

PHYSIO AUSTRIA

POSITIONSPAPIER

DIREKTZUGANG ZUR PHYSIOTHERAPIE

ÜBERSICHT

Präambel.	3
Physiotherapie als zentraler Bestandteil des Gesundheitssystems	3
Physiotherapie als Chance für den demografischen Wandel	4
Definition Direktzugang	5
Zugang zur Physiotherapie in Österreich	6
Zugang zur Physiotherapie im europäischen Raum	7
Die Effekte des Direktzugangs zur Physiotherapie	9
Voraussetzungen für einen Direktzugang	12
Kompetenzen für Physiotherapeut*innen im Rahmen des Direktzugangs	15
Wirtschaftsfaktor Physiotherapie in Österreich	19
Literaturverzeichnis	21

Zitiervorschlag

Physio Austria. 2026. Positionspapier: Direktzugang zur Physiotherapie. Physio Austria.

PRÄAMBEL

Physiotherapie ist essenziell für das Wohl und die Funktionsfähigkeit einer gesunden Gesellschaft – ihre Bedeutung ist unbestritten. Sie trägt dazu bei, die optimale Bewegungsfähigkeit und körperliche Funktionalität über die gesamte Lebensspanne zu erhalten, zu fördern und nach Verletzungen, Erkrankungen, Behinderungen oder altersbedingten Veränderungen wiederherzustellen. Physiotherapeut*innen unterstützen Menschen jeden Alters, ihre individuellen körperlichen Fähigkeiten zu entwickeln, zu erhalten, zu stärken und zurückzugewinnen. Dadurch legen Physiotherapeut*innen die Grundlage für soziale und berufliche Teilhabe und sind ein unverzichtbarer Bestandteil des österreichischen Gesundheitssystems sowie moderner, patient*innenorientierter Versorgungsmodelle, von denen alle Menschen in Österreich profitieren.

Mit rund 20.000 Berufsangehörigen bilden Physiotherapeut*innen, nach Ärzt*innen und Gesundheits- und Krankenpfleger*innen die drittgrößte Gesundheitsberufsgruppe in Österreich. Von den 20.000 im Gesundheitsberuferegister registrierten Physiotherapeut*innen in Österreich (Stand November 2025) sind aktuell 7.500 Mitglied bei Physio Austria. Der freiwillige Berufsverband der drittgrößten Gesundheitsberufsgruppe ist damit integraler Bestandteil des heimischen Gesundheitssystems und steht dafür, dass Physiotherapie mit all ihren anerkannten Therapieformen ausschließlich von dafür qualifizierten Therapeut*innen eigenverantwortlich in höchster Qualität erbracht wird.

Das vorliegende Positionspapier unterstreicht die zentrale Bedeutung der Physiotherapie im österreichischen Gesundheitssystem und fordert basierend auf wissenschaftlicher Erkenntnis eine Reflexion und Diskussion über die Einführung eines vollen Direktzugangs.

PHYSIOTHERAPIE ALS ZENTRALER BESTANDTEIL DES GESUNDHEITSSYSTEMS

Physiotherapie ist ein zentraler Bestandteil des Gesundheitswesens – von Gesundheitsförderung und Prävention über Therapie und Rehabilitation bis hin zu Palliation und Hospizwesen – und in nahezu allen medizinischen Fachrichtungen vertreten. Physiotherapeut*innen erbringen ihre Leistungen im Gesundheitswesen nicht nur für einzelne Personen oder spezifische Gruppen, sondern für die gesamte Bevölkerung. Grundlage ihrer Arbeit sind humanmedizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse, ergänzt durch Wissen aus zahlreichen weiteren Disziplinen – etwa den Sozial-, Sport-, Handlungs-, Erziehungs- und Naturwissenschaften, um den komplexen Anforderungen des Berufs gerecht zu werden.

Im Einklang mit den ethischen Grundsätzen des Weltverbands für Physiotherapie (World Physiotherapy) umfasst der im MTD-Gesetz 2024 geregelte physiotherapeutische Prozess, der im Zentrum von physiotherapeutischen Behandlungen und Interventionen steht, mehrere aufeinander abgestimmte Schritte:

1. Anamnese und Analyse (einschließlich fachspezifischer Screening- und Befundungsverfahren),
2. Diagnosestellung und Festlegung von Zielen,

3. Planung von Interventionen und Wiederbefundungsparametern,
4. Durchführung der Interventionen sowie deren Evaluierung und Reflexion.

Moderne Physiotherapie ist dabei kein starres Konzept, sondern ein sich fortlaufend entwickelnder Ansatz, der wissenschaftliche Erkenntnis, klinische Erfahrung und individuelle Bedürfnisse verbindet. Anstelle eines rein strukturellen Verständnisses rückt ein ganzheitlicher Blick auf den Menschen in den Mittelpunkt, bei dem körperliche, psychische und soziale Faktoren gleichermaßen berücksichtigt werden. Neben physiologischen Aspekten beeinflussen auch Erwartungen, Angst, Motivation und Stress sowie soziale Rahmenbedingungen wie Arbeitsumfeld, familiäre Unterstützung und Alltagssituationen den Heilungsprozess. Die moderne Physiotherapie orientiert sich am bio-psycho-sozialen Modell.

Ein wesentlicher Bestandteil ist die **evidenzbasierte Arbeitsweise (Evidence Based Practice EBP)**. Diese verbindet aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse mit der klinischen Expertise der Therapeut*innen und den individuellen Zielen der Patient*innen. Dabei werden Forschungsergebnisse kritisch bewertet, ihre Relevanz für die konkrete Situation geprüft und gemeinsam mit den Patient*innen in die therapeutische Entscheidungsfindung eingebunden. So entsteht eine fundierte, wirksame und gleichzeitig individuell angepasste Behandlung. Zudem verzichtet moderne Physiotherapie auf vorgefertigte Standardprogramme und setzt auf eine individuell angepasste, kontextsensible Therapie sowie umfassende Patient*in-nenedukation. Patient*innen werden aktiv in Entscheidungen einbezogen („Shared Decision Making“) und in der Selbstverantwortung für ihren Gene-

sungsprozess gestärkt. Ziel ist nicht nur die Reduktion von Beschwerden, sondern die nachhaltige Wiederaufnahme von Alltag, Beruf und Bewegung. Der physiotherapeutische Prozess ist dabei iterativ: Fortschritte werden regelmäßig evaluiert und die Behandlung wird kontinuierlich angepasst.

PHYSIOTHERAPIE ALS CHANCE FÜR DEN DEMOGRAFISCHEN WANDEL

Der demografische Wandel ist auch in Österreich klar erkennbar. Laut der aktuellen Version des Demografischen Jahrbuchs von Statistik Austria (2024) wächst die Bevölkerung bis 2065 auf über 10 Millionen. Gleichzeitig verändert sich die **Alters- und Erwerbstätigkeitsstruktur** deutlich: Die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter sinkt, jene über 65 Jahre steigt. Während der Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter 2026 noch bei rund 55 % liegt, sinkt er bis 2050 auf 53,8 % und bis 2080 auf nur mehr 52,2 %. Das bedeutet, dass künftig circa die Hälfte der Gesamtbevölkerung aktiv im Erwerbsleben stehen wird, während gleichzeitig der Anteil der Menschen im Pensionsalter weiter zunimmt. Bereits im Jahr 2022 waren knapp 20 % der österreichischen Bevölkerung über 65 Jahre alt. Prognosen zufolge wird diese Zahl bis 2030 um rund 23 % und bis 2050 sogar um 50 % steigen. Haupttreiber dieser Entwicklung sind die stetig steigende Lebenserwartung sowie die starken Geburtsjahrgänge der Nachkriegszeit. Besonders relevant für das Gesundheits- und Sozialsystem ist das rasante Wachstum der über 80-Jährigen (Statistik Austria, 2024). Bis 2030 wird ihre Anzahl um knapp 20 % gegenüber 2022, ab 2040 um 54,7 % steigen. 2046 werden in Österreich mehr als eine Million über 80-Jährige leben. Diese Ent-

wicklungen führen zwangsläufig zu einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen sowie nach Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen und stellen damit sowohl das Gesundheitssystem als auch die sozialen Sicherungssysteme vor enorme Herausforderungen.

Die Zahl älterer Menschen – und damit auch jener mit altersassoziierten Erkrankungen – wird in den kommenden Jahrzehnten steigen. Bereits heute zeigt sich, wie groß der Druck auf das System ist. Allein im Jahr 2024 beliefen sich die laufenden Gesundheitsausgaben von Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungsträgern auf 43,5 Mrd. Euro – ein Anstieg von 7,5 % gegenüber 2023 (Statistik Austria, 2025). Besonders stark wuchsen die Ausgaben für Krankenanstalten, den niedergelassenen Bereich, die Langzeitpflege sowie für Heilbehelfe.

Gleichzeitig steigt die **Krankheitslast („Burden of Disease“)** in der Gesellschaft deutlich an. Unter Krankheitslast versteht man die datenbasierte Darstellung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung (Robert Koch Institut, 2021). Einen besonders großen Beitrag zur steigenden Krankheitslast ergeben muskuloskelettale Erkrankungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, berich-

ten nationale Gesundheitsberichte und internationale Analysen (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2024). Zu den führenden Erkrankungen zählen dabei konkret Rückenschmerzen, Diabetes, chronische Lungenerkrankungen (z. B. COPD), Schlaganfälle sowie postakute Infektionssyndrome. Gerade in diesen Bereichen ist Physiotherapie nachweislich frühzeitig indiziert und kann erhebliche Verbesserungen erzielen – sowohl für die individuelle Gesundheit der Patient*innen als auch für die Entlastung des Gesundheitssystems.

Diese Dynamiken machen deutlich: Es bedarf struktureller Veränderungen, um weiterhin eine umfassende Versorgung zu ermöglichen. Zudem bedarf es einer klugen und kosteneffektiven Verteilung der vorhandenen Ressourcen. Dazu zählen ein konsequenter Fokus auf Prävention, effiziente Versorgungsstrukturen sowie die bestmögliche Nutzung der Kompetenzen und Qualifikationen unterschiedlicher Berufsgruppen. Nur wenn Ressourcen gezielt dort eingesetzt werden, wo sie den größten gesundheitlichen Nutzen und die höchste Entlastung für das System bringen, lässt sich die Versorgung der Bevölkerung langfristig sicherstellen.

DEFINITION DIREKTZUGANG

Unter dem Direktzugang versteht man:

*„den Zugang zu physiotherapeutischen Leistungen für die Patient*innen ohne das Erfordernis der vorhergehenden, ärztlichen Konsultation und Anordnung“
(eigene Übersetzung aus dem Englischen, World Physiotherapy, n.d.)*

Im englischsprachigen Raum sind die Begriffe „Direct Access“ (Direktzugang) und „Self Referral“ (Selbstüberweisung) gebräuchlich. Physiotherapeut*innen, die den Direktzugang anbieten, werden als „First Contact Practitioner“ bezeichnet.

Der Direktzugang zur Physiotherapie kann maßgeblich zur Entlastung des Gesundheitssystems und zu einem gezielten Einsatz der Ressourcen beitragen. Er ermöglicht es, Kosten durch vermeidbare Operationen, lange Wartezeiten und einen hohen Medikamentenverbrauch zu senken und zugleich Patient*innen einen niedrigschwelligen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu eröffnen. So wird nicht nur ein früherer Therapiebeginn gefördert, sondern auch die Grundlage für eine nachhaltige Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit geschaffen.

ZUGANG ZUR PHYSIOTHERAPIE IN ÖSTERREICH

In Österreich besteht aktuell ein teilweiser Direktzugang zur Physiotherapie. Physiotherapeutische Leistungen können sowohl mit als auch ohne ärztliche Anordnung in Anspruch genommen werden. Ohne ärztliche Anordnung werden Physiotherapeut*innen im Bereich der **Gesundheitsförderung** sowie der **Primärprävention** eigenverantwortlich im Rahmen ihres Berufsbildes und ihrer fachlichen Kompetenzen auch ohne ärztliche Verordnung tätig. Mit dem MTD-Gesetz 2024, gültig seit dem 1. September 2024, besteht die Möglichkeit, eine **Krankenbehandlung** im Rahmen der **Sekundärprävention** ohne ärztliche Anordnung durchzuführen. Diese Behandlungen stellen jedoch eine Privatleistung dar und werden daher nicht von den Sozialversicherungen finanziert. Dies ist den Regelungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) geschuldet, das besagt, dass nur bei Vorliegen einer ärztlichen Anordnung (oder, wie im ASVG bezeichnet – „ärztliche Verschreibung“) eine Kostentragung/-erstattung durch die Sozialversicherungen möglich ist.

Vor Beginn jeder physiotherapeutischen Behandlung – unabhängig des Vorhandenseins einer ärztlichen Anordnung – erfolgt eine sorgfältige physiotherapeutische Anamnese, Befundung sowie Screening, um beispielsweise Red Flags auszuschließen sowie die physiotherapeutische Diagnose zu erheben und den individuellen Bedarf sowie die Eignung der Behandlung zu prüfen. Darüber hinaus sind Physiotherapeut*innen im Rahmen der Sekundärprävention dazu verpflichtet, bei relevanten Veränderungen des Gesundheitszustandes der Patient*innen entsprechend zu reagieren. Dies inkludiert die Informationsgabe an den/die behandelnde/n Ärzt*in sowie gegebenenfalls die gezielte Weiterverweisung zur ärztlichen Abklärung. Diese Vorgehensweise stärkt nicht nur die Patient*innensicherheit, sondern fördert auch die interprofessionelle Zusammenarbeit und unterstreicht die verantwortungsvolle Rolle der Physiotherapie in einem modernen, kooperativen Versorgungsmodell.

Im Rahmen der **akuten Krankenbehandlung** ist derzeit eine ärztliche Anordnung zwingende Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Physiotherapie. Ärzt*innen entscheiden durch Ausstellung der ärztlichen Anordnung ob eine akute Krankenbehandlung durch Physiotherapeut*innen indiziert ist, sondern zugleich auch, dass diese von den Sozialversicherungen finanziert werden kann. Dadurch nehmen Ärzt*innen eine Gatekeeper-Funktion ein und steuern den Zugang zu physiotherapeutischen Leistungen im Gesundheitssystem insgesamt. Dies bedeutet, dass der Zugang zur Physiotherapie maßgeblich von der ärztlichen Einschätzung und Entscheidung abhängt – was Einfluss auf die zeitliche Verfügbarkeit, Versorgungsgerechtigkeit und letztlich auch auf den Behandlungserfolg haben kann (Siehe dazu das Kapitel: Die Effekte des Direktzugangs).

Physio Austria hat bereits vor knapp 10 Jahren – im Jahr 2016 – eine Umfrage unter den Mitgliedern nach vorhergehender umfangreicher Information und Diskussion zum Thema „Direktzugang zu physiotherapeutischen Leistungen in Österreich“ durchgeführt. Dabei wurden auch Angehörige der Berufsgruppe, die Nicht-Mitglieder sind, befragt. Insgesamt sprachen sich 95 % aller Befragten für die weitere Verfolgung der Etablierung des Direktzugangs zur Physiotherapie in Österreich durch Physio Austria auf politischer Ebene unter folgenden Voraussetzungen aus:

- ▶ **für alle Physiotherapeut*innen in Österreich, aber nicht verpflichtend,**
- ▶ **unter der Voraussetzung, dass Physiotherapie weiterhin eine Pflichtleistung der gesetzlichen Sozialversicherung bleibt,**
- ▶ **unter der Voraussetzung, dass weiterhin eine anteilige Refundierung der physiotherapeutischen Leistung durch die Krankenkassen erfolgt,**
- ▶ **unter der Voraussetzung des Nachweises der Screeningkompetenz in Bezug auf das Erkennen von Risikofaktoren.**

- 43 % der Länder geben an, dass eine ärztliche Anordnung nur in spezifischen Situationen notwendig ist – wie etwa bei Erstterminen, längeren Rehabilitationsverläufen oder für die Kostentragung/Rückerstattung durch (Sozial-)Versicherungen.
- Eine ebenso große Anzahl (43 %) gibt an, dass die ärztliche Anordnung immer Voraussetzung ist.
- In 11 % der Länder (Schweden, Vereinigtes Königreich, Norwegen und Irland) ist für physiotherapeutische Behandlungen keine ärztliche Anordnung erforderlich (Direktzugang).

Daraus geht hervor, dass in mehreren Ländern bereits ein **teilweiser Direktzugang** zur Physiotherapie besteht. So ist in Dänemark, Kroatien, Island, Luxemburg, Spanien und der Schweiz zwar eine ärztliche Anordnung für die Kostenübernahme durch die Sozialversicherung erforderlich, nicht jedoch für den Zugang zur Physiotherapie selbst. In Israel, Kroatien, Kosovo, Lettland, Malta, Polen, Spanien und der Ukraine gilt die ärztliche Anordnung ausschließlich für Behandlungen im öffentlichen Sektor, während im privaten Bereich ein Direktzugang möglich ist. In den Niederlanden ist der Direktzugang diagnosespezifisch geregelt, ähnlich wie in Finnland, wo der muskuloskelettale Bereich über einen Direktzugang verfügt. Island hat die Sonderregelung, dass Patient*innen die ersten sechs physiotherapeutischen Einheiten ohne ärztliche Anordnung in Anspruch nehmen können und eine Rückerstattung erhalten. Für weitere Behandlungen sowie Arbeitsunfälle ist jedoch eine ärztliche Anordnung erforderlich.

Zu Fragen zur **ärztlichen Anordnung** geben rund 80 % der Länder an, dass eine ärztliche Diagnose fixer Bestandteil der ärztlichen Anordnung ist. In 50 %

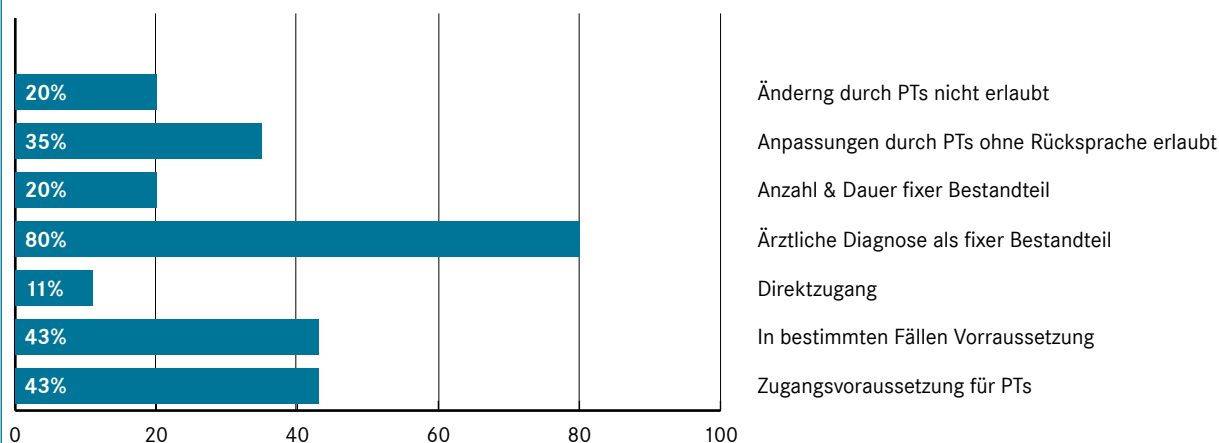
ZUGANG ZUR PHYSIOTHERAPIE IM EUROPÄISCHEN RAUM

Der Weltverband für Physiotherapie (World Physiotherapy) erhebt regelmäßig die aktuelle Rechtslage der Physiotherapie in den Mitgliedsländern. Der aktuelle Report „SURVEY ON PROFESSIONAL AUTONOMY IN THE NATIONAL HEALTHCARE SYSTEMS IN THE EUROPE REGION“ (Cannone et al., 2024) wurde im Jahr 2024 publiziert und verdeutlicht folgendes:

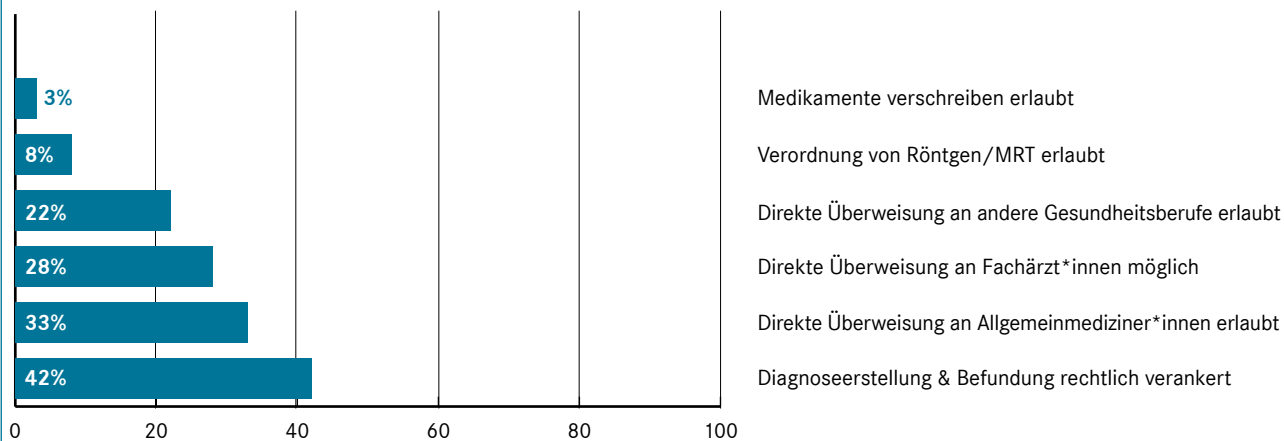
der Länder muss zusätzlich eine genaue Anzahl und Dauer der Physiotherapieeinheiten festgelegt werden. Etwa ein Fünftel der Länder erlaubt Physiotherapeut*innen, die ärztliche Anordnung bei Bedarf eigenständig und ohne Rücksprache anzupassen. In 35 % der Länder liegt die alleinige Verantwortung dafür sogar bei den Physiotherapeut*innen. Nur 11 % der Länder geben an, dass Angaben auf der ärztlichen Anordnung von Physiotherapeut*innen nicht verändert werden dürfen. Außerdem berichten rund 20% der Länder, dass die ärztliche Anordnung entscheidend für die Kostenübernahme bzw. Kostenerstattung durch die Sozialversicherung ist. 42 % der Länder geben an, dass die Diagnosestellung sowie

die Durchführung spezifischer Befundungsverfahren und Assessments ein wesentlicher und rechtlich verankerter Bestandteil der Physiotherapie sind. Ein Drittel der Länder erlaubt Physiotherapeut*innen, Patient*innen direkt an Allgemeinmediziner*innen zu überweisen. Ebenso ist es knapp einem Drittel möglich, Überweisungen an Fachärzt*innen durchzuführen, 22 % der Länder geben zudem an, an andere MTD-Berufe überweisen zu dürfen. Darüber hinaus ist es in 8 % der Länder Usus, dass Physiotherapeut*innen Röntgenuntersuchungen oder weitere diagnostische Verfahren wie MRT verordnen. Nur ein Land gibt an, dass Physiotherapeut*innen auch Medikamente verschreiben dürfen.

Ärztliche Anordnung



Diagnosestellung und Zuweisung an Ärzt*innen und weitere Gesundheitsberufe



DIE EFFEKTE DES DIREKTZUGANGS ZUR PHYSIOTHERAPIE

Der Direktzugang zur Physiotherapie ist weltweit bereits seit Jahrzehnten in mehreren Ländern etabliert. Internationale Studien (u. a. Babatunde et al., 2020; Demont et al., 2021; Gallotti et al., 2023; Hon et al., 2021; Ojha et al., 2014; Webster et al., 2008; Yang et al., 2021) belegen, dass dieser sowohl für Patient*innen als auch für das Gesundheitssystem zahlreiche Vorteile bietet: Der Direktzugang reduziert die Gesundheitskosten, verkürzt lange Wartezeiten, steigert die Patient*innenzufriedenheit und verbessert die interdisziplinäre Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Gesundheitsberufen. Gleichzeitig wird der Einsatz von bildgebenden Verfahren und Medikamenten verringert. Darüber hinaus führt der Direktzugang zu weniger Krankschreibungen und Fehltagen, was zu einer zusätzlichen Entlastung des Gesundheitssystems beiträgt. Keine der Studien dokumentierten eine Verschlechterung der Behandlungsqualität oder der Ergebnisse, während die Kommunikation zwischen Physiotherapeut*innen und Ärzt*innen nachweislich verbessert wird.

Kostenreduktion

Gallotti et al. (2023) analysieren 28 Artikel zu Auswirkungen des Direktzugangs zur Physiotherapie und kommen zu einem eindeutigen Ergebnis: „*DAPT is a safe, less expensive, reliable triage and management model of care that results in higher levels of satisfaction for patients compared to the traditional medical model*“ (Gallotti et al., 2023, S. 1). 16 der einbezogenen Studien analysierten die Kosteneffektivität und kommen zu dem Ergebnis, dass die Kosten pro Behandlungsepisode mit 441,90 € signifikant niedriger liegen als bei einem ärztlich kontrolliertem Zugangssystem. (Direktzugang (DA): 301,50 € vs. ärztlich kontrollierter Zugang (ÄA): 743,44 €). Babatunde et al. (2020) verweisen ebenfalls auf nachweisliche Kostenunterschiede zwischen Direktzugang und dem ärztlich kontrolliertem Zugangssystem und die durchschnittlichen Gesamtkosten pro Patient*in bei Direktzugang auf \$ 1.542 - \$ 2.423,50 und auf \$ 3.085 - \$ 3.878,70 beim ärztlich kontrollierten Zugangssystem. Hon et al. (2021) bestätigen und untermauern diese Ergebnisse. Der Direktzugang zur Physiotherapie ist mit geringeren Therapie- und Gesundheitskosten verbunden. Die Kosten für die Physiotherapie selbst waren im Durchschnitt

Vorteile für Patient*innen	Vorteile für den Behandlungsablauf	Vorteile für das Gesundheits- und Sozialsystem
- Steigerung der Zufriedenheit und der Motivation (Abschluss der Therapie DA: 79%; ÄA: 60%; 15% mehr Patient*innen erreichten mit DA ihr Ziel) - Erhalt der Sicherheit (keine negativen Outcomes) - Reduktion von Krankschreibungen (DA: 9 %; ÄA: 12,2 %) und Krankenständen (DA: 13,5 Tage; ÄA: 50,5 Tage) - Schnellere Versorgung durch kürzere Wartezeiten bis zum Therapiebeginn (bis zu 23 Tage)	- Zielgerichteter Einsatz medizinischer Leistungen durch Reduktion von Weiterüberweisungen - Reduktion des Einsatzes von bildgebenden Verfahren (DA: 11%; ÄA: 82%) bei gleichem Therapieoutcome - Reduktion des Medikamenteneinsatzes (DA: 24%; ÄA: 90 %) - Kürzere Gesamtdauer bis zum Therapiestart (bis zu 23 Tage)	- Reduktion der Kosten für Physiotherapie pro Patient*in (DA: 301,50 € vs. ÄA: 743,44 €) - Reduktion der Gesamtkosten pro Patient*in (DA: \$ 1.542 - \$ 2.423,50; ÄA: \$ 3.085 - \$ 3.878,70) - Reduktion der Gesamtkosten des Gesundheitssystems - Effizientere Ressourcennutzung (DA: 20,2 Einheiten; ÄA: 33,6 Einheiten) und reduzierte Therapieversäumnisse

pro Patient*in um \$ 242,63 niedriger als beim ärztlich kontrolliertem Zugang. Auch die Gesamtkosten im Gesundheitssystem fielen deutlich geringer aus. Im Durchschnitt sparte der Direktzugang \$ 1.828,03 pro Patient*in (Spannweite: \$ 673,48–3.078,79). Letztendlich berichten auch Demont et al. (2021) von einer signifikanten Kostenreduktion bei einem Direktzugang zur Physiotherapie (u. a. von £ 538,01 weniger Kosten pro Patient*in bei einem Direktzugang).

Reduktion von Wartezeit und Behandlungsanzahl bis zur Zielerreichung

Physiotherapie spielt von den ersten Lebensjahren bis ins hohe Alter eine entscheidende Rolle sowohl in der Prävention als auch in der Behandlung von Erkrankungen. Ein schneller Zugang zur physiotherapeutischen Versorgung ist demnach besonders wichtig, da frühzeitige Interventionen chronische Verläufe verhindern und die Behandlungsdauer verkürzen können. Internationale Studien zeigen, dass durch den Direktzugang die Anzahl der Physiotherapieeinheiten bis zur Zielerreichung im Schnitt um 1,01 Besuche pro Patient*in (Spanne: 0,30–1,72) (Hon et al., 2021) bzw. bis zu 3 Einheiten (Gallotti et al., 2023) im Vergleich zum ärztlich kontrollierten Zugangssystem geringer ausfällt. Zudem zeigt sich, dass Wartezeiten um bis zu 23 Tage verkürzt werden (ebd.). Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass ein, direkter und dadurch frühzeitiger Zugang zur Physiotherapie nicht nur die Patient*innenversorgung verbessert, sondern auch Kosten und Ressourcen im Gesundheitssystem effektiv entlastet. Von ähnlichen Ergebnissen berichten auch Piscitelli et al., (2018) und heben zusätzlich hervor, dass der Direktzugang auch die Anzahl der Behandlungseinheiten im Vergleich zum ärztlich kontrollierten Zugangssystem signifikant reduziert (20,2 Einheiten vs. 33,6 Einheiten).

Auch Demont et al. (2021) berichten von kürzeren Wartezeiten und optimierten Behandlungsanzahlen.

Bildgebende Verfahren und Medikamentenvergabe

Der Direktzugang bewirkt zudem eine deutliche Reduktion von bildgebenden Verfahren (um 28 %) sowie eine Reduktion der verordneten Medikamente (um 41 %) (Gallotti et al., 2023). Auch weitere Evidenzen (Babatunde et al., 2020; Demont et al., 2021; Piscitelli et al., 2018) zeigen deutlich, dass die Verschreibung von Analgetika und nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAIDs) bzw. Medikamenten insgesamt überwiegend niedriger ausfällt als bei einem ärztlich kontrollierten Zugangssystem. Der Medikamenteneinsatz liegt laut ihnen bei Direktzugangspatient*innen bei 24 %, verglichen mit 90 % bei hausärztlicher Versorgung (Babatunde et al., 2020). Der Einsatz von bildgebenden Verfahren betrug 11 % im Direktzugang gegenüber 82 % beim ärztlich kontrollierten Zugangssystem zur Physiotherapie. Ähnlich fiel die Nutzung von Analgetika und Muskelrelaxanzien aus: 10 % bei Direktzugangspatient*innen im Vergleich zu 42 % bei hausärztlich betreuten Patient*innen.

Krankenstände und Krankschreibungen

Arbeitsausfälle tragen erheblich zu Kosten im Sozialsystem bei. Der gezielte Einsatz physiotherapeutischer Leistungen kann nicht nur die Behandlungskosten senken, sondern auch krankheitsbedingte Fehlzeiten deutlich reduzieren (Gallotti et al., 2023). Die Daten zeigen klare Vorteile des Direktzugangs: Durchschnittlich werden 9 % der Patient*innen im Direktzugang und 12 % jener mit ärztlich kontrolliertem Zugangssystem krankgeschrieben. Auch die Anzahl der Krankenstandstage favorisiert den Direktzugang mit 13,5 Tagen gegenüber

50,5 Tagen beim ärztlich kontrolliertem Zugangssystem. Zusätzlich werden weniger Therapieeinheiten versäumt, was die Effizienz der Behandlung weiter steigert, die Kosten durch die verringerten Therapieversäumnisse senkt und das Gesundheitssystem dadurch nachhaltig entlastet (Demont et al., 2021; Gallotti et al., 2023).

Entlastung von Ärzt*innen

Mehrere Studien zeigen, dass der Direktzugang die Anzahl der Hausarztkonsultationen, insbesondere bei muskuloskelettalen Beschwerden, deutlich reduziert und damit maßgeblich zur Entlastung von Ärzt*innen beiträgt (Babatunde et al., 2020; Gallotti et al., 2023; Piscitelli et al., 2018). Angesichts der von der Ärztekammer Oberösterreich im August 2025 prognostizierten Pensionierungswelle – bis 2027 werden rund 20 % der Ärzt*innen in den Ruhestand treten (aek-ooe, 2025) – sowie der Einschätzungen von Peter McDonald, Vorsitzender im Dachverband der Sozialversicherungsträger sowie Obmann der ÖGK, zu gesellschaftlichen Entwicklungen und den Herausforderungen der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems (orf.at, 2025), gewinnt ein effizienter Einsatz medizinischer Leistungen zunehmend an Bedeutung. In diesem Kontext kann der Direktzugang zur Physiotherapie einen entscheidenden Beitrag zur Entlastung des Gesundheitssystems leisten.

So zeige sich, dass mit dem Direktzugang die Anzahl der Überweisungen an Spezialist*innen oder weiterer Konsultationen für dieselbe Erkrankung im Jahr nach der Erstkonsultation zwischen 2 % und 10 % niedriger waren als bei dem ärztlich kontrollierten Zugangssystem (Babatunde et al., 2020). Zouch et al. (2024) berichtet, dass in Norwegen durch den Direktzugang hausärztliche

Konsultationen bei muskuloskelettalen Beschwerden um 10 % sanken – ohne Zunahme physiotherapeutischer Termine. Ähnliche Ergebnisse liefert eine nationale 1-Jahres-Studie in Schottland, in der Patient*innen, die direkt zur Physiotherapie gingen, 50 % weniger Zeit mit Hausarztkonsultationen verbrachten als jene, die zuerst ihre/n Hausarzt*ärztin aufsuchten (ebd.). Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass der Direktzugang Hausärzt*innen entlastet, Ressourcen des Gesundheitssystems effizienter einsetzt und Patient*innen einen schnelleren Zugang zu adäquater Versorgung ermöglicht. So können Ärzt*innen ihre Kapazitäten verstärkt komplexen Fällen, die eine intensive ärztliche Versorgung bedürfen, widmen.

Behandlungsergebnisse, Patient*innensicherheit und Patient*innenzufriedenheit

Aktuelle Literatur positioniert sich klar: die Behandlungsergebnisse sind beim Direktzugang häufig besser (Demont et al., 2021; Ojha et al., 2014). Laut den Ergebnissen der Studie von Ojha et al. (2014) ist der Anteil der Patient*innen, die ihre Therapieziele bei Entlassung vollständig erreichten, beim Direktzugang um 9 % höher als in der Gruppe mit ärztlicher Überweisung. Zudem berichten sie, dass 79 % der Direktzugang-Patient*innen ihre Behandlung abschlossen, verglichen mit 60 % in der ärztlich überwiesenen Gruppe und dass 15 % mehr Patient*innen in der Direktzugangsgruppe ihre Ziele erreichten als in der Kontrollgruppe. Auch Demont et al. (2021) unterstreichen dies und zeigen anhand ihrer Literaturübersicht, dass entweder kein Unterschied oder ein positiver Unterschied zugunsten des Direktzugangs in den inkludierten Studien besteht.

Babatunde et al. (2020) und Demont et al. (2021) berichten darüber hinaus, dass keine unerwünschten Ereignisse im Zusammenhang mit der Patient*innenversorgung über den Direktzugang dokumentiert wurden. Ebenso gab es keine Berichte über Rechtsstreitigkeiten oder disziplinarische Maßnahmen gegen Physiotherapeut*innen im Zusammenhang mit Untersuchung oder Behandlung von Patient*innen über Direktzugang (Babatunde et al., 2020). In den Studien wurden außerdem keine fehlenden oder verzögerten Diagnosen muskuloskelettaler Erkrankungen durch den Direktzugang festgestellt. Bei Red-Flag-Symptomen leiteten Physiotherapeut*innen die Patient*innen zu Ärzt*innen, sodass potenziell ernsthafte Erkrankungen sicher abgeklärt werden konnten.

Gallotti et al. (2023) zeigen weiters, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen Direktzugang und dem ärztlich kontrollierten Zugangssystem bei den gesundheitlichen Outcomes gibt. Auch bei der Lebensqualität zeigt sich, dass eine Überlegenheit des Direktzugangs gegenüber des ärztlich kontrollierten Zugangssystems besteht.

Dies verdeutlicht, dass der Direktzugang sicher ist, nicht zu verzögerten Diagnosen führt und die Behandlungsergebnisse vergleichbar sind, mit jenen bei einem ärztlich kontrollierten Zugangssystem. Zusätzlich geht hervor, dass Patient*innen, die von Physiotherapeut*innen mit Direktzugang behandelt wurden, zufriedener mit der erhaltenen Versorgung sind, als jene, mit ärztlich kontrolliertem Zugangssystem (Demont et al., 2021; Gallotti et al., 2023; Piscitelli et al., 2018). Zusätzlich zeigen auch die Ärzt*innen, die mit dem Direktzugang zur Physiotherapie arbeiten, ein hohes Zufriedenheitsniveau.

VORAUSSETZUNGEN FÜR EINEN DIREKTZUGANG

Die Voraussetzungen für einen zuverlässigen, wirksamen und effektiven Direktzugang zur Physiotherapie sind vielfältig und bedingen sowohl strukturelle als auch gesetzliche Rahmenbedingungen. Dazu zählen unter anderem eine fundierte Ausbildung von Physiotherapeut*innen, klar definierte Kompetenzprofile, Möglichkeiten zur Spezialisierung sowie ein offizielles Berufsregister. Ebenso wesentlich sind gesetzliche Regelungen zur physiotherapeutischen Befundung, Diagnosestellung, Wiederbefundung und Behandlung sowie eine einheitliche Handhabung der Kostenerstattung – beispielsweise über Rahmenverträge mit Sozialversicherungsträgern. Diese Aspekte bilden die Grundlage für eine sichere, qualitativ hochwertige und patient*innenzentrierte physiotherapeutische Versorgung im Rahmen des Direktzugangs.

In Österreich wurden bereits viele dieser Meilensteine erreicht. Mit der Bologna-Reform wurden die Bachelorstudiengänge für Physiotherapie etabliert, denen in weiterer Folge Masterlehrgänge folgten. Seit 2018 besteht mit dem Gesundheitsberuferegister ein offizielles Register für Gesundheitsberufe und im Jahr 2021 wurden österreichweit einheitliche Rahmenverträge mit Sozialversicherungsträgern abgeschlossen, die eine klare Regelung der Kostentragung und -erstattung sicherstellen. Darüber hinaus wurde im Zuge der Novellierung des MTD-Gesetzes 2024 die physiotherapeutische Befundung, Diagnosestellung und Wiederbefundung gesetzlich im Berufsbild verankert. Auch wurde die Möglichkeit zur Spezialisierung im MTD-Gesetz 2024 verankert.

Bisherige Meilensteine

2008
Etablierung der Bachelorstudiengänge Physiotherapie
2008
Etablierung von Masterstudiengängen im Bereich Physiotherapie
2018
Einführung eines gesetzlich verankerten Registers für Gesundheitsberufe (GBR)
2021
Österreichweit einheitliche Rahmenverträge für Physiotherapie
2024
Rechtliche Verankerung des physiotherapeutischen Prozesses inklusive physiotherapeutischer Befundung, Durchführung fachspezifischer Assessments und Diagnosestellung.
2024
Verankerung der Spezialisierungen im MTD-Gesetz 2024

Rechtliche Voraussetzungen für einen Direktzugang zur Physiotherapie in Österreich

Das MTD-Gesetz 2024 sieht die Berufsausübung - mit erstmaliger Ausnahme der Sekundärprävention als auch weiterhin der Primärprävention - auf Grundlage einer ärztlichen Anordnung vor. Dabei wird gesetzlich festgelegt, dass die ärztliche Anordnung zur Physiotherapie als eine Anordnung allgemeiner Natur (Generalverordnung) sowie als eine Anordnung konkreter Maßnahmen erfolgen kann. Die ärztliche Anordnung ist die Basis für die Delegation ärztlicher Vorbehaltstätigkeiten an Gesundheitsberufe und ist unter der Voraussetzung möglich, dass jene konkrete ärztliche Tätigkeit, welche zur Durchführung delegiert wird, auch im gesetzlichen Berufsbild des jeweiligen Gesundheitsberufes enthalten ist. Physiotherapeut*innen führen die ärztlich verordneten Tätigkeiten eigenverantwortlich durch, die

Anordnungsverantwortung verbleibt bei dem/der Ärzt*in. Erstmals wurde gesetzlich die eigenverantwortliche Tätigkeit in der Krankenbehandlung auch ohne Anordnung für den Bereich der „Sekundärprävention“ im Rahmen des Berufsbildes ermöglicht. Die Sekundärprävention wird von der gesetzlichen Verankerung einer Informationspflicht und Pflicht zur Weiterverweisung an die behandelnden Ärzt*innen bei relevanten Änderungen des Zustandsbildes der physiotherapeutisch behandelten Patient*innen flankiert. Die weitergehende Ermöglichung der Berufsausübung ohne ärztliche Anordnung wäre mit Koppelung an die Voraussetzung einer Spezialisierung, wie sie im MTD-Gesetz bereits vorgesehen ist, denkbar.

EU- Länder im Vergleich

Länder wie Kroatien, Israel, Kosovo, Malta, Polen, Spanien und die Ukraine weisen vergleichbare Fortschritte im Bereich der Physiotherapie auf, da sie ähnliche Ausbildungen, berufsgesetzliche Regelungen und Voraussetzungen erfüllen. In diesen Staaten gibt es bereits einen teilweisen Direktzugang zur Physiotherapie, der auch die akute Krankenbehandlung umfasst - allerdings meist als Privatleistung. Voraussetzung für den Direktzugang ist dabei in allen genannten Ländern ein abgeschlossenes Bachelorstudium in Physiotherapie. Dieses Modell zeigt, dass ein verantwortungsvoller und eigenständiger Zugang zur Physiotherapie bei ähnlichen Rahmenbedingungen wie in Österreich erfolgreich etabliert werden kann.

Vergleich mit Großbritannien

In Großbritannien besteht ein Direktzugang zur Physiotherapie. Die Berufsausübung setzt den Bachelor of Science in Physiotherapy als Grundlage für die Berufsausübung sowie die Registrierung im Health and Care Professions Council

(HCPC), dem Äquivalent zum österreichischem Gesundheitsberuferegister, voraus. Das Studium in Großbritannien dauert drei Jahre und basiert auf dem CATS-System, bei dem ein akademisches Jahr 120 UK-Credits entspricht, in drei Jahren 360 UK-Credits (= 180 ECTS-Credits im europäischen Bologna-Rahmen). Das Bachelorstudium umfasst rund 1.000 Stunden praktische Ausbildung. Grundsätzlich dürfen Physiotherapeut*innen in Großbritannien bereits nach dem Bachelor freiberuflich mit Direktzugang arbeiten, auch wenn dies nicht empfohlen wird. Üblicherweise beginnen Berufseinsteiger*innen daher in einem großen öffentlichen Krankenhaus und absolvieren dort für zwei bis drei Jahre sogenannte „Junior Rotations“ oder „Band-5-Rotations“. Dabei wechseln sie etwa alle drei Monate das Fachgebiet, um in erfahrenen Physiotherapeut*innenteams und multidisziplinären Strukturen breitgefächerte praktische Erfahrung zu sammeln.

Darüber hinaus ist der Direct Access im privaten und im öffentlichen Sektor unterschiedlich geregelt. Physiotherapeut*innen im privaten, freiberuflichen Sektor dürfen alle Patient*innen annehmen, die sich direkt an sie wenden. Sie tragen jedoch die Verantwortung, Patient*innen an Ärzt*innen, die Notaufnahme oder andere Gesundheitsfachkräfte weiterzuleiten, wenn dies

erforderlich ist. Im öffentlichen Gesundheitssystem (National Health Service, NHS) gilt, dass Hausärzt*innen die erste Anlaufstelle sind (außer in Notfällen) und Patient*innen anschließend zur Physiotherapie überweisen.

Zum Vergleich: In Österreich umfasst das Bachelorstudium Physiotherapie 180 ECTS-Punkte mit durchschnittlich 1.223 Praxisstunden (mindestens 1.125 Stunden). Österreichische Absolvent*innen sammeln somit im Bachelorstudium deutlich mehr praktische Erfahrung als ihre Kolleg*innen in Großbritannien. Nach dem Bachelorstudium dürfen Physiotherapeut*innen sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig werden, wobei eine Kostenerstattung/Kostentragung durch die Sozialversicherungen nur dann erfolgt, wenn der/die Physiotherapeut*in Arbeitserfahrung in Anstellung nachweisen kann.

Mit dem MTD-Gesetz 2024, §32, Abschnitt 2, sind Angehörige der MTD-Berufe zudem dazu verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft und zum Wohl der Patient*innen auszuüben. Dabei müssen gesetzliche Vorschriften sowie fachliche und wissenschaftliche Erkenntnisse beachtet werden. Eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung ist verpflichtend (MTDG 2024, 2. Abschnitt, § 38): Innerhalb von fünf Jahren sind 60 Stunden an Fort- und Weiterbildungen

	Großbritannien	Österreich
Abschluss	Bachelor of Science (BSc) in Physiotherapy	Bachelor of Science in Health Studies (BSc)
ECTS/ CATS-Credit	360 CATS-Credit 1 CATS-Credit = 10 Stunden = 3.600 Stunden	180 ECTS 1 ECTS = 25 Stunden = 4.500 Stunden
Dauer	3 Jahre Vollzeit	3 Jahre Vollzeit 4 Jahre berufsbegleitend
Praxisanteil	1.000 Stunden	durchschnittlich 1.223 Stunden
Registrierung in offiziellem Register	JA	JA
Fortbildung	Keine gesetzlich festgelegte Stundenzahl, jedoch regelmäßig und nachweisbar	80 CPD-Einheiten in 5 Jahren

zu absolvieren. Diese Pflicht gilt auch für Physiotherapeut*innen mit Spezialisierung und stellt eine kontinuierliche Qualitätssicherung und Aktualisierung des Fachwissens sicher.

KOMPETENZEN FÜR PHYSIOTHERAPEUT*INNEN IM RAHMEN DES DIREKTZUGANGS

Analog zu anderen Gesundheitsberufen – wie Fachärzt*innen, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen oder Psycholog*innen – gewinnt auch in der Physiotherapie die Spezialisierung zunehmend an Bedeutung. In vielen europäischen Ländern – und auch darüber hinaus – haben sich angesichts der Fortschritte in der Medizin allgemein sowie in der Physiotherapie im Besonderen verschiedene Modelle der Spezialisierung etabliert. Zudem hat die Europäische Region des Weltverbands der Physiotherapie (World Physiotherapy, European Region) das Thema als zentrales Zukunftsfeld für die berufliche Weiterentwicklung identifiziert und entsprechende Leitlinien für ihre Mitgliedsorganisationen entwickelt (World Physiotherapy, 2022). Mit dem MTD-Gesetz 2024 wurde die Möglichkeit zur Spezialisierung bzw. Höherqualifizierung gesetzlich verankert. Vorgeesehen ist dafür ein Mindestumfang von 60 ECTS, was wesentlich zur Qualitätssicherung, Transparenz und internationaler Vergleichbarkeit beiträgt.

Bereits 2011 initiierte Physio Austria ein Projekt zur systematischen Aufarbeitung des Themas „Spezialisierung“. Ziel war es, die relevanten Grundlagen zu erheben und ein erstes Entwicklungsmodell für spezialisierte Physiotherapeut*innen zu entwerfen.

Aufbauend darauf befasste sich von 2018 bis 2019 eine Fokusgruppe mit der Weiterführung der Arbeiten und Spezifi-

zierung des Modells. Zwei Pilotgruppen entwickelten daraufhin fachspezifische Kompetenzprofile – für die Bereiche Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie (GUP) sowie Sportphysiotherapie. Diese Profile bilden heute einen zentralen Baustein des Spezialisierungsmodells von Physio Austria und dienen als Grundlage für die weitere Arbeit, die zugleich von nationalen wie internationalen Entwicklungen geprägt ist. Im Zuge der Arbeiten zum Thema Spezialisierung entwickelte Physio Austria den dreistufigen Spezialisierungspfad, der sich aus dem „Experienced Physiotherapy Practitioner“, dem „Advanced Physiotherapy Practitioner“ sowie dem „Consultant“ zusammensetzt. Im Rahmen dieser Arbeiten wurden weiters folgende Definitionen herangezogen:

- *Advanced Physiotherapy Practitioner*: hoch spezialisiert, trifft komplexe Entscheidungen, steuert Risiken auch in unvorhersehbaren Situationen, spezialisiert auf klinische Praxis, Ausbildung, Forschung oder Leitungsfunktionen.
- *Klinische/r Spezialist*in*: vertiefte Kompetenzen für komplexe Fälle, arbeiten evidenzbasiert, gestalten die Weiterentwicklung des Berufs mit und engagieren sich in nationalen und internationalen Gremien.
- *Spezialist*in*: fortgeschrittenes evidenzbasiertes Wissen, gibt es beruflich weiter, gestaltet fachliche und strategische Entwicklungen mit, unterstützt Forschungsaktivitäten, ist Innovationen gegenüber aufgeschlossen.

Im Zuge der weiteren Arbeiten wurden auch für die Fachbereiche Neurologie und Mental Health Kompetenzprofile publiziert, die auf der Webseite von Physio Austria einsehbar sind.

Zudem ergeben sich auch weitere, wesentliche Chancen:

Chancen für das Gesundheitswesen	Chancen für den Beruf und die Berufsgruppe	Chancen für den/die Arbeitsgeber*in
• Zielgerichtete, hochqualifizierte Patient*innenversorgung • Niederschwellige Auffindbarkeit für Zuweiser*innen • Sicherheit für Patient*innen, von ausgewiesenen Spezialist*innen behandelt zu werden	• Entwicklung von Karrierepfaden • Stärkung der Position am Markt • Alleinstellungsmerkmal gegenüber anderen Gesundheitsberufen und Berufen mit Gesundheits- und Bewegungsbezug	• Teamerweiterung • Nachvollziehbarer Skill-Grade-Mix möglich • Chancen für Schwerpunkt-krankenhäuser auf spezialisiertes Know-How zurückzugreifen

ALLGEMEINE KOMPETENZEN

Neben den fachlichen Kompetenzen sind allgemeine Kompetenzen, wie auch im MTD-Gesetz 2024 verankert, Grundvoraussetzung für eine effiziente und nachhaltige Patient*innen-/Klient*innenbehandlung und -betreuung. Im Rahmen der von Physio Austria erarbeiteten Kompetenzprofile, wird klar hervorgehoben, über welche Kompetenzen Physiotherapeut*innen insgesamt sowie mit den jeweiligen Spezialisierungen verfügen. Über folgende weitere Kompetenzen verfügen Physiotherapeut*innen:

Kommunikationsfähigkeit

Physiotherapeut*innen sind Expert*innen auf dem Gebiet der Kommunikation. Diese Kompetenz ist Grundvoraussetzung für das erfolgreiche Etablieren einer Patient*innen/Klient*innen-Therapeut*innen-Beziehung und stellt für die Ausübung des Berufes eine tragende Basis dar. Gekennzeichnet wird die Kommunikationsfähigkeit u.a. durch folgende Aspekte:

- o Kritik- und Konfliktfähigkeit, Gestaltungs-, Mitbestimmungs- und Teamfähigkeit sowie professionelles Selbstverständnis qualifizieren Physiotherapeut*innen für gemeinschaftliches Arbeiten.

- o Ausgeprägtes Verständnis von wechselseitiger Abhängigkeit und Ergänzungsnotwendigkeit innerhalb der Gesundheits- und daran angrenzenden Berufe stellt multiprofessionelles Agieren sicher.
- o Das Anwenden einer breiten Palette an Kommunikationstools zur Gestaltung von wertschätzenden und partizipativen Patient*innen/Klient*innen-Therapeut*innen-Beziehungen sowie zur Beratung von Pflegenden und Angehörigen.

Managementkompetenz

Physiotherapeut*innen managen permanent Prozesse im Rahmen ihrer professionellen Aktivitäten. Folgende Handlungsfelder seien exemplarisch genannt:

- o Case Management vor dem Hintergrund von Strukturkenntnis sowie Personen- und Ressourcenorientierung.
- o Zielorientierte und effektive Leitung von Netzwerken durch Physiotherapeut*innen, unter bestmöglicher und ausgeglichener Berücksichtigung der Bedürfnisse aller Beteiligten (Bedarfsträger*innen sowie Dienstleister*innen).
- o Primary Health Care-Modelle mit Direktzugang zu Physiotherapeut*innen gewährleisten eine umfassende, koordinierte und personenzentrierte Versorgung und stärken das PHC-System allgemein.

Multi- und interprofessionelle Zusammenarbeit

Physiotherapeut*innen setzen die multi- und interprofessionelle Zusammenarbeit als integralen und selbstverständlichen Teil ihrer professionellen Tätigkeit um. Folgende Beispiele seien genannt:

- o Physiotherapeut*innen nützen ihr Wissen um die Expertise und Kompetenzen anderer Berufsgruppen, um sich im Rahmen einer Betreuungs-/ Behandlungssituation mit diesen auszutauschen bzw. diese bei Bedarf hinzuzuziehen.
- o Physiotherapeut*innen sind bereits in den derzeit vorhandenen Primärversorgungszentren und -netzwerken relevante Partner*innen und in gemeinschaftlichen Patient*innen-Klient*innen Versorgungseinrichtungen etabliert.

Gesundheitskompetenz und Beratung

- o Physiotherapeut*innen verfügen über umfangreiche Fähigkeiten zur Förderung der Gesundheitskompetenz im Rahmen von individueller Beratung sowie im gesellschaftlichen Kontext. Ziel dieser Förderung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) durch Physiotherapeut*innen ist, den entsprechenden Zielgruppen Informationen und gesundheitliche Angebote hinsichtlich Bewegung und körperlicher Aktivität so darzulegen, dass diese verstanden und angewendet werden können.

Akademische Ausbildung und professionelle Weiterentwicklung

Physiotherapeut*innen bearbeiten bereits im Studium Fragen zu Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für nachhaltige, generationengerechte und gesundheitsfördernde Maßnahmen und Dienstleistungen. Dazu zeigen sie ein ausgeprägtes Bewusstsein für qualitätssichernde Maßnahmen und haben damit

das Potential erweiterte Rollen (auch im Sinne des Skill-Mix) wahrzunehmen. Folgende Inhalte sind Schwerpunkte der professionellen Entwicklung von Physiotherapeut*innen:

- o Orientierung der Aus- und Weiterbildung an epidemiologischen und demographischen Entwicklungen mit besonderer Berücksichtigung chronischer Erkrankungen, Kindergesundheit und Multimorbidität.
- o Berücksichtigung eines veränderten Patient*innenverhaltens (kritische Partner*in mit Erwartung bester Behandlungsqualität, State of the Art).
- o Entwickeltes Bewusstsein für wachsende soziale Ungleichheit hinsichtlich Gesundheit sowie für die Komplexität des Gesundheitswesens, den Bedarf neuer Zugänge und die Notwendigkeit einer durchgängigen Versorgung.
- o Kontinuierliche Anpassung der Professionals an Erfordernisse im Kontext der Globalisierung.

Das Erkennen von Risikofaktoren als physiotherapeutische Kompetenz im Rahmen der eigenverantwortlichen Berufsausübung

Erkennen von Risikofaktoren

Nach MTD-Gesetz 2024, 2. Abschnitt §32 tragen Physiotherapeut*innen eine eigenverantwortliche Rolle in der Gesundheitsversorgung und sind verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft, fachlich fundiert und am Wohl der Patient*innen orientiert auszuüben. Ihre Tätigkeit erfolgt auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie unter Einhaltung der geltenden gesetzlichen und berufsethischen Rahmenbedingungen. Im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit sind Physiotherapeut*innen dazu angehalten, die Grenzen ihres eigenverantwortlichen Handelns zu erkennen und entsprechend professionell zu handeln. Insbesondere sind sie verpflichtet, ärzt-

liche Unterstützung beizuziehen, wenn:

- o der Gesundheitszustand der/des Patient*in dies erfordert oder gefährdende Zustände auftreten, die eine ärztliche Diagnose oder Behandlung notwendig machen, Risikofaktoren oder Komplikationen erkennbar werden, die eine ärztliche Abklärung erforderlich machen.

Dieses Verständnis von Verantwortungsübernahme und interprofessioneller Zusammenarbeit bildet die Grundlage für eine sichere, qualitätsgesicherte und patient*innenzentrierte Versorgung im Rahmen moderner Gesundheitsdienstleistungen. Diese Verpflichtung gilt sowohl mit als auch ohne eine ärztliche Anordnung im Sinne einer Qualitätssicherung und im Sinne des Patient*innenwohls.

Ein aktuelles deutsches Scoping Review untersuchte die Kernkompetenzen von Physiotherapeut*innen im Kontext des Direktzugangs (Iske et al., 2025). Insgesamt wurden 24 Kompetenzen identifiziert, die in fünf Domänen gruppiert sind: Bewertung & Beurteilung, Management & Interventionen, Kommunikation, Kooperation & Kollaboration sowie Professionalität & Führung. Die Studie verdeutlicht, dass für den Direktzugang ein breites Kompetenzprofil erforderlich ist (ebd.). Zentrale Fähigkeiten – wie die Durchführung von Anamnese und Analyse, fachspezifischer Befundungsverfahren einschließlich der Diagnosestellung sowie die Anwendung und Evaluation von Assessments und Screenings – sind im Berufsbild der Physiotherapeut*innen in Österreich bereits fest verankert. Auch evidenzbasierte Therapieplanung, patient*innenzentrierte Kommunikation und die interdisziplinäre Zusammenarbeit sind integrale Bestandteile der physiotherapeutischen Ausbildung und bilden die Grundlage der Berufsausübung.

Darüber hinaus gehört auch die Triage-Kompetenz selbstverständlich dazu: Physiotherapeut*innen sind bereits jetzt verpflichtet, Patient*innen bei Auffälligkeiten an Ärzt*innen zurückzuverweisen.

Screening und Risikostratifizierung

Physiotherapeut*innen führen im Rahmen des physiotherapeutischen Prozesses strukturierte Erhebungen und Untersuchungen zur Bewegungsfähigkeit und Funktionalität durch, geben Empfehlungen zu individuellen Bewegungs- und Funktionszielen und beurteilen, welche Maßnahmen zur Optimierung zielführend sind. Dabei tragen standardisierte und evidenzbasierte Assessments entscheidend dazu bei, den Therapiebedarf präzise zu erfassen, zielgerichtete Interventionen einzuleiten und relevante Expertise sowohl Patient*innen als auch anderen Gesundheitsdienstleister*innen bereitzustellen.

Diese Schritte des physiotherapeutischen Prozesses verfolgen mehrere zentrale Ziele:

- o Identifikation von Symptommustern, die eine ärztliche Begutachtung erfordern.
- o Feststellung von Indikationen und Kontraindikationen für eine weiterführende physiotherapeutische Untersuchung.
- o Klärung der physiotherapeutischen Zuständigkeit für die vorliegende Problemstellung.
- o Das Screening auf vorhandenes Risiko und der Stratifizierung.

Auf Basis der erhobenen Informationen entscheiden Physiotherapeut*innen über die Indikationsstellung zum physiotherapeutischen Diagnoseprozess. Dieser erfolgt systematisch, nachvollziehbar und evidenzbasiert. Wesentliche Schritte sind:

- o Durchführung einer detaillierten

Anamnese (Art, Lokalisation, Verlauf, Schwere der Symptome und deren Zusammenhänge).

- o Prüfung auf Gefahrenhinweise (z. B. Red Flags, Yellow/Blue/Black Flags, atypische Verläufe).
- o körperliche Untersuchung und Einsatz relevanter Messinstrumente.
- o Dokumentation der Entscheidungsfindung im Einklang mit Leitlinien, Gesetzen und Regelungen.
- o Überprüfung und Reflexion der eigenen Entscheidung und des diagnostischen Prozesses.
- o Beratung von Patient*innen zum weiteren Vorgehen sowie – bei Zustimmung – Information der behandelnden Ärzt*innen.

Damit wird einerseits ein systematisches Prozedere gewährleistet, welches unter adäquaten Rahmenbedingungen zielgerichtete Versorgung möglich macht und die interprofessionelle Zusammenarbeit stärkt. Weiters wird durch das Screening auf Risikofaktoren und der im Bedarfsfall Rücküberweisung an den/die Ärzt*in die Patient*innensicherheit bestmöglich gewährleistet.

WIRTSCHAFTSAKTOR PHYSIOTHERAPIE IN ÖSTERREICH

Im Report der American Physical Therapy Association (2023) zum ökonomischen Wert der Physiotherapie in den USA wird aufgezeigt, dass ein früher Zugang zur Physiotherapie mit besseren Outcomes, weniger invasiven Maßnahmen und folglich weniger Kosten einhergeht. Zudem wurden geringere Gesamtkosten im Vergleich zu späterer oder ausschließlich arztgesteuerter Versorgung festgestellt.

Auch in Österreich wurde im Jahr 2024 eine Studie zum Wirtschaftsfaktor durchgeführt, die verdeutlicht, dass Physio-

therapie nicht nur ein zentraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung, sondern auch ein bedeutender Wirtschaftsfaktor ist. Die Ergebnisse der Studie sind im Ergebnisbericht der Economica *„Bedeutung und Entwicklung der Physiotherapie in Österreich“* (Fichtinger et al., 2024) detailliert einsehbar. Die Ergebnisse zeigen, dass Physiotherapie mit einer Bruttowertschöpfung von 1,16 Milliarden Euro im Kernbereich und 1,58 Milliarden Euro im erweiterten Wertschöpfungsnetzwerk mit rund 0,4 % zur gesamten Wirtschaftsleistung des Landes beiträgt. Diese Leistungen gehen zudem mit einem erheblichen fiskalischen Beitrag einher: 273,3 Millionen Euro an Steuern und Abgaben im Kernbereich sowie 442,7 Millionen Euro im erweiterten Bereich. Univ.-Prof. Dr. Christian Helmenstein von Economica, dem Institut für Wirtschaftsforschung, berichtet:

„Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Physiotherapie ist enorm, sogar wenn die therapeutischen Effekte ausgeklammert werden. Es handelt sich um einen wachsenden Wirtschaftszweig, dessen tatsächliche ökonomische Relevanz statistisch bis dato kaum sichtbar wurde.“
(physio austria, 2024)

Neben der wirtschaftlichen Dimension hat die Physiotherapie auch eine essenzielle gesundheitspolitische Funktion. Als drittgrößte Berufsgruppe im Gesundheitswesen sichern Physiotherapeut*innen die wohnortnahe, schnelle und effektive Versorgung von Patient*innen. Der Bedarf ist kontinuierlich gestiegen – inzwischen gibt es nahezu zwei Physiotherapeut*innen pro 1.000 Einwohner*innen, in manchen Regionen sogar mehr. Gerade diese Versorgungskapazität zeigt, wie wichtig ein Direktzugang zur Physiotherapie ist. Ohne Umwege über andere medizinische Instanzen könnten

Patient*innen rascher behandelt werden, was sowohl Heilungsverläufe verkürzt als auch Folgekosten im Gesundheitssystem reduziert. Ein gesetzlich geregelter Direktzugang würde nicht nur die Effizienz der Versorgung steigern, sondern auch den ökonomischen Beitrag der Physiotherapie weiter erhöhen. Jede beschleunigte Rehabilitation und jeder vermiedene Chronifizierungsfall entlastet das Gesundheitssystem finanziell. Die Lebensqualität und die Teilhabe am Sozialleben und Arbeitsmarkt der betroffenen Menschen wird auch verbessert. Physiotherapie ist damit nicht nur medizinisch unverzichtbar, sondern auch ein strategischer Hebel für die Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit des österreichischen Gesundheitssystems und der österreichischen Bevölkerung.

LITERATURVERZEICHNIS

- aeek-ooe. (2025). *OÖ-Ärztammer: Anreize fürs Arbeiten in der Pension*. Aekooe.At. <https://www.aekooe.at/news/detail/ooe-aerztammer-anreize-fuers-arbeiten-in-der-pension>
- American Physical Therapy Association. (2023). *The Economic Value of Physical Therapy in the United States*. American Physical Therapy Association. https://www.valueofpt.com/globalassets/value-of-pt/economic_value_pt_u.s._report_from_apt-report.pdf
- Babatunde, O. O., Bishop, A., Cottrell, E., Jordan, J. L., Corp, N., Humphries, K., Hadley-Barrows, T., Huntley, A. L., & Van Der Windt, D. A. (2020). A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. *PLOS ONE*, 15(7), e0235364. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235364>
- Cannone, M., Seixas, A., Dubajová, P., & Németh, T. (2024). *Survey on Professional Autonomy in the National Healthcare Systems in the Europe Region*. World Physiotherapy.
- Dachverband der Sozialversicherungsträger. (2025). *Jahresbericht der österreichischen Sozialversicherung*. Dachverband der Sozialversicherungsträger.
- Demont, A., Bourmaud, A., Kechichian, A., & Desmeules, F. (2021a). The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders : a systematic review of the literature. *Disability and Rehabilitation*, 43(12), 1637–1648. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1674388>
- Demont, A., Bourmaud, A., Kechichian, A., & Desmeules, F. (2021b). The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *Disability and Rehabilitation*, 43(12), 1637–1648. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1674388>
- Fichtinger, M., Grohall, G., Groß, M., Grübl, D., Helmenstein, C., & Zanol, A. (2024). *Bedeutung und Entwicklung der Physiotherapie in Österreich*. Economica.
- Gallotti, M., Campagnola, B., Cocchieri, A., Mourad, F., Heick, J. D., & Maselli, F. (2023). Effectiveness and Consequences of Direct Access in Physiotherapy: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(18), 5832. <https://doi.org/10.3390/jcm12185832>
- Hon, S., Ritter, R., & Allen, D. D. (2021). Cost-Effectiveness and Outcomes of Direct Access to Physical Therapy for Musculoskeletal Disorders Compared to Physician-First Access in the United States: Systematic Review and Meta-Analysis. *Physical Therapy*, 101(1). <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa201>
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2024). *Global Burden of Disease 2021: Findings from the GBD 2021 Study*. IHME. https://www.healthdata.org/sites/default/files/2024-05/GBD_2021_Booklet_FINAL_2024.05.16.pdf
- Iske, J. P., Herz, P., Lüdtke, K., Thies, P., & Schwarz, A. (2025). Kernkompetenzen von Physiotherapeut*innen für den Direktzugang von Patient*innen bei muskuloskelettalen Erkrankungen im deutschen Gesundheitssystem – ein Scoping Review. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 195, 15–27. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2025.03.011>
- Meixner, R. (2024). *Versorgungswirksamkeit der physiotherapeutischen Versorgung mit Fokus auf Wahltherapeuten und -therapeuten* [Ergebnisbericht]. Gesundheit Österreich GmbH.
- Ojha, H. A., Snyder, R. S., & Davenport, T. E. (2014). Direct Access Compared With Referred Physical Therapy Episodes of Care: A Systematic Review. *Physical Therapy*, 94(1), 14–30. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130096>
- orf.at. (2025). *Gesundheitssystem vor „Herausforderung“*. Orf.At. <https://orf.at/stories/3403411/>
- physio austria. (2024). *Wirtschaftsfaktor Physiotherapie*. Physioaustria.a. <https://www.physioaustria.at/wirtschaftsfaktor-physiotherapie>
- Piscitelli, D., Furmanek, M. P., & Meroni, R. (2018). Direct access in physical therapy: A systematic review. *LA CLINICA TERAPEUTICA*, 5, 249–260. <https://doi.org/10.7417/CT.2018.2087>
- Robert Koch Institut. (2021). *Was bedeutet Burden of Disease oder Krankheitslast?* Daly.Rki.De. <https://www.daly.rki.de/>
- Statistik Austria. (2024). *Demographisches Jahrbuch 2023* (p. 138). Statistik Austria. https://www.statistik.at/fileadmin/user_upload/Demo-JB-2023_Web-barrierefrei.pdf
- Statistik Austria. (2025). *Pressemitteilung: 13 626-119/25: Gesundheitsausgaben 2024*. Statistik Austria. <https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2025/06/20250612Gesundheitsausgaben2024.pdf>
- Webster, V. S., Holdsworth, L. K., McFadyen, A. K., & Little, H. (2008). Self-referral, access and physiotherapy: Patients' knowledge and attitudes—results of a national trial. *Physiotherapy*, 94(2), 141–149. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2007.11.003>

World Physiotherapy. (n.d.). *Direct access and self-referral*. World.Physio. Retrieved 30 July 2025, from <https://world.physio/advocacy/direct-access>

World Physiotherapy. (2022). *Statement on Physiotherapy Education of the Europe region*. https://www.erwcpt.eu/_files/ugd/3e47dc_2d5255d064874c8493f2619fbbee427c.pdf

Yang, M., Bishop, A., Sussex, J., Roland, M., Jowett, S., & Wilson, E. C. F. (2021). Economic evaluation of patient direct access to NHS physiotherapy services. *Physiotherapy*, 111, 40–47. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2020.12.005>

Zouch, J. H., Berg, B., Pripp, A. H., Storheim, K., Ashton-James, C. E., Ferreira, M. L., Grotle, M., & Ferreira, P. H. (2024). Reducing strain on primary healthcare systems through innovative models of care: The impact of direct access physiotherapy for musculoskeletal conditions—an interrupted time series analysis. *Family Medicine and Community Health*, 12(3), e002998. <https://doi.org/10.1136/fmch-2024-002998>



Lange Gasse 30, 1080 Wien
T +43 (0)1 5879951
office@physioaustria.at
www.physioaustria.at
ZVR: 511125857



© Physio Austria, 2026. „Alle Rechte vorbehalten“