

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen aktuell 2022

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Andrea Pfingsten, Bernhard Borgetto

Vorteile einer vollständigen Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsberufe
für die Versorgung,
Seite 130–149

doi: 10.30433/GWA2022-130

Andrea Pfingsten, Bernhard Borgetto

Vorteile einer vollständigen Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsberufe für die Versorgung

Therapeutische Versorgungssituationen sind unter anderem durch veränderte Erkrankungsspektren und Rollen gegenüber Patient:innen und im Versorgungssystem komplexer geworden. Hochschulisch ausgebildete Therapeut:innen sind besser in der Lage, durch Evidenzbasierung, interdisziplinäre Kooperation, Clinical Reasoning, Shared Decision Making und Reflexion adäquat auf diese und auf zukünftige Herausforderungen zu reagieren. Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie brauchen wissenschaftliche Fundierung und Handlungsspielraum, um wissenschaftliche Erkenntnisse umzusetzen. Aufgrund der Unteilbarkeit und Individualität des Therapieprozesses müssen für eine bestmögliche Versorgung alle Therapeut:innen in primärqualifizierenden Studiengängen ausgebildet werden. Für eine Umstellung bestehen derzeit in Deutschland gute Voraussetzungen, da bereits erste Schritte einer Akademisierung stattgefunden haben. International ist sie bereits weitestgehend umgesetzt und damit bestehen ausreichend Vorbilder.

Einleitung

Alle Patient:innen haben das Recht auf eine quantitativ angemessene und qualitativ bestmögliche sowie sichere Versorgung mit Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Die Therapie muss rechtzeitig und effektiv erfolgen, damit Teilhabe und somit Lebensqualität schnellstmöglich gefördert werden. Vor dem Hintergrund komplexer werdender Versorgungssituationen braucht es eine hochwertige, moderne Ausbildung, um die Qualität der Therapie, aber auch die Attraktivität dieser Berufe zu gewährleisten und junge Menschen für Therapieberufe zu gewinnen, in denen ein ausgeprägter Fachkräftemangel herrscht (Bundesagentur für Arbeit 2022: 14). In der Fachwelt wird zunehmend betont, dass für adäquate Therapiequalität und -quantität eine vollständige Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsberufe erforderlich ist (Bündnis Therapieberufe an die Hochschule 2020; Deutsches Netzwerk für evidenzbasierte Medizin 2019; Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2022) und Deutschland ist im europäischen Vergleich Schlusslicht im Akademisierungsprozess.

Derzeit können Therapeut:innen studieren, werden aber in der Regel an Berufsfachschulen ausgebildet. Bereits im Koalitionsvertrag aus dem Jahr 2018 wurde die dringend notwendige Reform der Ausbildungen angekündigt, aber bisher nicht umgesetzt. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen der Therapieberufe sind veraltet und es handelt sich um wenig geregelte Ausbildungen besonderer Art, die weder dem dualen Ausbildungssystem noch dem Schulberufssystem zugeordnet werden können (Lehmann et al. 2014: 29). Diese Sonderform und das parallele Vorliegen zweier Qualifikationsniveaus für die gleiche Tätigkeit führen dazu, dass die erwartbaren Kompetenzen für Arbeitgeber:innen, aber insbesondere auch für Patient:innen intransparent sind.

Im Folgenden wird auf Basis der durch aktuelle Entwicklungen veränderten Anforderungen an therapeutische Versorgung den Fragen nachgegangen, wie eine vollständige Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsberufe eine angemessene Reaktion hierauf fördert und welche Vorteile für Patient:innen zu erwarten sind.

Anforderungen an die therapeutische Versorgung als Folge aktueller Entwicklungen

In Deutschland ist die Ausbildung in den Therapieberufen an Berufsfachschulen etabliert und basiert auf veralteten Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen aus den Jahren 1980 bis 1999. Seit dem Jahr 2010 besteht durch die Modellklausel aus dem Jahr 2009 die Möglichkeit, in primärqualifizierenden Studiengängen die Berufszulassung für therapeutische Gesundheitsfachberufe zu erwerben, wobei Ausbildungsinhalte und staatliche Prüfung hochschulisch verantwortet und die Inhalte der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der jeweiligen Disziplin integriert werden. Diese Klausel wurde mehrfach – zuletzt bis zum Jahr 2024 – verlängert und die Entscheidung über die Zukunft der Studiengänge und der Therapieberufe vertagt.

Neben primärqualifizierenden Studiengängen existieren berufs- beziehungsweise ausbildungsbegleitende und bereits seit dem Jahr 2000 ausbildungsintegrierende Studiengänge. Insgesamt gibt es, geschätzt auf Basis der 88 Prozent der Hochschulen, die an der „HQQplus – Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update“ des Wissenschaftsrates teilgenommen haben (Geschäftsstelle des

Wissenschaftsrats, GWR 2022: 46), etwa 100 Studiengänge mit therapeutischer Qualifikation und darüber hinaus weitere mit Schwerpunkten wie beispielsweise Pädagogik oder Management aber auch fachlichen Vertiefungen wie Sportphysiotherapie.

Die Einführung von Studiengängen ist eine erste, aber unzureichende Anpassung der Ausbildung an sich verändernde Versorgungsbedarfe und Rollengefüge im Gesundheitswesen. Versorgungssituationen sind komplexer geworden und erfordern erweiterte Kompetenzen und somit eine Anpassung der Ausbildungsstandards.

Durch den demografischen Wandel steigt der Anteil chronisch und/oder mehrfach erkrankter sowie pflegebedürftiger Patient:innen, wobei die Pflege so lange wie möglich im häuslichen Umfeld stattfinden soll (§ 3 SGB XI). Verweildauern in Krankenhäusern werden kürzer (Destatis 2020), was zu einem erhöhten Anspruch im Rahmen der Versorgung während des Aufenthaltes, aber auch der anschließenden Therapie im häuslichen Umfeld oder während einer Rehabilitationsmaßnahme führt. Es entstehen komplexe Versorgungssituationen, wobei eine klare Trennung zwischen komplexen und nicht komplexen Situationen nicht sinnvoll ist. Es handelt sich eher um ein Kontinuum zwischen geringerer und höherer Komplexität.

Dabei lassen sich Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie durch ihre hohe Flexibilität und Individualität bereits monodisziplinär eher am komplexen Ende verorten (Craig et al. 2008; Voigt-Radloff et al. 2013) und erfordern entsprechende Problemlösekompetenzen. Die an Patient:innenbedarfen ausgerichtete Kombination verschiedener Interventionen, wie beispielsweise im Rahmen der Physiotherapie der Einsatz manueller Gelenktechniken und aktiver Bewegungen, ist insofern komplex, als deren wirksame Bestandteile schwer zu identifizieren und Wechselwirkungen schwer untersuchbar sind. Dazu kommt die Berücksichtigung meist mehrerer Therapieziele, wie Schmerzreduktion und Bewältigung des Haushalts, sowie die hohe Anzahl und Schwierigkeit der notwendigen Handlungen von Therapeut:innen, wie bei der Umsetzung der manuellen Gelenktechniken, und von Patient:innen, beispielsweise bei der korrekten Ausführung der Bewegungen. Zudem bestehen erhebliche Unterschiede in der Klientel und den Rahmenbedingungen. Es werden Personen aller Lebensalter und

fast aller Fachbereiche in ambulanten Praxen, Rehabilitationseinrichtungen und Kliniken versorgt.

Die Komplexität nimmt bei Vorliegen chronischer und/oder mehrerer Erkrankungen weiter zu. Den Therapiebedarf einer Patientin oder eines Patienten zu erheben und die Therapiesicherheit zu gewährleisten, wenn dieser ausschließlich Einschränkungen durch eine Hüftarthrose hat, ist weniger komplex, als wenn gleichzeitig Folgen eines Schlagfalls vorliegen, auch weil zunehmend mehr Professionen beteiligt sind. So könnten in dem Beispiel zu Orthopäd:in, Orthopädietechnik-Mechaniker:in und Physiotherapeut:in noch Neurolog:in, Pflegefachkraft, Ergotherapeut:in und Logopäd:in hinzukommen. Die Versorgung muss interdisziplinär konzertiert unter der Berücksichtigung von Wechselwirkungen, synergetischen und gegensätzlichen Effekten erfolgen. Dabei steigert interprofessionelle Zusammenarbeit die Wirksamkeit und den Patientennutzen (Sottas und Kissmann 2016: 6). Hierfür ist interdisziplinäre Kommunikation auf Augenhöhe erforderlich.

Aber nicht nur die Ansprüche an die Kommunikation mit Versorger:innen, sondern auch mit Patient:innen steigen. Bedarfe an Unterstützung bei Verhaltens- und Lebensstilanpassungen, Edukation, Beratung und Information, um mündige Patient:innen angemessen am Therapieprozess beteiligen zu können, nehmen zu (Wissenschaftsrat 2012; Bourgeault et al. 2008; Borgetto und Siegel 2009). Der aktuelle Stand des Wissens inklusive der Vor- und Nachteile der verschiedenen Therapieoptionen muss abgewogen und so kommuniziert werden, dass Patient:innen im Prozess des Shared Decision Making eine informierte Entscheidung mit den Therapierenden treffen können.

Eine optimale Versorgung basiert dabei auf der fortlaufenden Anpassung der Therapie an den individuellen Verlauf bei der Patientin oder dem Patienten, orientiert an der jeweils besten verfügbaren externen Evidenz. Der Therapieprozess ist nicht (Hochschulkonferenz 2021) oder nur unter starkem Qualitätsverlust auf unterschiedliche Kompetenzniveaus aufteilbar. Therapeut:innen müssen im Rahmen des Clinical Reasonings in der Lage sein, valide und reliable Assessments oder deren Kombinationen auszuwählen und deren Ergebnisse zu analysieren und zu interpretieren, um fort-

laufend die Therapie mit der höchsten Wahrscheinlichkeit für die bestmögliche Prognose zu wählen. Hierzu muss das international durch Forschung entwickelte umfassende Wissen rezipiert und genutzt werden. Studien müssen verstanden, auf den Fall bezogen und kritisch bewertet werden, um die richtigen praktischen Schlussfolgerungen zu ziehen. Nur so kann dem Recht von Patient:innen auf eine hochwertige evidenzbasierte Versorgung (§ 135a SGB V, Borgetto 2020) nachgekommen werden. Dabei reicht der reine Import von Evidenz aus anderen Ländern nicht aus, sondern es bedarf auch Studien, die unter den Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems durchgeführt werden, um die Übertragbarkeit der Ergebnisse sicherzustellen.

Im Rahmen des interdisziplinären Versorgungsprozesses erhalten Therapeut:innen mehr Verantwortung, auch für die Verteilung von Ressourcen. Mit der Einführung der neuen Heilmittelrichtlinie und der in § 13a sowie den §§ 124–125 b des Sozialgesetzbuches V geregelten Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelerbringer:innen wird die Autonomie von Therapeut:innen erweitert und eine Individualisierung der Therapie gefördert. Es bedarf zwar noch einer ärztlichen Verordnung, jedoch entscheiden Therapeut:innen selbst über spezifische Interventionen sowie deren Frequenz und Dosierung – wozu auch nur Therapeut:innen die nötigen Kompetenzen haben. Nachdem in § 125a festgelegt war, dass bis September 2021 entsprechende Verträge zu schließen sind, wurde die Frist für weitere Diskussionen zu Indikationen und zum Umgang mit Zertifikatspositionen und Budgetverantwortung bis Sommer 2022 verlängert. Der nächste Schritt nach dieser als Blankoverordnung diskutierten Variante ist der Direktzugang unter Abschaffung des Heilmittelkatalogs in seiner jetzigen Form inklusive freier Entscheidungsmöglichkeiten, ob behandelt und/oder weitere Diagnostik und/oder Therapien veranlasst werden. Patient:innen bräuchten bei abgegrenzten Indikationen, beispielsweise muskuloskelettalen Erkrankungen im Fall der Physiotherapie, keine Verordnung mehr und könnten zeitnah eine individuell auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Therapie erhalten. Therapeut:innen hätten die Möglichkeit, die nach eigenem Abwägen, Patient:innenpräferenzen und externer Evidenz beste Therapie anzuwenden, ohne an abweichende Angaben auf Heilmittelverordnungen gebunden zu sein. Zudem könnte die Therapie auch mit der aus wissenschaftlichen Erkenntnissen ableitbaren besten Frequenz, Dosierung und Gestaltung beginnen und

bei Bedarf jederzeit angepasst und im Einzelfall uneffektive Therapieformen durch andere ersetzen werden. Voraussetzung hierfür sind entsprechende Kompetenzen des Clinical Reasonings und der Evidenzbasierung, um eine effektive und sichere Versorgung zu gewährleisten.

Universitäten und Hochschulen sind besonders geeignet, um Therapeut:innen auf die beschriebenen Anforderungen vorzubereiten und entsprechende Kompetenzen zu fördern.

Beitrag struktureller Bedingungen an Hochschulen zur Verbesserung der Ausbildung

Während Studiengänge einer Akkreditierung unterliegen, die für Transparenz und Standards sorgt, ist eine solche Qualitätskontrolle bei der Berufsfachschulausbildung nicht vorgesehen (Kälble 2006). Auch sind die Mindestqualifikationen von Lehrkräften an Hochschulen, nicht aber an Berufsfachschulen, einheitlich geregelt. Im Rahmen einer hochschulischen Ausbildung ist das Lehrpersonal vollständig wissenschaftlich ausgebildet. So kann Forschung, Lehre und Praxis synergetisch verbunden werden. Auch wenn bereits viele Lehrkräfte an Berufsfachschulen ebenfalls akademisch ausgebildet sind, fehlt hier die Infrastruktur für Forschung und eine Einführung vergleichbarer Bedingungen würde diese zu Hochschulen umfunktionieren.

Auch hinsichtlich der Zielkompetenzen Lernender gibt es systematische Unterschiede. Im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) ist beschrieben, dass nur an Hochschulen das Arbeiten in einem wissenschaftlichen Fach, das Lösen umfassender fachlicher Problemstellungen und die Steuerung von Prozessen in einem komplexen und veränderlichen Arbeitsfeld im Vordergrund stehen (Bundesministerium für Bildung und Forschung und der Kultusministerkonferenz o.J.). Da wie beschrieben komplexe Anforderungen an Therapeut:innen gestellt werden, bedarf es genau dieser Kompetenzen, um Patient:innen adäquat zu versorgen und auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse, Shared Decision Making und Clinical Reasoning schnellstmöglich die potenziell wirksamste Therapie zu finden, sowie diese optimal umzusetzen und das individuelle Leid zu reduzieren und zu verkürzen beziehungsweise Lebensqualität zu verbessern.

Eine bedeutende Voraussetzung für das Lösen komplexer Versorgungsprobleme ist die interdisziplinäre Kooperation. Durch die Ausbildung an Hochschulen und Universitäten wird diese vorbereitet, da durch das Angebot vieler Studiengänge in unterschiedlichen Disziplinen die Möglichkeit besteht, Studierende in gemeinsamen Lern-Lehreinheiten und/oder Modulen zusammenzuführen. Derzeit bieten 31 von 34 Studiengängen der Therapieberufe gemeinsame Lehrveranstaltungen und/oder Module mit anderen Disziplinen an, davon 22 mit Studierenden der Medizin (GWR 2022: 56 f.). „Interprofessionalität der Therapieberufe“ wird als Mehrwert durch hochschulische Ausbildung bewertet und es wird erwartet, dass hierdurch „Effizienzreserven freigesetzt“ werden (Deutscher Bundestag Drucksache [DBD] 2021: 43).

Kernkompetenzen der Evidenzbasierung sichern zum einen die Nutzung geeigneter Interventionen und zum anderen stellen sie in Verbindung mit wissenschaftlich-methodischer Reflexion der therapeutischen Praxis, welche an Hochschulen gefördert wird, eine Voraussetzung für lebenslanges Lernen dar. Im Gegensatz zu Berufsfachschulen sind Selbstlernphasen an Hochschulen systematisch und strukturell verankert und Studierende übernehmen eine stärkere Eigenverantwortung für den Kompetenzerwerb. So werden sie auf die Erfordernisse einer schnelllebigigen Wissenschaft mit fortlaufenden Weiterentwicklungen, Diversifizierung und Digitalisierung von Interventionen vorbereitet. Der medizinische Fortschritt ermöglicht neue Diagnose- und Therapieformen und Therapeut:innen müssen in der Lage sein, ihr Wissen und ihre Kompetenzen fortlaufend zu aktualisieren und weiterzuentwickeln. Mittels dieser Fähigkeiten kann auch auf Herausforderungen, wie sie beispielsweise in der Pandemie unter anderem durch erforderliche Teletherapie und Hygienemaßnahmen notwendig sind, adäquat reagiert werden. Ein vertieftes theoriebasiertes Verständnis von Wirkzusammenhängen und -prinzipen ermöglicht eine flexible Umsetzung von Therapie. So erwarten jeweils 14 der 15 vom Wissenschaftsrat befragten Universitätskliniken von Hochschulabsolvent:innen Impulse für Innovation und Weiterentwicklung und ein hohes beruflich-fachliches Engagement sowie 13 vertieftes Fachwissen in Verbindung mit besseren Recherchekompetenzen (GWR 2022: 130) und beschreiben einen hohen Bedarf an hochschulisch qualifiziertem Personal (ebenda: 135).

Gleichzeitig können nur Universitäten und Hochschulen angemessene Rahmenbedingungen für Forschung bieten und auf Forschungsausschreibungen kann dort adäquat reagiert werden. Es können Labore eingerichtet, Promotionen gefördert und Forschungscluster gebildet werden. Die systematische Erweiterung und Spezifizierung der Wissensbasis wird daher als Mehrwert primärqualifizierender Studiengänge betrachtet (DBD 2021). Da sich nur ein kleiner Teil der Absolvent:innen in Masterstudiengängen für Forschung spezialisieren wird, ist auch hierfür eine vollständige akademische Qualifikation der in der Patient:innenversorgung tätigen Therapeut:innen erforderlich.

Neben den durch interdisziplinäre Kooperation freiwerdenden Reserven und der durch Evidenzbasierung effizienteren Therapien kann unserer Einschätzung nach auch der ausgeprägte bestehende Fachkräfteengpass in den Therapieberufen (Bundesagentur für Arbeit 2022: 14) durch eine Modernisierung der veralteten Ausbildung reduziert werden. Deutschland ist in Europa Schlusslicht im Akademisierungsprozess. Eine internationale Angleichung des Ausbildungsniveaus auf den meist mindestens erforderlichen Bachelor (Scharff Rethfeldt und Heinzelmann 2014; WorldPhysiotherapy 2022a; World Federation of Occupational Therapists 2022) würde die Attraktivität der Therapieberufe für junge Menschen anheben. Studienberechtigte ziehen ein Studium einer Ausbildung vor (Woisch et al. 2019), insbesondere in den Gesundheitsberufen werden Ausbildungen zu Gunsten eines Studiums abgebrochen (Schneider et al. 2020) und ausgebildete Therapeut:innen steigen aus dem Beruf aus (Hammer und Hebel 2018). Die Zahl der Studierenden in nichtärztlichen Heil- und Therapieberufen hat sich zwischen den Jahren 2005 und 2020 vervierfacht (Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2020) und Absolvent:innen sind zu 87 Prozent in der Physiotherapie und Logopädie sowie zu 93 Prozent in der Ergotherapie vorwiegend patient:innennah tätig (Dieterich et al. 2019: 183). Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der Absolvent:innen an Berufsfachschulen beispielsweise in der Physiotherapie um 25 Prozent zurückgegangen (PhysioDeutschland 2022: 2).

Das Argument, man schließe junge Menschen mit mittlerem Bildungsabschluss aus diesen Berufen aus, hält nicht Stand, da das Bildungssystem durchlässig gestaltet ist. Ein Studium eröffnet Karriere- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten, die auch im

Rahmen der späteren Berufstätigkeit für einen Verbleib in der Therapie sorgen und Deutschland auch für Therapeut:innen aus dem Ausland attraktiv machen, was auch als Mehrwert durch primärqualifizierende hochschulische Ausbildung erwartet wird (DBD 2021). Akademisch qualifizierte Therapeut:innen haben dabei bisher zwar keine regelrechten Vorteile durch ihr Studium, wie beispielsweise eine bessere Bezahlung (GWR 2022: 134), sind aber zu zwei Dritteln mit ihrem Beruf zufrieden und sehen für sich selbst Vorteile (Dieterich et al. 2019: 85). Neben Karrieremöglichkeiten in der Gestaltung der Patient:innenversorgung, wie Leitungspositionen in Rehabilitationseinrichtungen oder Zuständigkeit für Qualitätsmanagement und/oder interne Schulungen, bestehen auch akademische Karrierepfade, die wiederum die Aus- und Weiterentwicklung der Therapiewissenschaft und die hochschulische Lehre sichern.

Physiotherapeut:innen werden in allen europäischen Ländern – außer Deutschland – in primärqualifizierenden Studiengängen ausgebildet (World Physiotherapy 2022a) und Ergotherapeut:innen weltweit in großen Teilen (World Federation of Occupational Therapists, 2022). Logopäd:innen qualifizierten sich bereits 2014 in über 60 Prozent der europäischen Länder mit einem Bachelor und zusätzlich in über 30 Prozent mit einem Master für den Beruf (Scharff, Rethfeldt und Heinzelmann 2014).

Vergleichbar mit der Akademisierung bleibt Deutschland auch bezüglich eines Direktzugangs hinter internationalen Entwicklungen zurück (World Physiotherapy 2022b; Hiller et al. 2015). Der Entscheidungsspielraum ist vor allem in der Physiotherapie eingeschränkt und erschwert individualisierte Interventionen. Verordnungsfähige Maßnahmen und deren Dosierung sind standardisiert geregelt, ohne dass eine Evidenzbasierung erkennbar ist. Eine akademische Ausbildung kann im Gegensatz zur Berufsfachschulausbildung für den Direktzugang qualifizieren (Bundesministerium für Gesundheit 2020: 7; Wich und Rübiger 2016; Konrad et al. 2017). So erwarten auch alle befragten Versorgungseinrichtungen einen Beitrag zur Patient:innensicherheit durch hochschulisch ausgebildetes Personal (GWR 2022: 142). Allerdings können Absolvent:innen primärqualifizierender Studiengänge ihre Kompetenzen unter den derzeitigen Rahmenbedingungen in der patient:innennahen Tätigkeit nur geringfügig einbringen (Dieterich et al. 2019: 76), da der entsprechende Handlungsspielraum fehlt.

In Deutschland bestehen derzeit für eine Vollakademisierung der Therapieberufe gute Voraussetzungen, da bereits eine teilweise Akademisierung stattgefunden hat. Die etwa 30 Prozent primärqualifizierenden Modellstudiengänge können erhalten bleiben und ausbildungsintegrierende und additive Studiengänge umgebaut werden. In diesen Modellen kooperieren bereits viele Berufsfachschulen mit Hochschulen. Ein großer Teil der dort Lehrenden ist mit den Studiengängen vertraut und hat die erforderliche Qualifikation, auch an Hochschulen zu lehren. Unter Ausschöpfung dieser vorhandenen Potenziale, so schätzen der Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe und der Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen (2018), könnten die erforderlichen zusätzlichen Studienkapazitäten in zehn bis 15 Jahren erreicht werden. Durchschnittlich müssten acht primärqualifizierende Studiengänge pro Bundesland eingerichtet werden, um die derzeitige Zahl von Absolvent:innen an Berufsfach- und Hochschulen zu erreichen. Das entspräche bei zehn Jahren 0,8 Studiengängen pro Bundesland pro Jahr. Der Bund und die Länder sollten diese Ausbildungsreform natürlich ausgerichtet an den Voraussetzungen und Bedarfen der Bundesländer umsetzen.

Für die Einrichtung und Finanzierung primärqualifizierender Studiengänge sind die Länder zuständig. Studiengänge der Therapiewissenschaften inklusive Forschung sind in ein breites Fächerspektrum einzubetten und sollten deshalb hauptsächlich an staatlichen Hochschulen eingerichtet werden (Wissenschaftsrat 2012: 9; Hochschulrektorenkonferenz 2017: 8).

Für Lehrkräfte und praktisch tätige Therapeut:innen sind geeignete Übergangsregelungen zu definieren. Denkbar wären hier beispielsweise eine verkürzte akademische Nachqualifikation wie in der Schweiz oder eine Anerkennung von Ausbildung und Berufserfahrung als hochschulisch äquivalent wie in Österreich. Entscheidend sind eine gesetzliche Einleitung und Begleitung. Dabei können Erfolge wie beispielsweise in Österreich, wo die Umstellung in den letzten zwölf Jahren gelungen ist und positiv bewertet wird (Mériaux-Kratochvila 2021), für den Prozess der Vereinheitlichung der Ausbildung auf akademischem Niveau als Vorbild dienen.

Vorteile einer Vollakademisierung für Patient:innen

Für Patient:innen und Arbeitgeber:innen ist die derzeit bestehende Vielzahl an Ausbildungsmöglichkeiten und resultierender Kompetenzen intransparent und die Wahl geeigneter Therapeut:innen erschwert. Bei Vollakademisierung hätten alle Therapeut:innen vergleichbare und darüber hinaus erweiterte Kompetenzen. Durch die resultierende höhere Therapiequalität könnten Teilhabe und Lebensqualität von Patient:innen stärker gefördert werden.

Akademisch ausgebildete Therapeut:innen sind besser in der Lage, der gestiegenen Komplexität der Versorgung gerecht zu werden. So werden professionelle Kommunikation und Interaktion mit Patient:innen, aber auch in disziplinären und interdisziplinären Teams gefördert. Eine angemessene Kommunikation mit Patient:innen ist Voraussetzung für die Erfüllung der Bedarfe an Beratung, Edukation sowie gemeinsamer Entscheidungsfindung für die Versorgung und steigert die Adhärenz (Zolnieriek und Dimatteo 2009) sowie die Zufriedenheit mit der Qualität der Versorgung (Nørgaard et al. 2012). Therapeut:innen müssen in der Lage sein, den aktuellen Wissensstand zu erläutern und gemeinsam mit den Patient:innen, aber auch mit allen an der Versorgung Beteiligten, strukturierte Entscheidungsprozesse zu fördern. Absolvent:innen von Studiengängen erleben sich in der interprofessionellen Zusammenarbeit als besonders handlungssicher (Dieterich et al. 2019: 213) und 93 Prozent befragter Arbeitgeber:innen nehmen diese Kompetenz als ausgeprägt (ebenda: 190), etwas mehr als die Hälfte als höher als bei Berufsfachschulabsolvent:innen wahr (ebenda: 141).

Durch die Basierung von Entscheidungsprozessen auf Evidenz, die eine Einschätzung ermöglicht, welche Therapie die höchste Effektivität und/oder Wirksamkeit hat, kann die geforderte Effizienz der Therapie (§ 12 SGB V) verbessert werden. 70 bis 91 Prozent befragter Arbeitgeber:innen bewerten Kompetenzen der Wissenschaftlichkeit, Prozesssteuerung und Qualitätssicherung bei Absolvent:innen von Modellstudiengängen in den Gesundheitsfachberufen höher als bei Absolvent:innen von Berufsfachschulen (ebenda: 141). So erwarten auch 14 von 15 befragten Universitätskliniken, dass durch hochschulische Qualifikation von Gesundheitsfachberufen evidenzbasiertes Arbeiten gefördert wird – dabei stimmen dieser Aussage 13 voll und eine eher zu – und ebenfalls

14 (10 stimmen voll, 4 eher zu), dass Qualität und Effektivität der Behandlungen sich verbessern (GWR 2022: 130). Auch die Evaluation der Modellstudiengänge ergab diese Kompetenz als erwarteten Mehrwert durch ein primärqualifizierendes Studium (DBD 2021). Um alle Patient:innen mit der gleichen Qualität therapeutischer Diagnostik und Behandlung sicher und nach aktuellem Wissenstand zu versorgen, müssen alle Therapeut:innen hochschulisch zu wissenschaftlich reflektierenden Praktiker:innen ausgebildet werden. Die Fähigkeit zur systematischen Reflexion versetzt Therapeut:innen dabei in die Lage, mit jeder Therapieeinheit den Therapieprozess und die gesamte Versorgungssituation zu verbessern.

Neben Kompetenzen der Evidenzbasierung und Kommunikation zeigen akademisch ausgebildete Therapeut:innen höhere Analyse- und Reflexionsfähigkeiten für das Clinical Reasoning (Dieterich et al. 2019: 192; GWR 2022: 130) und somit alle Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige und patientenzentrierte (Physio-)Therapie (Wjima et al. 2017). Patient:innen erhalten eine individuell gestaltete Versorgung, die bestmöglich wirksam, aber auch auf ihre Bedürfnisse und Präferenzen abgestimmt ist. Auf Basis fortlaufender Bewertungen der Patient:innensituation inklusive Prognose erfolgen entsprechende Anpassungen der Versorgung. Erfolgt dies im Direktzugang, ist eine schnellere und flexiblere Therapiegestaltung möglich. Wartezeiten auf Termine bei Ärzt:innen entfallen, diese werden entlastet und gewinnen somit Ressourcen, da Patient:innen bei festgelegten Problematiken Therapeut:innen ohne Verordnung aufsuchen können. Die im Rahmen der therapeutischen Versorgung gemeinsam getroffenen Entscheidungen können ohne Einschränkungen und Rücksprachen umgesetzt und jederzeit angepasst werden.

Absolvent:innen primärqualifizierender Studiengänge werden auf die Herausforderungen im Rahmen der Tätigkeit als reflektierende Praktiker:innen in der Versorgung von Patient:innen sehr gut vorbereitet. Sie fühlen sich handlungssicher (Dieterich et al. 2019: 189) und Arbeitgeber:innen sind zu 98 Prozent zufrieden mit ihrer Entscheidung, diese eingestellt zu haben. Neun von zehn befragten Arbeitgeber:innen sind der Auffassung, dass die Kompetenzen der Absolvent:innen den Anforderungen der Berufspraxis entsprechen (ebenda: 153) und beobachten auch bei der Durchführung von Maßnahmen

einen leichten Kompetenzvorsprung gegenüber Berufsfachschulabsolvent:innen (ebenda: 192). Universitätskliniken haben ein starkes Interesse an der Beschäftigung von akademisch ausgebildeten Gesundheitsfachkräften und 87 Prozent beschäftigen diese bereits (GWR 2022: 128).

Um für das deutsche Versorgungssystem nutzbare Evidenz langfristig her- und sicherzustellen, ist es notwendig, zumindest einen Teil der akademisierten Therapeut:innen in weiterführenden Studiengängen vertieft in disziplinären Forschungsmethoden auszubilden und wiederum einen Teil für Promotionen zu gewinnen. Nur Therapeut:innen wissen um die drängendsten Fragestellungen im Rahmen der Versorgung und können Patient:innen partizipativ in die Entwicklung zu bearbeitender Themen, aber auch die Gestaltung von Studien einbeziehen. Sie sind in der Lage, Studien angemessen unter Berücksichtigung der Erfordernisse und Herausforderungen der Evaluation von komplexen Verfahren wie der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie zu planen und umzusetzen. So können alte und neue Therapieformen und deren Wirkung angemessen evaluiert und somit unwirksame Interventionen aussortiert werden. Auf Basis neuer Erkenntnisse werden neue Therapie- und Diagnoseoptionen entwickelt und deren Implementierung wissenschaftlich begleitet. Die Anwendbarkeit und optimale Umsetzung unter den Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems werden systematisch untersucht und Potenziale, Akzeptanz, Anwendbarkeit aber auch Barrieren und Nachteile neuer Entwicklungen, wie beispielsweise der Digitalisierung von Diagnose-, Therapie- aber auch Dokumentationsverfahren, werden systematisch analysiert. In der Konsequenz profitieren Patient:innen von modernen und bestmöglichen Verfahren.

Neben der Sicherung der Versorgungsqualität kann die Akademisierung durch höhere Attraktivität der Berufe auch einen Beitrag zur Sicherung von deren Quantität leisten. Nur wenn ausreichend viele junge Menschen Therapieberufe ergreifen, ist es möglich, langfristig Patient:innen rechtzeitig und ausreichend zu versorgen. Bereits im Jahr 2018 betrug die Wartezeit auf einen Physiotherapietermin bei steigender Tendenz mindestens drei Wochen, auf einen Termin für Logopädie mussten Patient:innen in Hamburg im Jahr 2019 ein halbes Jahr warten (Thissen 2019), was keine adäquate

Versorgung zulässt. Die Zahl der Heilmittelverordnungen ist seit dem Jahr 2005 von 28,8 Millionen mit 247 Millionen Einheiten Therapie (Schröder und Waltersbacher 2006: 27) auf 37,5 Millionen mit 302 Millionen Einheiten im Jahr 2020 angestiegen und der Bedarf wird weiter zunehmen, da immer mehr ältere Menschen mehr Therapie benötigen (Waltersbacher 2022). Eine vollständige akademische Qualifikation und mehr Autonomie sind gute Möglichkeiten, Therapieberufe attraktiver zu machen. Therapeut:innen wünschen sich mehr Autonomie (Staeck 2018) und akademisch qualifizierte Therapeut:innen benötigen diese, um die erworbenen Kompetenzen hinsichtlich der Gestaltung von Therapieprozessen auch einsetzen zu können (Dieterich et al.: 195).

Fazit

Eine Vollakademisierung der Therapieberufe ist erforderlich, um auch in Zukunft eine adäquate Qualität und Quantität der Versorgung zu gewährleisten. Nur mit einer systematischen Erweiterung der Therapiewissenschaften kann auf die Herausforderungen der kommenden Jahre reagiert werden. Es bedarf Regelungen, wie die Kompetenzen der in Praxis und Lehre tätigen Therapeut:innen dem Gesundheitssystem erhalten bleiben können. Der Transformationsprozess, bis alle Therapeut:innen wissenschaftlich ausgebildet sind, wird noch lange nach einem Beschluss zu einer Vollakademisierung nicht abgeschlossen sein. Gerade deshalb sollte die Entscheidung für eine Vollakademisierung jetzt getroffen werden. Der internationale Anschluss an eine wissenschaftlich fundierte Therapie und optimale Versorgung von Patient:innen muss endlich hergestellt werden. Hochschulisch ausgebildete Therapeut:innen sind in der Lage, das verfügbare Wissen zum Wohle der Patient:innen zu rezipieren und anzuwenden sowie individualisiert und evidenzbasiert zu arbeiten, um eine hohe Therapiequalität zu gewährleisten.

Literatur

- Borgetto, B. (2020). Akademisierung der Therapieberufe – Aktuelle Entwicklungen. In: *Bewegung und Entwicklung* 43. S. 14–29.
- Borgetto, B. und A. Siegel (2009). *Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen Grundlagen des beruflichen Handelns* (unter Mitarbeit von Schiller, S., Reichel, K. und K. Scheel). Bern.
- Bourgeault, I. L., Kuhlmann, E., Neitermann, E. und S. Wrede (2008). Wie kann ein optimaler Qualifikationsmix effektiv verwirklicht werden – und warum? Grundsatzpapier WHO. Weltgesundheitsorganisation im Namen des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Online unter www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/76423/E93413G.pdf (Download am 25. Juli 2022).
- Bundesagentur für Arbeit 2021. Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse 2021, Nürnberg, Mai 2022.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung und der Kultusministerkonferenz (BMBF und KMK) (Hrsg.) (o.J.). DQR-Niveaus. Online unter www.dqr.de/dqr/de/der-dqr/dqr-niveaus/deutscher-qualifikationsrahmen-dqr-niveaus (Download am 25. Juli 2022).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2020). Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“. Online unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsberufe/Eckpunkte_Gesamtkonzept_Gesundheitsfachberufe.pdf (Download am 25. Juli 2022).
- Bündnis Therapieberufe an die Hochschule (2020). Stellungnahme zu den Eckpunkten „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ der Bund-Länder-Arbeitsgruppe. Online unter www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Stellungnahme_Buendnis_Therapieberufe_an_die_Hochschulen.pdf (Download am 25. Juli 2022).
- Craig, P. Dieppe, P. Macintyre, S. Michie, S. Nazareth, I. und M. Petticrew (2008). Developing and evaluating complex interventions. The new Medical Research Council guidance. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 337, a1655. doi: 10.1136/bmj.a1655.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2020). *Gesundheit Grunddaten der Krankenhäuser* Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Online unter [144](http://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-</p>
</div>
<div data-bbox=)

- Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611187004.pdf?__blob=publicationFile (Download am 25. Juli 2022).
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2022). Petition zur Vollakademisierung der Therapieberufe. Online unter www.degam.de/nachrichten-detail/petition-zur-vollakademisierung-der-therapieberufe (Download am 25. Juli 2022).
- Deutscher Bundestag Drucksache (DBD) (2021). 19/32710 – Unterrichtung durch die Bundesregierung. Zweiter Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Köln. Online unter <https://dserver.bundestag.de/btd/19/327/1932710.pdf> (Download am 25. Juli 2022)
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2019). Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. zum Gesamtkonzept zur Neuordnung und Stärkung der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe (Bund-Länder-Arbeitsgruppe). Online unter www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/pdf/stn-20190705-gesundheitsfachberufe.pdf (Download am 25. Juli 2022).
- Dieterich, S., Hoßfeld, R., Latteck, Ä. D., Bonato, M., Fuchs-Rechli, K., Helmbold, A., Große Schlarmann, J. und S. Heim (Hrsg.) (2019). Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS) – Abschlussbericht. Bochum 2019.
- Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats – GWR (2022). HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update Quantitative und qualitative Erhebungen der Situation in Studium, Lehre, Forschung und Versorgung (Studienbericht), Köln. doi: 10.57674/v8gx-db45.
- Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2020). Studenten in ausgewählten Studiengängen des Gesundheitswesens. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, Fachsemestergruppe, Studienfach/Studienbereich. Online unter www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowa-sys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=50774493&nummer=773&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=75825159 (Download am 25. Juli 2022).

- Hammer, S. und L. Hebel (2018). Warum Physiotherapeuten ihren Beruf verlassen. In: Pt-Zeitschrift für Physiotherapeuten 70. S. 18–22.
- Hiller, A., Spitzer, L. und B. Borgetto (2015). Ohne Umwege zur Logopädin? Direct Access in der Logopädie in Deutschland. In: Forum Logopädie 29 (6). S. 28–31.
- Hochschulrektorenkonferenz (2017). EntschlieÙung der 23. Mitgliederversammlung der HRK am 14. November 2017 in Potsdam Primärqualifizierende Studiengänge in Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaften. Online unter www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-01-Beschluesse/Entschliessung_Primaerqualifizierende_Studiengaenge_14112017.pdf (Download am 25. Juli 2022).
- Hochschulrektorenkonferenz (2021). Akademisierung der Gesundheitsberufe. Beschluss des HRK-Präsidiums vom 26. April 2021. Online unter www.hrk.de/positionen/beschluss/detail/akademisierung-der-gesundheitsberufe/ (Download am 25. Juli 2022).
- Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe und Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen (2018). Notwendigkeit und Umsetzung einer vollständig hochschulischen Ausbildung in den Therapieberufen (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie) – Strategiepapier. Online unter: www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Strategiepapier-2018_11_08.pdf (Download am 25. Juli 2022).
- Kälble, K. (2006). Gesundheitsberufe unter Modernisierungsdruck – Akademisierung, Professionalisierung und neue Entwicklungen durch Studienreform und Bologna-Prozess. In: J. Pundt (Hrsg.). Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern. S. 213–233.
- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD 19. Legislaturperiode (2018). Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Online unter www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/847984/5b8bc23590d4cb2892b31c987ad672b7/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf?download=1 (Download am 25. Juli 2022).
- Konrad, R., Konrad, A. und M. Geraedts (2017). Ausbildung von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Deutschland: Bereit für den Direktzugang? In: Gesundheitswesen 79 (7). e48–e55.

- Lehmann, Y., Beutner, K., Karge, K., Ayerle, G., Heinrich, S., Behrens, J. und M. Landenberger (2014). Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GesinE) Reihe Berufsbildungsforschung. Band 15. Bundesministerium für Bildung und Forschung Bonn und Berlin.
- Mériaux-Kratochvila, S. (2021). The academization of the health professions in Austria: facts and figures / Akademisierung der Gesundheitsberufe in Österreich: Zahlen und Fakten. In: International Journal of Health Professions 8 (1). S. 141–145. doi: 10.2478/ijhp-2021-0018.
- Nørgaard, B., Kofoed, P.-E., Ohm Kyvik, K. und J. Ammentorp (2012). Communication skills training for health care professionals improves the adult orthopaedic patient's experience of quality of care. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26 (4). S. 698–704. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00982.x.
- PhysioDeutschland (2022). Zahlen, Daten, Fakten zur Physiotherapie. Online unter www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Zahlen__Daten__Fakten/Zahlen_Daten_Fakten14.1.22.pdf (Download am 25. Juli 2022).
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 11, Reihe 2 Berufliche Schulen ohne die Länder Hessen und Bremen, die keine Daten erheben.
- Scharff Rethfeldt, W. und B. Heinzelmann (2014). United in Diversity – das Net-Ques-Projekt zur Logopädieausbildung in Europa – Europaweite Zusammenarbeit zur Vergleichbarkeit der Ausbildungsprogramme und der logopädischen Berufsqualifikation als Beitrag zur Implementierung des Bologna-Prozesses auf hochschul- und fachspezifischer Ebene. Forum Logopädie 28 (2). S. 28–33.
- Schneider, H., Ohlendorf, D. und A. Woisch (2020). DZHAW Brief 012020 Bildungsabsichten von studienberechtigten Auszubildenden zweieinhalb Jahre nach Erwerb der Hochschulreife. DZHW Hannover.
- Schröder, H. und A. Waltersbacher (2006). Heilmittelbericht 2011 Ergotherapie Sprachtherapie Physiotherapie Korrigierte Fassung. Online unter www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationsdatenbank/wido_hei_hmbericht2006_0107.pdf (Download am 25. Juli 2022).

- Staeck, F. (2018). Therapeuten wollen mehr Geld und mehr Autonomie (27. September 2018). Online unter www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/versorgungsfor-schung/article/972669/online-umfrage-therapeuten-wollen-geld-und-autono-mie.html (Download am 25. Juli 2022).
- Sottas, B. und S. Kissmann (2016). „Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten“ – Zur Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema. In: Müller-Mielitz, S., Sottas, B. und A. Schachtrupp (Hrsg.). Innovationen in der Gesundheitswirtschaft. Theorie und Praxis von Businesskonzepten – 10 Jahre B. Braun-Stiftung Mentoringprogramm. Melsungen. S.44–56.
- Thissen, S. (2019). Ein Kind benötigt eine Sprachtherapie. Wie hunderttausende andere Menschen in Deutschland. Helfen sollen Logopäden – die jedoch mit massiven Problemen zu kämpfen haben. Ein Ortsbesuch offenbart ein krankendes System. In: Stern. Online unter www.stern.de/gesundheit/logopaeden-am-limit-ein-be-such-in-einer-praxis-in-hamburg-8636950.html (Download am 25. Juli 2022).
- Voigt-Radloff, S., Stemmer, R., Behrens, J., Horbach, A., Ayerle, G. M., Schäfers, R., Binnig, M., Mattern, E., Heldmann, P., Wasner, M., Braun, C., Marotzki, U., Kraus, E., George, S., Müller, C., Corsten, S., Lauer, N., Schade, V. und S. Kempf (2013). Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den therapeutischen Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. 1. Auflage 2013. doi: 10.6094/UNIFR/2013/1.
- Waltersbacher, A. (2022). Heilmittelbericht 2021/2022 Ergotherapie Sprachtherapie Physiotherapie Podologie. Online unter www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_h_eihmb_2019.pdf (Download am 25. Juli 2022).
- Wich, M. und J. Rübiger (2016). Blankoverordnung oder Direktzugang – Die Patienten müssen die Gewinner sein. In: Physioscience 12 (04). S. 158–160.
- Wissenschaftsrat (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Online unter www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf (Download am 25. Juli 2022).
- Woisch, A., Mentges, H. und L. Schoger (2019). DZHAW Brief 052019 Bildungsintentionen und Informationsverhalten von Studienberechtigten des Abschlussjahrgangs 2018. Hannover, DZHW.

World Federation of Occupational Therapists (2022). WFOT Approved Education Programmes. Online unter www.wfot.org/programmes/education/wfot-approved-education-programmes (Download am 25. Juli 2022).

WorldPhysiotherapy (2022a). What is the minimum qualification required to practice? (Reference year 2021). Online unter <https://world.physio/membership/profession-profile> (Download am 25. Juli 2022).

WorldPhysiotherapy (2022b). Is direct access permitted? (Reference year 2021). Online unter <https://world.physio/membership/profession-profile> (Download am 25. Juli 2022).

Zolnieriek, K. B. H. und M. R. Dimatteo (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care*, 47 (8). S. 826–834. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.