STELLUNGNAHME zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau (Hilfsmittel-modernisierungs- und Bürokratierückbaugesetz – HiB) des **Fachbereichstags Therapiewissenschaften e.V. (FBTT)**, ***Fachgruppe Ergotherapie***

(vertreten durch Sprecherin Prof. Dr. Elke Kraus)

16.11.2026

> *Ergotherapie ist eine vielseitige, personenzentrierte und teilhabeorientierte Gesundheitsprofession. Sie unterstützt Menschen aller Altersstufen mit körperlichen, psychischen oder kognitiven Einschränkungen, indem sie therapeutische Behandlung mit der Anpassung von Betätigung und Umwelt verbindet. Diese Doppelkompetenz umfasst Kuration, Prävention und Gesundheitsförderung und zielt auf Betätigungsfähigkeit, Selbstständigkeit und gesellschaftliche Teilhabe in den konkreten Lebenswelten. Angesichts zunehmender Multimorbidität, Digitalisierung, Vereinsamung und Handlungsarmut gewinnt dieser Ansatz an Bedeutung. Die Ansprüche einer qualitativ hochwertigen, nachhaltigen Versorgung rekurrieren auf eine wissenschaftlich fundierte ergotherapeutische Diagnostik, professionelle Entscheidungsfähigkeit, evidenzbasierte Interventionen, Umwelt- und Kontextanalyse sowie die Fähigkeit, die Versorgung und die Profession evidenzbasiert weiterzuentwickeln.*

Die **FBTT-Fachgruppe Ergotherapie** begrüßt grundsätzlich, dass der HiB-Entwurf (HiB-E) die Möglichkeit eröffnet, eine neue Versorgungsform wissenschaftlich zu erproben und dabei Patientensicherheit, Versorgungsqualität, Wirtschaftlichkeit und interprofessionelle Zusammenarbeit zu berücksichtigen. Ein zeitlich befristetes und unabhängig evaluiertes Modellvorhaben kann sinnvoll sein, um eine solche Versorgungsform unter realen Bedingungen zu prüfen. Der HiB-E geht jedoch über eine Versorgungserprobung hinaus und eröffnet den Direktzugang im Rahmen der Modellvorhaben grundsätzlich auch Personen, die bereits berufsfachschulisch qualifiziert sind, aber keinen Bachelor haben. Vorgesehen sind zusätzlich fünf Jahre Berufserfahrung sowie eine an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule zu absolvierender Ausbildung, die mindestens 900 Stunden umfassen soll und mit einer staatlichen Prüfung abschließt. Diese Zusatzqualifikation wird weder einem Bachelorabschluss noch einem transparent ausgewiesenen ECTS-, DQR- oder EQR-Niveau zugeordnet (BMG, 2026b, § 9a MPhG-E; § 64f SGB V-E).

Der **Direktzugang ist keine Frage eines akademischen Privilegs, sondern eine Frage der Versorgungsqualität und Patientensicherheit**. Im HiB-E geht es nicht nur darum, eine bereits ärztlich festgestellte und verordnete Behandlung selbstständig durchzuführen, sondern die Therapeut:innen sollen hier eigenverantwortlich Anamnese und Diagnostik durchführen, Kontraindikationen erkennen, den Behandlungsbedarf feststellen, über Art, Dauer und Frequenz der Behandlung entscheiden und den weiteren Behandlungsprozess steuern. Damit wird ihnen eine heilkundliche Entscheidungs- und Versorgungsverantwortung übertragen, die bisher durch eine vorgelagerte ärztliche Diagnose und Verordnung begrenzt war. Diese Anforderungen gehen über die selbstständige Durchführung fachlicher Aufgaben innerhalb eines beruflichen Handlungsrahmens hinaus. Der DQR beschreibt auf Niveau 4 die selbstständige Planung und Bearbeitung fachlicher Aufgaben in einem umfassenden und sich verändernden beruflichen Tätigkeitsfeld. Der EQR konkretisiert dies als selbstständiges Tätigwerden innerhalb der Handlungsparameter von Arbeits- oder Lernkontexten, die in der Regel bekannt sind, sich jedoch verändern können. DQR-Niveau 6 beschreibt hingegen die Planung, Bearbeitung und Auswertung umfassender fachlicher Problemstellungen sowie die eigenverantwortliche Steuerung von Prozessen unter komplexen und häufig wechselnden Bedingungen. Der EQR verlangt auf diesem Niveau fortgeschrittene Fertigkeiten zur Lösung komplexer und unvorhersehbarer Probleme sowie die Übernahme von Entscheidungsverantwortung in unvorhersehbaren Arbeits- oder Lernkontexten (DQR, Niveaus 4 und 6: Anhang II bei der Empfehlung des Rates der Europäischen Union vom 22. Mai 2017).

Die im HiB-E vorgesehenen Befugnisse entsprechen in ihren Anforderungen daher **mindestens dem DQR-/EQR-Niveau 6**. Sie setzen nicht nur die selbstständige Anwendung therapeutischer Verfahren voraus, sondern eigenverantwortliche diagnostische, indikationsbezogene und versorgungssteuernde Entscheidungen in komplexen und nicht vollständig vorhersehbaren Situationen. Die Fachgruppe Ergotherapie findet es problematisch, dass der HiB-E die eigenverantwortliche Versorgung von Patient an eine Zusatzqualifikation knüpft, die nach dem Entwurf mindestens 900 Stunden umfassen soll (circa ein Studiensemester), ohne verbindlich festzulegen, welche Mindestkompetenzen diese Qualifikation vermitteln und welche Anforderungen sie insbesondere in Diagnostik, wissenschaftlicher Entscheidungsfindung, Reflexion, interprofessioneller Zusammenarbeit und Qualitätssicherung erfüllen muss. Ein Modellvorhaben über den Direktzugang sollte jedoch prüfen, ob eine klar definierte Qualifikation und ein klar definiertes Versorgungsmodell sicher und wirksam sind, und benötigt dafür verlässlich etablierte erforderliche Kompetenzen der teilnehmenden Personen. Dafür müssen vor Beginn der Modellvorhaben verbindliche Mindestanforderungen an Inhalte, Praxisanteile, Prüfung und Kompetenznachweis festgelegt werden. Es ist nicht unbedingt ein vollständig einheitliches Curriculum notwendig, sondern ein **bundeseinheitliches Kompetenzprofil und überprüfbare Qualitätsstandards.** Eine staatliche Prüfung allein gewährleistet dies nicht, wenn offenbleibt, welche Kompetenzen bundesweit geprüft und nach welchen Maßstäben sie bewertet werden. Außerdem ist unklar ob Physiotherapeut:innen mit Bachelorabschluss auch noch die Ausbildung nach §9a machen müssen

Solange diese **Mindestanforderungen** nicht gewährleistet werden, fehlt dem Entwurf die notwendige fachliche und rechtliche Begründung dafür, Personen mit einer berufsfachschulischen Qualifikation und einer nicht näher eingeordneten Zusatzqualifikation eigenverantwortliche heilkundliche Entscheidungen im Direktzugang zu übertragen. Der Gesetzgeber muss nachweisen, dass die vorgesehene Qualifikation tatsächlich einem dem DQR-/EQR-Niveau 6 vergleichbaren Kompetenzniveau entspricht. Die Modellphase kann anschließend prüfen, ob diese Qualifikation für eine sichere und hochwertige Versorgung ausreicht. Sie sollte jedoch mit Patient:innen erprobt werden, wenn die Therapeut:innen keine akademische (DQR/EQR 6) Qualifikation besitzen, um dann im Nachhinein zu klären, ob nicht-akademisierte Therapeut:innen für eine eigenverantwortliche heilkundliche Tätigkeit ausreichend qualifiziert sind. Wir lehnen daher eine automatische Gleichsetzung von berufsfachschulischer Qualifikation, Berufserfahrung und eigenverantwortlicher Heilkundekompetenz eindeutig ab. Ansonsten lassen sich weder die Ergebnisse der Modellvorhaben zuverlässig vergleichen noch die Ursachen für positive oder negative Versorgungsergebnisse eindeutig bewerten.

Für die Ergotherapie schlussfolgern wir, dass ein ergotherapeutischer **Direktzugang an eine primärqualifizierende hochschulische Qualifikation mit nachweisbarem Kompetenzniveau auf DQR-/EQR-6-Ebene gebunden werden muss** und nicht über eine kurze, nicht transparent eingeordnete Zusatzqualifikation nach einer berufsfachschulischen Ausbildung eröffnet werden kann. Es geht dabei nicht um die Aufwertung eines Studienabschlusses, sondern um die Sicherstellung, dass die Therapeut:innen, die ohne vorgelagerte ärztliche Diagnose über Behandlungsbedarf, Kontraindikationen, Therapie und Weiterleitung entscheiden, entsprechend und nachweisbar auf dem erforderlichen Kompetenzniveau qualifiziert sind. Das Modellvorhaben sollte also die Versorgungsform erproben und nicht erst die grundlegende Qualifikation derjenigen, die Patient:innen eigenverantwortlich behandeln.

Quellen:

- Fischer, M., Bui, E., Besombes, L., & François, M. (2026). Systematic review of direct access physiotherapy for musculoskeletal conditions in primary care: Consequences for general practitioner workload, resource use, and organisation of care. BMC Primary Care, 27(1), 75. https://doi.org/10.1186/s12875-026-03186-9
- Gallotti, M., Campagnola, B., Cocchieri, A., Mourad, F., Heick, J. D., & Maselli, F. (2023). Direct access physiotherapy in primary care: A systematic review. Journal of Clinical Medicine, 12(18), 5832. https://doi.org/10.3390/jcm12185832
- Rat der Europäischen Union. (2017). Empfehlung des Rates vom 22. Mai 2017 über den Europäischen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen und zur Aufhebung der Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. April 2008 zur Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (2017/C 189/03). Amtsblatt der Europäischen Union, C 189, 15–28.