

Zur vermeintlichen Abgrenzung von physiotherapeutischer und sportwissenschaftlicher Trainingstherapie: Von Äpfeln, Birnen und Stroh Männern

Jochen Zebisch, Frank Diemer, Georg Supp, Matthias Keller, Wolfgang Schoch, Volker Sutor, Stefan Peters, Eduard Kurz

Dieser Artikel ist eine Reaktion auf den Beitrag „Ein kritischer Blick: Abgrenzung zwischen physiotherapeutischer Trainingstherapie und Sport-Fitness-Training“ von H. von Piekartz et al., veröffentlicht in der Ausgabe MSK 2_2026 [1].

Menschen mit neuromuskuloskelettalen Beschwerden sind keine Zielgruppe für unzureichend qualifizierte Fitness-Gurus oder Social-Media-Influencer. Wer Patient*innen mit Schmerzen, Funktionsdefiziten, postoperativen Zuständen oder chronifizierten Beschwerden behandelt, braucht Qualifikation und Kompetenz. Wir stimmen in diesem Punkt den Autoren Prof. Harry von Piekartz, Michiel Trouw und Harald Bant [1] von Herzen zu.

Problematisch wird der Beitrag des Autorenteams allerdings dort, wo aus berechtigter Kritik am teilweise unqualifizierten Fitness- und Gesundheitsmarkt eine pauschale, faktisch nicht haltbare und empirisch nicht belegte Abwertung sportwissenschaftlicher und trainingstherapeutischer Kompetenz wird. Mehrfach weisen die Autoren auf die vermeintlichen Unzulänglichkeiten von Sportwissenschaftler*innen im trainingstherapeutischen Prozess hin, wodurch der Eindruck entsteht, Sportwissenschaftler*innen beziehungsweise sportwissenschaftlich qualifizierte Personen seien:

- für die klinische Arbeit weder ausreichend qualifiziert noch rechtlich legitimiert („...*deutlich höheres Risiko, unwirksam zu bleiben oder im schlimmsten Fall zu schaden*“, „...*fehlen hierfür sowohl die klinische als auch die rechtliche Grundlage bei der Arbeit mit Patient*innen*“, „...*ihnen fehlt aber im Umgang mit Patient*innen mit Kniebeschwerden häufig der Blick für begleitende Probleme...*“),
- in der Anwendung von Trainingsprogrammen überwiegend generisch („*oft generische Übungen für alle...*“, „*standardisierten Programmen zur Leistungssteigerung*“) und nur unzureichend individuell adaptiv („*zu vorsichtig oder zu progressiv*“),
- in psychosozialer Hinsicht unterkomplex ausgerichtet („*Fokus auf physische Komponenten*“) und
- nicht in der Lage, ein therapeutisch relevantes Clinical Reasoning beziehungsweise klinisch relevante Assessments durchzuführen, sondern lediglich auf „*Fitness- beziehungsweise leistungsbezogene Tests*“ beschränkt.

Folglich, so wird weiter argumentiert, sei dann natürlich auch das trainingstherapeutische Outcome deutlich schlechter, was die zitierten Quellen und Fallbeispiele belegen sollen. Im Gegensatz dazu beschreiben die Autoren mit der Ausnahme kleiner trainingswissenschaftlicher Mängel die hohe fachliche Eignung von Physiotherapeut*innen in der Trainingstherapie, die sie als eine Kernkompetenz dieser Berufsgruppe bezeichnen.

An standespolitisch pointierter Positionierung mangelt es dem Beitrag unserer Meinung nach nicht; eine solide wissenschaftlich fundierte Begründung suchen wir dagegen in weiten Teilen vergeblich.

Vom Fitnessmarkt zur klinischen Sportwissenschaft: Eine unzulässige Gleichsetzung

Eine zentrale Schwäche des Beitrags liegt bereits in der Kategorienbildung. „Sport-Fitness-Training“, „Personal Training“, „sportwissenschaftliches Training“ und im weiteren Sinne auch Sport-/Bewegungstherapie werden wiederholt so behandelt, als handele es sich um ein weitgehend homogenes Feld.

Diese Einschätzung ist fachlich nicht haltbar und deckt sich nicht mit der Gesundheits- und Krankenversorgung in Deutschland. Sie berücksichtigt nicht, dass Sportwissenschaftler*innen mit medizinisch-rehabilitativer Studienrichtung, etwa mit Schwerpunkt Prävention/Rehabilitation oder mit sporttherapeutisch ausgerichteten Bachelor- und Masterstudiengängen, sowie Fachkräfte mit einschlägiger, umfangreicher Weiterbildung im Bereich der Sport- und Bewegungstherapie seit Jahren im deutschen Gesundheitssystem fest verankert sind [2] und auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung beziehungsweise Anordnung rechtlich legitimiert arbeiten [3]. In Österreich ist die Ausübung der Trainingstherapie durch Sportwissenschaftler*innen analog zur Physio-

therapie im „Medizinische Assistenzberufe-Gesetz“ (MABG), BGBl. I Nr. 89/2012, idgF., geregelt.

Qualifikation in der Trainingstherapie: mehr als ein Berufslabel

Die deutsche Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeut*innen (PhysTh-APrV) sieht 40 Stunden Trainingslehre sowie 60 Stunden Bewegungslehre vor (PhysTh-APrV, Anlage 1 zu § 1 Abs. 1, A 12 und A 13). Diese insgesamt 100 Stunden entsprechen rund 3,5 % der 2900 Unterrichtsstunden des theoretischen und praktischen Unterrichts in der physiotherapeutischen Grundausbildung. Die Medizinische Trainingstherapie wird in Anlage 1 zu § 1 Abs. 1, A 16.9 zwar aufgeführt, jedoch ohne eigene Stundenangabe [4]. Auch unter Berücksichtigung der zunehmenden Akademisierung nimmt die Trainingstherapie innerhalb der physiotherapeutischen Grundqualifikation nur einen begrenzten Stellenwert ein.

Demgegenüber sieht die gesetzlich geregelte Minimalqualifikation sportwissenschaftlicher Trainingstherapeut*innen in Österreich allein in den Bereichen Trainings- und Bewegungslehre 16 ECTS (entsprechend etwa 400–480 Stunden Workload) sowie weitere 20 ECTS (ca. 500–600 Stunden Workload) im Bereich „Krankheitsbilder und Trainingstherapien“ vor. Letztere beziehen sich auf die Fachbereiche „Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates“, „innere Erkrankungen“ sowie „Neurologie, Psychiatrie und Psychosomatik“ [5].

In Deutschland umfasst die DVGS-Spezialisierung Sport-/Bewegungstherapie für Sportwissenschaftler*innen im Fachbereich „Orthopädie/Rheumatologie/Traumatologie“ insgesamt 20 ECTS – entsprechend etwa 500–600 Stunden Workload, darunter ca. 100–120 Stunden Medizinischer Trainingstherapie [6].

Diese Fakten belegen nicht, dass Physiotherapeut*innen keine Trainingstherapie durchführen können oder sollen. Sie widersprechen aber der im Beitrag suggerierten Selbstverständlichkeit, physiotherapeutische Qualifikation garantiere per se eine überlegene trainingsbezogene Kompetenz im medizinischen Bereich. Empirische Daten mahnen hier zur Vorsicht. Gorny et al. zeigen in einer fragebogenbasierten Studie zum Wissen, zu Einstellungen und zum Verhalten deutscher Physiotherapeut*innen (PT) und Physiotherapieschüler*innen (PTS) im Bereich Krafttraining deutliche Defizite auf [4], auch im Vergleich zu US-amerikanischen Kolleg*innen [7]. Nur 34 % der PT und 20 % der PTS konnten ≥ 60 % der Fragen im Wissensteil richtig beantworten. Subjektiv waren 70,7 % der PT und 50,3 % der PTS der Meinung, dass die Grundausbildung sie nicht ausreichend darauf vorbereite, ein Krafttraining anzuleiten. Auch international beschreiben Barton et al. in einem multinationalen Survey vergleichbare Ergebnisse [8].

Biopsychosozialer Ansatz und Clinical Reasoning als gemeinsame Grundlagen

Ähnlich problematisch ist auch die Darstellung des biopsychosozialen Ansatzes im Artikel. Die Autoren stellen diesen implizit als besondere Domäne der Physiotherapie dar, während Sportwissenschaft bzw. sportwissenschaftliches Training vor allem auf physische Leistungsparameter reduziert werden. Auch dies greift zu kurz.

Sport- und Bewegungstherapie zielt seit jeher darauf ab, Gesundheitsprobleme nicht nur auf biologischer, sondern auch auf psychischer und sozialer Ebene zu adressieren [9–12]. Der biopsychosoziale Ansatz ist kein professionsrechtliches Eigentum, sondern ein modernes Versorgungsprinzip. Gerade die Sport- und Bewegungstherapie hat zum Ziel, Gesundheitskompetenzen zu entwickeln und Verhalten dauerhaft zu verändern. Sie setzt damit neben trainingswissenschaftlichen auch pädagogische Kompetenzen voraus, um optimalerweise eine zeitlich begrenzte Intervention in einen aktiven Lebensstil münden zu lassen [13, 14]. Wenn die Autoren Lewis et al. zitieren [15], die einen Perspektivwechsel von einem traditionellen Behandlungsverständnis hin zu einer stärkeren Berücksichtigung lebensstilorientierter Faktoren bei muskuloskelettalen Beschwerden fordern, dann entspricht das genau diesem Gedanken.

Zudem verkennen die Autoren die Ergebnisse internationaler Studien. Auch heute noch haben selbst akademisch qualifizierte Physiotherapeut*innen Schwierigkeiten damit, biopsychosoziale Ansätze umzusetzen und beklagen eine mangelnde Ausbildung in diesem Kompetenzbereich [16–18].

Auch das Clinical Reasoning lässt sich nicht auf eine Profession oder eine bestimmte manualtherapeutische Tradition beschränken. Die Frage ist nicht, welches Clinical-Reasoning-Modell „das einzig wahre“ ist, sondern ob Entscheidungsprozesse transparent, evidenzinformiert, individualisiert und ergebnisorientiert erfolgen. Die Medizinische Trainingstherapie sowie die Sport- und Bewegungstherapie fußen auf einer solchen Handlungslogik [13, 19–23]. Diese muss nicht zwingend manualtherapeutisch hergeleitet werden, um klinisch relevant zu sein.

Was die Evidenz zeigt – und was nicht

Eine weitere argumentative Schwäche des Beitrags liegt in der Interpretation der Evidenz. Die ausgewählten Studien und Übersichtsarbeiten zeigen im Wesentlichen, dass Bewegung, Kräftigung, Mobilisation und koordinatives Training bei muskuloskelettalen Beschwerden wirksam sein können. Sie zeigen jedoch nicht, dass diese Interventionen bei vergleichbarer Qualifikation durch Physiotherapeut*innen grundsätzlich

wirksamer oder sicherer durchgeführt werden als durch Sport-/Bewegungstherapeut*innen beziehungsweise Sportwissenschaftler*innen. Aus „Trainingstherapie wirkt“ folgt nicht „Trainingstherapie gehört exklusiv in die Physiotherapie“. Genau dieser Schluss wird im Beitrag jedoch nahegelegt, obwohl die angeführte Evidenz eine solche Interpretation nicht trägt.

Äpfel, Birnen und berufspolitische Strohmannen

Die ergänzenden Fallbeispiele können die Position der Autoren ebenfalls nicht stützen. Sie vergleichen nicht Trainingstherapie von Physiotherapeut*innen versus Sportwissenschaftler*innen unter vergleichbaren Bedingungen, sondern unterschiedliche Settings, Ziele, Fachqualifikationen und Betreuungsqualitäten: Fitnessstudio, Personal Training, Reha-Sport-Gruppe versus individualisierte Einzelbehandlung. Daraus lässt sich keine professionsspezifische Überlegenheit ableiten. Wer aus solchen anekdotischen Beispielen eine grundsätzliche Unterlegenheit einer durch Sportwissenschaftler*innen angeleiteten Trainingstherapie konstruiert, vergleicht tatsächlich Äpfel mit Birnen und errichtet daraus einen argumentativen „Strohmann“.

Der Beitrag bleibt an entscheidenden Stellen hinter seinem eigenen Anspruch zurück. Die Autoren vermischen berechtigte Kritik an unqualifizierten Fitnessangeboten für Patient*innen mit komplexen Beschwerdebildern mit einer pauschalen Kritik an klinisch orientierter Sportwissenschaft und Sport-/Bewegungstherapie. Sie interpretieren die Evidenz für die Wirksamkeit von Training als Rechtfertigung für die Überlegenheit einer Profession und nutzen ausgewählte Fallvignetten als rhetorisch zugespitzte Negativbeispiele zur berufspolitischen Grenzziehung.

Gräben statt Brücken

Der Artikel reißt Gräben, wo es Brücken braucht. Es darf nicht um therapie-territoriale Ansprüche einzelner Berufsgruppen gehen, sondern um die Unterscheidung zwischen fachlich fundierter und fachlich unzureichender Qualifikation. Sichere und wirksame Versorgung entsteht durch nachweisbare Eignung, reflektierte klinische Entscheidungsprozesse sowie evidenzinformiertes und patient*innenzentriertes Handeln. Was es braucht, ist daher keine Besitzstandswahrung, sondern eine kooperative Versorgungskultur auf Augenhöhe, in der die Kernkompetenzen von Physiotherapie, Sportwissenschaft sowie Sport- und Bewegungstherapie nicht gegeneinander ausgespielt, sondern sinnvoll miteinander verbunden werden [22]. Jede dieser Professionen bringt eigene Perspektiven, Stärken und Kompetenzen ein. Werden sie in Konkurrenz zueinander gestellt, verlieren am Ende vor allem diejenigen, um die es eigentlich gehen sollte: die Patient*innen. Die Trainingstherapie

gewinnt nicht durch Verengung, sondern durch eine breite, qualifizierte und interdisziplinäre Basis.

Interessenkonflikt

Dr. Stefan Peters ist nebenberuflicher Mitarbeiter beim Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS).

Autorinnen/Autoren



Jochen Zebisch

ist Sportwissenschaftler M. A. (Rehabilitation) sowie Sport- und Bewegungstherapeut DVGS. Er ist Mitinhaber dreier Therapiezentren in Heidelberg/Mannheim und Geschäftsführer der Bildungsplattform „Physio Meets Science“.



Frank Diemer

ist Sport- und Gymnastiklehrer sowie Physiotherapeut, MSc. Er behandelt seit über 25 Jahren Patient*innen mit muskuloskelettalen Beschwerden und ist Mitbegründer der DIGOTOR GbR.



Georg Supp

ist seit 1992 Physiotherapeut und leitet zusammen mit Wolfgang Schoch das Therapiezentrum „PULZ im Rieselfeld“ in Freiburg im Breisgau. Er unterrichtet weltweit McKenzie-Kurse und forscht aktuell zum Thema Patient Reported Outcomes.



Matthias Keller

leitet das OSINSTITUT ortho & sport, arbeitet als selbstständiger Physiotherapeut und berät Vereine sowie Verbände im Spitzensport. Zudem ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter am UKE Hamburg, Mitherausgeber der Fachzeitschrift „Sportphysio“ des Thieme Verlags und

Mitglied des Knie-Ligament-Komitees der AGA.



Wolfgang Schoch

ist Physiotherapeut MSc. und leitet zusammen mit Georg Supp das Therapiezentrum „PULZ im Rieselfeld“ in Freiburg im Breisgau. Wolfgang ist Dozent bei der Sportphysioausbildung des OSP Bayern und OSINSTITUT und im Vorstand der Gesellschaft für Knorpelregeneration und

Gelenkerhalt QKG e.V.



Volker Sutor

ist Sport- und Gymnastiklehrer sowie Physiotherapeut, MSc. Volker ist Geschäftsführer und Inhaber des Gesundheitsrondells, u. a. in Brackenheim. Er behandelt seit über 25 Jahren Patient*innen mit muskuloskelettalen Beschwerden und ist Mitbegründer der

DIGOTOR GbR.

**Dr. phil. Stefan Peters**

ist Diplom-Sportwissenschaftler sowie Sport- und Bewegungstherapeut DVGS. Er ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sportwissenschaft der Universität der Bundeswehr München und nebenberuflich tätig beim Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.

**Dr. rer. nat. Eduard Kurz**

ist Diplom-Sportwissenschaftler, Sporttherapeut, Athletiktrainer und wissenschaftlicher Mitarbeiter des Departments für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Halle (Saale). Seit 2012 ist er Dozent und Leiter des Forschungsbereichs am OSINSTITUT ortho & sport und gehört zur Herausgeber-schaft der Fachzeitschrift „Sportphysio“ des Thieme Verlags.

Korrespondenzadresse**Jochen Zebisch**

j.zebisich@outlook.de

Literatur

Literaturverzeichnis am Ende der HTML-Version unter www.thieme-connect.de/products/ejournals/msk

Bibliografie

MSK – Muskuloskelettale Physiotherapie 2026; 30: 183–186
DOI 10.1055/a-2842-0460
ISSN 2701-6986
© 2026. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany

Zusätzliches Material

Literatur

- [1] Von Piekartz H, Trouw M, Bant H. Ein kritischer Blick: Abgrenzung zwischen physiotherapeutischer Trainingstherapie und Sport-Fitness-Training. *MSK – Muskuloskelettale Physiother* 2026; 30: 111–118. DOI: 10.1055/a-2788-5253
- [2] Baldus A. Bewegungsbezogene Versorgungsbereiche im Gesundheitswesen. *BG Bewegungstherapie Gesundheitssport* 2025; 41: 93–95. DOI: 10.1055/a-2535-7798
- [3] Baldus A, Schüle K. Arbeitsmarkt der Sport- und Bewegungstherapie. In: Schüle K, Huber G, Hrsg. *Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie*. Deutscher Ärzteverlag; 2016: 357–398. DOI: 10.47420/9783769136159-357
- [4] Gorny V, Handlery R, Schwendemann H et al. Einstellung, Verhaltensweisen und Wissen bezüglich Krafttraining in der Physiotherapie: Eine Querschnittsstudie unter Fachkräften und Lernenden. *physioscience* 2025; 21: 82–91. DOI: 10.1055/a-2350-3602
- [5] Bundesrecht konsolidiert: Trainingstherapie-Ausbildungsverordnung Anl. 1, Fassung vom 10.12.2021. Im Internet: <https://bit.ly/3RMiNSY>; Stand: 26.05.2026
- [6] DVGS. Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. DVGS-Modulhandbücher: Anerkannte Richtlinien der Sport-/Bewegungstherapie und Gesundheitsförderung. Im Internet: <https://dvgs.de/de/aus-,fort-und-weiterbildung/modulhandbuch.html>; Stand: 26.05.2026
- [7] Handlery R, Shover E, Chhoun T et al. We Don't Know Our Own Strength: A Survey of Strength Training Attitudes, Behaviors, and Knowledge in Physical Therapists and Physical Therapist Students. *Phys Ther* 2021; 101:pzab204. DOI: 10.1093/ptj/pzab204
- [8] Barton CJ, King MG, Dascombe B et al. Many physiotherapists lack preparedness to prescribe physical activity and exercise to people with musculoskeletal pain: A multi-national survey. *Phys Ther Sport* 2021; 49: 98–105. DOI: 10.1016/j.ptsp.2021.02.002
- [9] Definition Sport- und Bewegungstherapie. *BG Bewegungstherapie Gesundheitssport* 2025; 41: 66–66. DOI: 10.1055/a-2535-7716
- [10] Gabrys L, Schaller A, Peters S et al. DNVF Memorandum – Ziele und Methoden bewegungsbezogener Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen* 2024; 86: 655–680. DOI: 10.1055/a-2340-1669
- [11] Brehm W, Bös K, Graf CH et al. Sport als Mittel in Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung: Eine Expertise. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2013; 56: 1385–1389. DOI: 10.1007/s00103-013-1798-y
- [12] Pfeifer K, Sudeck G. Körperliche Aktivität. In: Bengel J, Mittag O, Hrsg. *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2020: 249–264
- [13] Zebisch J, Diemer F. Evidenzbasiertes und individualisiertes Training für Schmerzpatient*innen. *SchmerzTherapie* 2022; 5: 70–79. DOI: 10.1055/a-1756-8998
- [14] Pellegrini CA, Carlesso LC, White DK. More than a prescription: The need for behavioral theory to guide exercise interventions for osteoarthritis – A narrative review. *Osteoarthritis Cartilage* 2026; 34: 761–766. DOI: 10.1016/j.joca.2026.02.012
- [15] Lewis J, Mintken PE, McDevitt AW. Treating musculoskeletal conditions with a bit of exercise and manual therapy: are you kidding me? It's time for us to evolve again. *J Man Manip Ther* 2025; 33: 167–172. DOI: 10.1080/10669817.2025.2494895
- [16] Alexanders J, Anderson A, Henderson S. Musculoskeletal physiotherapists' use of psychological interventions: a systematic review of therapists' perceptions and practice. *Physiotherapy* 2015; 101: 95–102. DOI: 10.1016/j.physio.2014.03.008
- [17] Synnott A, O'Keefe M, Bunzli S et al. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *J Physiother* 2015; 61: 68–76. DOI: 10.1016/j.jphys.2015.02.016
- [18] Karstens S, Kuithan P, Joos S et al. Physiotherapists' views of implementing a stratified treatment approach for patients with low back pain in Germany: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2018; 18: 214. DOI: 10.1186/s12913-018-2991-3
- [19] Comfort P, Abrahamson E. *Sports Rehabilitation and Injury Prevention*. 1. Aufl. s.l Wiley; 2010
- [20] Cashin AG, Booth J, McAuley JH et al. Making exercise count: Considerations for the role of exercise in back pain treatment. *Musculoskeletal Care* 2022; 20: 259–270. DOI: 10.1002/msc.1597
- [21] Holden MA, Metcalf B, Lawford BJ et al. Recommendations for the delivery of therapeutic exercise for people with knee and/or hip osteoarthritis. An international consensus study from the OARSI Rehabilitation Discussion Group. *Osteoarthritis Cartilage* 2023; 31: 386–396. DOI: 10.1016/j.joca.2022.10.009
- [22] Rausch LK, Birklbauer A, Federolf P et al. Position statement regarding the current standing of exercise therapy in Austria (Positionspapier zur Situation der Trainingstherapie in Österreich). *Curr Issues Sport Sci CISS* 2024; 9: 001. DOI: 10.36950/2024.9ciss001
- [23] Diemer F, Sutor V. *Praxis der medizinischen Trainingstherapie*. 1: Lendenwirbelsäule, Sakroiliakalgelenk und untere Extremität. Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag; 2023