden und sich wandelnden Gesellschaft verwiesen, auf die Einheit von Diagnostik, Beratung und Therapie im therapeutischen Prozess sowie auf die Notwendigkeit einer wissenschaftlich reflektierten Praxis, die zur qualitativen Verbesserung der therapeutischen Versorgung von Patient_innen beitragen soll. Weitere Argumente umfassen die stärkere Rückbindung an wissenschaftliche Diskurse, die Schaffung von Voraussetzungen für wissenschaftliche Karrieren, die Förderung von Forschung und Wissenschaft sowie die Anschlussfähigkeit an internationale Standards (Friedrichs und Schaub 2011).

Die Autorinnen dieses Beitrags, die den Prozess der Akademisierung seit Jahrzehnten aktiv mitgestalten, bilanzieren die aktuelle Situation wie folgt: Die Diskussion um einen zielführenden Weg in die Zukunft hochschulischer Ausbildung in den Therapieberufen – wie z. B. in der Schweiz und Österreich seit Mitte der ersten Dekade erfolgt – ist nie ergebnisoffen geführt worden. Partikuläre Interessen, hierarchisches Denken, Föderalismus, uneinheitliche Regelungen und nicht zuletzt das Fehlen belastbarer Studien zu den Effekten weitergehender Qualifikationen werden auch in den nächsten Jahren den irrationalen Wildwuchs von Ausbildung mangels politischer Ziele in diesem Feld nicht verbessern. Auf dem Spiel steht eine zukunftsorientierte, patient_innengerechte und nachhaltige Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation durch die Sicherstellung der für die Gesundheitsversorgung angemessenen Kompetenzen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Neue Versorgung und erweiterte Verantwortungen im System und in der Gesellschaft sind nicht ohne Bildungsinvestition zu erlangen – so die Forderung nach einer „nachhaltigen Gesundheitsbildungspolitik“ (Sottas et al. 2013).

Derzeit findet ein Generationenwechsel innerhalb der Therapiewissenschaften statt. Nach einer Phase, in der engagierte Wegbereiter_innen unter oft herausfordernden Bedingungen wichtige Grundlagen geschaffen haben, übernehmen

10 Fazit

Prognosen zur Entwicklung von Studiengängen bzw. Therapiewissenschaften in Deutschland sind aktuell aufgrund vieler offener Fragen schwer zu treffen. Restriktive Bedingungen, z. B. keine flankierende Gesetzgebung für Entwicklung

nun neue Akteur_innen Verantwortung. Dabei ist es wichtig zu betonen, dass es auch vor der aktuellen Generation bereits bedeutende Beiträge und Entwicklungen gab, auf denen aufgebaut werden konnte. Um die Zukunft der Profession aktiv mitzugestalten, kommt insbesondere den Absolvent_innen eine zentrale Rolle zu – sie können als Impulsgebende für die Weiterentwicklung der Ausbildungsstrukturen wirken.

Erklärung zu konkurrierenden Interessen Der/die Autor(en) hat/haben keine Interessenkonflikte zu erklären, die für den Inhalt dieses Manuskripts relevant sind.

Literatur

- AG „Berufsbildung in den Heilberufen“ zur Entwicklung einer homogenen Struktur und zur Qualitätssicherung der Berufsausbildung in den Heilberufen (2015). [https://www.vast-therapieberufe.de/news/1/306271/nachrichten/diskussionspapier-der-ag-berufsbildung-in-den-heilberufen-zur-entwicklung-einer-homogen\(er\)en-struktur-und-zur-qualit%C3%A4tssicherung-der-berufsausbildung-in-den-heilberufen-\(oktober-2015\).html](https://www.vast-therapieberufe.de/news/1/306271/nachrichten/diskussionspapier-der-ag-berufsbildung-in-den-heilberufen-zur-entwicklung-einer-homogen(er)en-struktur-und-zur-qualit%C3%A4tssicherung-der-berufsausbildung-in-den-heilberufen-(oktober-2015).html). Zugriffen am 26.06.2025
- AG MTG – Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (2016) Positionspapier der AG MTG. Zur hochschulischen Ausbildung der Gesundheitsfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe. https://www.dbl-ev.de/wp-content/uploads/2025/02/AGMTG_POSITIONSPAPIER_052016.pdf. Zugriffen am 26.06.2025
- Arbeitskreis Berufsgesetz (o. J.) AK Berufsgesetz. <https://www.arbeitskreis-berufsgesetz.de/arbeitskreis-berufsgesetz>. Zugriffen am 21.05.2025
- BAA – Bundesagentur für Arbeit (o.J.) Zugang und Zulassung zum Studium: der passende Bildungsabschluss. <https://www.arbeitsagentur.de/bildung/studium/zugang-zulassung-studium>. Zugriffen am 04.06.2025
- BLAG – Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ (2020) Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsberufe/Eckpunkte_Gesamtkonzept_Gesundheitsfachberufe.pdf. Zugriffen am 30.11.2020
- Blümke C, Rübiger J, Hansen H, Warnke A, Wasner M, Lauer N (2019) Berufstätigkeit und Berufszufriedenheit von Therapeuten mit hochschulischer Ausbildung – Ergebnisse der HVG-Absolventenbefragung zur Evaluation von primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen für therapeutische Gesundheitsfachberufe (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie). https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/HVG-Forschungsbericht_Homepage.pdf. Zugriffen am 15.12.2020
- BMBF – Gesundheitsforschungsrat (2011) Empfehlungen. Forschung in den Gesundheitsfachberufen – Potentiale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/files/GFR-Empfehlung_Gesundheitsfachberufe.pdf. Zugriffen am 26.6.2025
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020) Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ vom 05. März 2020 https://bdsf-ev.de/wp-content/uploads/2020/10/FBTT_Kommentar-Eckpunktepapier_2020.pdf. Zugriffen am 07.04.2025
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2022) Gesetz über die Anerkennung von Schulen in Gesundheitsfachberufen (Gesundheitsschul-Anerkennungsgesetz – GesSchulAnerkG). BGBl. I, S 736
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2023) Pflegeberufegesetz – Verlängerung der Modellklausel bis 2024. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/beruf-und-ausbildung/ausbildung/ausbildungsreform.html>
- Borgetto B (2020) Reform der Berufsgesetze für die Physiotherapie auf der langen Bank? <https://physiotherapeuten.de/news/2020/11/reform-der-berufsgesetze-fuer-die-physiotherapie-auf-der-langen-bank/>. Zugriffen am 26.06.2025
- Bundesministerium der Justiz (2009). Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten (BGBl. I S. 3089). Bundesgesetzblatt Teil I
- Bundesregierung (2025) Koalitionsvertrag. https://www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf. Zugriffen am 15.07.2025
- Bündnis Therapieberufe an die Hochschulen (2019) Positionspapier. Für eine nachhaltige und zukunftsfeste Ausbildung der Therapieberufe. https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Positionspapier_Therapieberufe_Versand_f.pdf. Zugriffen am 28.10.2020
- Bündnis Therapieberufe an die Hochschulen (2020) Therapieberufe an die Hochschulen. <https://buenndis-therapieberufe.de/>. Zugriffen am 21.05.2025
- Darmann-Finck I, Reuschenbach B (2014) Abschlussbericht „Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW“. https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/pflege_abschlussbericht_26_05_2015.pdf. Zugriffen am 30.11.2020
- Darmann-Finck I, Reuschenbach B (2019) Ergebnisse der Evaluation der hochschulischen Erstausbildung in den therapeutischen Berufen. Gesundheitswesen 81:325–331
- dbl – Deutscher Bundesverband für Logopädie (2025) Fachwissen Logopädie. <https://www.dbl-ev.de/fachwissen-logopaedie/>. Zugriffen am 15.07.2025
- Destatis (2025). <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/23621/table/23621-0007/search/s/cGh5c2lvdGhlcmFwZXV0ZW4=>. Zugriffen am 26.06.2025
- Dieterich S, Hoßfeld R, Latteck ÄD, Bonato M, Fuchs-Rechlin K, Helmbold A, Große Schlarmann J, Heim S (Hrsg) (2019) Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS) – Abschlussbericht. Bochum
- DKI – Deutsches Krankenhaus Institut (2024) Gutachten zur Ermittlung der Kosten der Ausbildung in den Berufen der Physiotherapie, der Ergotherapie und der Logopädie im Zuge ihrer Novellierung und Neuordnung. <https://www.dki.de/forschungsprojekt/gutachten-zur-ermittlung-der-kosten-der-ausbildungen-in-den-berufen-der-physiotherapie-der-ergotherapie-und-der-logopaedie-im-zuge-ihrer-novellierung-und-neuordnung>. Zugriffen am 26.06.2025
- DNEbM – Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2019) Jahresbericht des EbM Netzwerkes. www.ebm-netzwerk.de. Zugriffen am 04.06.2025
- Dollaghan C (2007) The handbook for evidenced-based practice in communication disorders. Paul H. Books, Baltimore
- DVE – Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (2025a) Über uns. <https://www.dve.info>. Zugriffen am 14.07.2025
- DVE – Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (2025b) Schulen finden in der Umgebung. <https://www.dve.info>. Zugriffen am 14.07.2025
- Erhart M (2020). Die Physiotherapie aus versorgungswissenschaftlicher Perspektive. In: Höppner H, Kühnast P, Winkelmann C (Hrsg) Potenziale der Physiotherapie erkennen und nutzen. Von der Kompetenz zur Performanz in der Gesundheitsversorgung. medhochzwei, Heidelberg, S 139–150
- Ewers M, Grewe T, Höppner H, Huber W, Sayn-Wittgenstein F, Stemmer R, Voigt-Radloff S, Walkenhorst U (2012) Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Dtsch Med Wochenschr 137(Suppl 2):29–76

- FBTT – Fachbereichstag Therapiewissenschaften (2025a) Mitgliedshochschulen. <https://www.fbt-therapiewissenschaften.de/about-5>. Zugriffen am 07.05.2025
- FBTT – Fachbereichstag Therapiewissenschaften (2025b) Studiengänge im Bereich Logopädie/Sprachtherapie in Deutschland. https://www.fbt-therapiewissenschaften.de/_files/ugd/65ae60_2547044334ad4483a52e3ed841ee244b.pdf. Zugriffen am 28.07.2025
- Friedrichs A, Schaub H (2011) Akademisierung der Gesundheitsberufe – Bilanz und Zukunftsperspektive. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 28(4):Doc50. <https://doi.org/10.3205/zma000762>
- Giesselbach L, Boettcher AM, Sommer S (2023) Digital education in the therapeutic healthcare professions: occupational therapy, physical therapy, and speech and language therapy: a scoping review. Int J Health Professions 10(1):105–116. <https://doi.org/10.2478/ijhp-2023-0008>
- GKV Spitzenverband (2024) Pressenachricht Blankoverordnung. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1884544.jsp. Zugriffen am 15.07.2025
- Hammer S (2018) „Ich bin dann mal weg ...“ Gründe für den Ausstieg aus den Therapieberufen. Impulsvortrag zur Fachtagung des Hochschulverbundes Gesundheitsfachberufe am 08.06.2018
- Handgraaf M, Groll C, Grüneberg C (2020) Die Versorgung auch in Zukunft sichern. Drei Gründe für die Vollakademisierung in der Physiotherapie. pt Zeitschrift für Physiotherapeuten 4:13–18
- Hanke A, Sandeck F (2018) Auszubildende nach Gesundheitsfachberufen und prozentualer Anteil einer Hochschulzugangsberechtigung 2017/2018 in ausgewählten Bundesländern. Bisher unveröffentlichte Recherche. HFU Hochschule Furtwangen
- Hanke A, Sandeck F, Richter R (2021) Wie kann die Akademisierung dem Fachkräftemangel entgegenwirken? physiopraxis 18(3):14–15. <https://doi.org/10.1055/a-1340-5147>
- Hensen P, Stamer M (2018) Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen. Gestaltungsansätze, Handlungsfelder und Querschnittsbereiche. Springer VS, Wiesbaden
- Höppner H (2007) Akademisierung der Gesundheitsfachberufe. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung und Effektivitätssteigerung gesundheitlicher Versorgung in Deutschland. In: Deitermann, Kemper, Glaeske (Hrsg) GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2007. Asgard, St. Augustin, S 28–37
- Höppner H (2016) Innovationsstau in der Gesundheitsbildung(spolitik): Die Modellklausel in den Berufsgesetzen zur Primärqualifikation an Hochschulen. ergoscience 11(4):165–167
- Höppner H (2020) Warum dieses Buch? In: Höppner H, Kühnast P, Winkelmann C (Hrsg) Potenziale der Physiotherapie erkennen und nutzen. Von der Kompetenz zur Performanz in der Gesundheitsversorgung. medhochzwei, Heidelberg, S 1–15
- Höppner H, Kintscher S (2024) Ein innovatives Bildungsangebot für mehr Kooperation in der Gesundheitsversorgung. Die Neue Hochschule 54(5):15–19. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13383171>
- Höppner H, Richter R (Hrsg) (2018) Theorie und Modelle der Physiotherapie. Ein Handbuch, Hogrefe, Bern
- Höppner H, Kühnast P, Winkelmann C (Hrsg) (2020) Potenziale der Physiotherapie erkennen und nutzen. Von der Kompetenz zur Performanz in der Gesundheitsversorgung. medhochzwei, Heidelberg
- HRK – Hochschulrektorenkonferenz (2020) Hochschulkompass. <https://www.hochschulkompass.de/home.html>. Zugriffen am 30.11.2020
- HRK – Hochschulrektorenkonferenz (2023) Voraussetzungen für wissenschaftliche Qualifizierung in den Gesundheitsfachberufen verbessern | WR empfiehlt, die wissenschaftlichen Disziplinen hinter den Gesundheitsfachberufen zu stärken. <https://www.hrk.de/themen/hochschulsystem/hochschulmedizin-und-gesundheit/>. Zugriffen am 04.06.2025
- HVG – Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (Hrsg) (2013) Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie. 2013. http://hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/FQR-ThGFB_Beschlussfassung130614.pdf. Zugriffen am 26.06.2025
- HVG – Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe, VAST – Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen (2018) Notwendigkeit und Umsetzung einer vollständig hochschulischen Ausbildung in den Therapieberufen (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie) – Strategiepapier. https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Strategiepapier-2018_11_08.pdf. Zugriffen am 26.06.2025
- HVG – Hochschulverbund Gesundheitsfachberuf (2019) Ergebnisse der HVG-Absolventenbefragung zur Evaluation von primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen für therapeutische Gesundheitsfachberufe (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie). <https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/ergebnisse/der-hvg-absolventenbefragung-zur-evaluation-von-primarqualifizierenden-bachelorstudien-gaengen-fuer-therapeutische-gesundheitsfachberufe-physiotherapie-ergotherapie-logopaedie/>. Zugriffen am 26.06.2025
- HVG – Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe, VAST – Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen (2020): Stellungnahme zum Eckpunktepapier „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“, Juni 2020. Stellungnahme zum Eckpunktepapier „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ – HVG & VAST, Juni 2020 (PDF)
- Igl G (2015) Beruferechtliche Begleitforschung – Ergebnisse und Empfehlungen zur hochschulischen Ausbildung. Präsentation der Evaluationsergebnisse zu den Modellstudiengängen Pflege- und Gesundheitsberufen in NRW. <https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/05-igl-nrw-beruferechtliche-begleitforschung-berlin-2015-05-29.pdf>. Zugriffen am 26.06.2025
- Kemper C (2019) Herausforderungen annehmen – Zukunftsvisionen in der Physiotherapie. physiopraxis 17(1):50–54. <https://doi.org/10.1055/a-0732-6522>
- KOFA Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung (2024). Die Fachkräftesituation in Gesundheits- und Sozialberufen. KOFA kompakt 07 2024. https://forum-logopaedie.de/artikel/die-aktuelle-zahl-2/?utm_source. Zugriffen am 09.05.2025
- Kohlwes H (2009) Ein Beruf für höhere Töchter – Physiotherapie in den 50er Jahren. Physiopraxis 7(10):40–42. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1308240>. Zugriffen am 15.07.2025
- Kraus E (2024) Fachbereichstag Therapiewissenschaften (FBTT): ein Meilenstein für die Therapieberufe. Ergoscience 19(1):42
- Kraus E, Vogel B (2025) Die EbP-Landkarte zur Ermittlung eines Status und Entwicklung einer Strategie für die evidenzbasierte Praxis. Ergoscience 20(2):80–81
- Lauer N (2014) Gestern Arbeit – heute Beruf – morgen Profession? Die Entwicklung der Logopädie innerhalb der Gesundheitsversorgung. Aktueller Stand und zukünftige Perspektiven. Forum Logopädie 28(3):6–8
- Lehmann Y, Beutner K, Karge K, Ayerle G, Heinrich S, Behrens J, Landenberger M (2014) Bestandaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GesInE). (Hrsg): Bundesministerium für Bildung und Forschung. Bd 15 Reihe Berufsbildungsforschung. BMBF, Bonn/Berlin
- Lof GL (2011) Science-based practice and speech-language pathologists. Int J Speech Language Pathol 13(3):189–196
- Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stillwell SB, Williamson KM (2010) Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. AJN 110(1):51–53. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000366056.06605.d2>
- Opta Data Zukunftsstiftung (2025) 7. Statistisches Jahrbuch zur gesundheitsberuflichen Lage in Deutschland 2024. Gesamtband. Zukunftsstiftung, Regensburg
- Peschke D (2019) Bedarfsgerechtigkeit in der physiotherapeutischen Versorgung in Deutschland: – a scoping review. Zeitschrift für

- Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. Bd 141–142, May 2019, S 33–44. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.03.004>
- Pfingsten A, Borgetto B (2022) Vorteile einer vollständigen Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsberufe für die Versorgung. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg) Gesundheitswesen aktuell. Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung, Berlin, S 130–149
- Physio Deutschland (2023) Schulen für Physiotherapie. https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Ausbildung/PHYSIO-DEUTSCHLAND_Schulliste_2023.pdf. Zugegriffen am 26.06.2025
- Reinecke S, Mijic M, Gerhard J, Jung A, Ernst K, Dreher C, Lohmann M, Koch M, Jahjah A, Fichtemüller A, Balzer J (2024) Evidence-based practice – implementation level and attitude among physical, occupational, and speech and language therapists in Germany: status quo. *JBİ Evid Implement* 22(2):205–217
- Richter R (2020) Kompetenz und Performanz für den Direktzugang. In: Höppner H, Kühnast P, Winkelmann C (Hrsg) Potenziale der Physiotherapie erkennen und nutzen. Von der Kompetenz zur Performanz in der Gesundheitsversorgung. Medhochzwei Verlag, Heidelberg, S 127–138
- Robert Bosch Stiftung (2013) Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven. Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart
- Rottenkolber D (2020) Die Physiotherapie aus gesundheitsökonomischer Perspektive. In: Höppner H, Kühnast P, Winkelmann C (Hrsg) Potenziale der Physiotherapie erkennen und nutzen. Von der Kompetenz zur Performanz in der Gesundheitsversorgung. Medhochzwei Verlag, Heidelberg, S 151–167
- Sandack F, Hanke-Szymczak A, Ziegler J (2024) Zwischen Schulgeld und Ausbildungsvergütung – Finanzierung der Schulen im deutschen Gesundheitswesen. *Das Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/a-2416-0948>
- Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (2022) Verordnung über die staatliche Anerkennung von Pflegeschulen im Land Berlin (BlnPflSchulAnerkV). GVBl. 2022
- Sottas B, Kissmann S (2016) Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten – Zur Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema. <https://formative-works.ch/?publikation=sottas-b-2016-interprofessionelle-teams-sind-effizienter-und-senken-die-kosten-zur-evidenzlage-bei-einem-kontroversen-innovationsthema>. Zugegriffen am 15.12.2020
- Sottas B, Höppner H, Kickbusch I, Pelikan J, Probst J (2013) Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik. Careum Paper 7. https://formative-works.ch/wp-content/uploads/2020/01/2013_3_Careum-Working-Paper-7-deutsch.pdf. Zugegriffen am 26.06.2025
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf. Zugegriffen am 10.10.2020
- VAST – Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen (o.J.) Der Bundesverband Deutscher Schulen für Logopädie (BDSL) stellt sich vor [https://www.vast-therapieberufe.de/seite/194327/der-bundeverband-deutscher-schulen-f%C3%BCr-logop%C3%A4die-\(bds\)-stellt-sich-vor.html](https://www.vast-therapieberufe.de/seite/194327/der-bundeverband-deutscher-schulen-f%C3%BCr-logop%C3%A4die-(bds)-stellt-sich-vor.html). Zugegriffen am 08.05.2025
- VDES – Verband der Deutschen Ergotherapie Schulen (2017), VDES Positionspapier zur Zukunft der Ergotherapieausbildung. https://buendnis-therapieberufe.de/wp-content/uploads/2020/10/VDES-Positionspapier_2018-08_29.pdf. Zugegriffen am 04.06.2025
- VFWG – Verein zur Förderung der Wissenschaft in den Gesundheitsberufen (2025) Ziele. <https://vfwg.info/ijhp/>. Zugegriffen am 26.06.2025
- Voigt-Radloff S, Stemmer R, Behrens J, Horbach A, Ayerle GM, Schäfers R, Binnig M, Mattern HP, Wasner M, Braun C, Marotzki U, Krau GS, Müller C, Corsten S, Lauer N, Schade V, Kempf S (2013) Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den therapeutischen Wissenschaften der Physiotherapie. *Ergotherapie und Logopädie*. <https://doi.org/10.6094/UNIFR/2013/1>
- Walkenhorst U (2017) Hochschulisch ausbilden – Akademische Lehre in der Ergotherapie. In: Sahmel K-H (Hrsg) Hochschuldidaktik der Pflege und Gesundheitsfachberufe. Springer, Heidelberg, S 87–97. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54875-2_8
- WCPT World Physiotherapy (2024) Deutscher Verband für Physiotherapie. Deutschland: ein Profil des Berufes im Jahr 2024. <https://de.world.physio/membership/germany>. Zugegriffen am 22.06.2025
- WHO – World Health Organization (2022) Aktionsplan zur Förderung der digitalen Gesundheit in der Europäischen Region der WHO (2023–2030). EUR/RC72/5, 72. Tagung des Regionalkomitees für Europa. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360959/72wd05g-DigitalHealth-220529.pdf?sequence=2>. Zugegriffen am 06.03.2026.
- WR – Wissenschaftsrat (2012) Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Wissenschaftsrat, Berlin, 13.07.2012. Drucksache 2411-12
- WR – Wissenschaftsrat (2013) Empfehlungen zur Entwicklung des dualen Studiums. Wissenschaftsrat, Köln, Drucksache 3479-13
- WR – Wissenschaftsrat (2022) HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update. Wissenschaftsrat, Köln, Drucksache 9541-22
- WR – Wissenschaftsrat (2023) Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe: Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen. Wissenschaftsrat, Köln, Drucksache 1548-23