



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Aus dem Institut für Gesundheitswissenschaften
Lehrbereich Physiotherapie
der Universität zu Lübeck
Leitung: Prof. Dr. Kerstin Lüdtké

Physiotherapie in Deutschland - eine theoretische und empirische Analyse

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck

- Aus der Sektion Medizin -

Vorgelegt von

Martina Stöckl geb. Hollnberger
aus Regensburg

Lübeck 2025

1. Berichterstatter*in: Prof. Dr. Kerstin Lüdtké
Ko-Betreuer*in: Prof. Dr. Christoff Zalpour
2. Berichterstatter*in: Prof. Dr. rer. medic. Katja Stahl

Tag der mündlichen Prüfung: 12.06.2025

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 17.06.2025

-Promotionskommission der Sektion Medizin-

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	9
1.1	Ausgangspunkt der Arbeit.....	9
1.2	Forschungsinteresse.....	12
1.3	Der Aufbau der Arbeit.....	14
2.	Hintergrund und Forschungsstand	16
2.1	Einblicke in nationale und internationale Tätigkeiten und Entwicklungen	16
2.1.1	Geschichtliche Gegebenheiten der Physiotherapie in Deutschland	16
2.1.2	Beschreibung der Physiotherapie aus internationaler Sicht	20
2.2	Institutionelle Einbettung der Physiotherapie in Deutschland	27
2.2.1	Der gemeinsame Bundesausschuss.....	27
2.2.2	Krankenkassen	28
2.2.3	Verbände	29
2.3	Gesetze und Richtlinien der Physiotherapie in Deutschland.....	29
2.3.1	Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG) sowie Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PhysTh-APrV).....	29
2.3.2	Heilpraktikergesetz (HeilprG)	30
2.3.3	Heilpraktikererlaubnis beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie	30
2.3.4	Sozialgesetzbuch (SGB) und Heilmittelrichtlinien (HeilM-RL).....	31
2.3.5	Berufsordnung und ethische Prinzipien.....	32
2.4	Ausbildung in der Physiotherapie in Deutschland.....	36
2.4.1	Berufsprofil der Physiotherapie nach Lehrplan.....	37
2.4.2	Bildung und Ausbildung des Lehrpersonals	38
2.4.3	Bildungslandschaft in der Physiotherapie in Deutschland.....	39
2.4.3.1	Berufliche Bildung in der Physiotherapie in Deutschland.....	39
2.4.3.2	Akademisierung	39
2.4.3.3	Zertifikatsposition.....	41
2.4.3.4	Fazit.....	43
2.5	Wissenschaftliche Disziplinbildung der Physiotherapie in Deutschland.....	46
2.6	Theorien und Modelle der Physiotherapie	50
2.7	Modellentwurf mit Theoriebegründung.....	56
2.7.1	Modellentwurf.....	56
2.7.2	Beschreibung des Modells der physiotherapeutischen Realität (MPTR)	58
3.	Forschungslücken und Forschungsfragen	61
3.1	Forschungslücken	61
3.2	Forschungsfragen.....	64

4.	Methodische Herangehensweise	65
4.1	Entwicklung des Surveys.....	65
4.1.1	Betitelung und Kurzfassung.....	65
4.1.2	Einführung, Grundlegendes und Begrifflichkeiten	65
4.1.3	Ziel	67
4.1.4	Methodischer Zugang und Studiendesign	67
4.1.5	Stichprobe.....	69
4.1.6	Ethische Unbedenklichkeit.....	69
4.1.7	Statistische Analyse.....	70
4.1.8	Datenauswertung und verwendete Software.....	70
4.1.9	Missing data	70
4.1.10	Antwortverzerrungen	70
4.1.11	Gewichtung.....	70
4.1.12	Ergebnisse, Diskussion und Interpretation.....	70
4.2	Entwicklung der Experteninterviews.....	71
4.2.1	Domäne 1: Forschungsteam und kritische Reflexion	71
4.2.1.1	Interviewende Person	71
4.2.1.2	Vorinformationen zu den Expert*innen.....	71
4.2.1.3	Geschlecht	71
4.2.1.4	Vorbildung der interviewenden Person	71
4.2.1.5	Verbindungen.....	71
4.2.1.6	Bekanntgabe von Informationen über die interviewende Person	71
4.2.1.7	Schwerpunkte der interviewenden Person	72
4.2.1.8	Gesprächseinstieg und Verlauf	72
4.2.2	Domäne 2: Studiendesign.....	73
4.2.2.1	Methodischer Zugang	73
4.2.2.2	Stichprobe	74
4.2.2.3	Vorgehensweise	74
4.2.2.4	Datenverwaltung	78
4.2.2.5	Wiederholungen.....	78
4.2.2.6	Datensättigung.....	78
4.2.2.7	Aufnahme, Transkription und Notizen	78
4.2.2.8	Dauer	79
4.2.3	Domäne 3: Datenanalyse und Erkenntnisse	79
4.2.3.1	Beschreibung der Kodiervorgänge und der Kategorienbildung.....	79
4.2.3.2	Software	79

4.2.3.3	Anonymisierung.....	80
4.2.3.4	Widersprüchlichkeiten	80
4.2.3.5	Ergebnisse und Zufallsentdeckungen.....	80
5.	Beschreibung der Datenauswertung	81
5.1	Datenauswertung des Surveys (Online-Fragebögen).....	81
5.1.1	Auswertung der geschlossenen Fragen.....	81
5.1.2	Auswertung der offenen Frage zur Profession	81
5.2	Datenauswertung der Experteninterviews anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz.....	82
5.2.1	Kategorienbildung und Kodierungsprozess	83
5.2.2	Durchführung der strukturierenden Inhaltsanalyse	83
5.2.3	Vorstellung des Kodierleitfadens	86
5.2.3.1	Ebene der Innovation und des Fortschritts	86
5.2.3.2	Ebene der Institutionen und Politik.....	87
5.2.3.3	Ebene der Bildung und Lehre.....	87
5.2.3.4	Ebene der beruflichen Realität.....	88
5.2.4	Darstellung der Ergebnisse.....	88
5.3	Triangulation.....	89
6.	Ergebnisse.....	90
6.1	Ergebnisse des Surveys zur Übereinstimmung von gelehrten Tätigkeiten der Ausbildung mit der beruflichen Realität.....	90
6.1.1	Schriftliche Befunderhebung.....	92
6.1.2	Schriftlicher Behandlungsplan	93
6.1.3	Schriftliche Behandlungsdokumentation	94
6.1.4	Schriftliche Evaluation.....	95
6.1.5	Schriftlicher Abschlussbefund	96
6.1.6	Schulung und Beratung	97
6.1.7	Gegenüberstellung von Berufsprofil und Berufsordnung mit der beruflichen Realität	98
6.2	Ergebnisse des Surveys zur Bedeutung der Physiotherapie als Profession	99
6.2.1	Deduktive Kategorien	99
6.2.1.1	Berufsorganisation und Disziplinargewalt	100
6.2.1.2	Sozialprestige	100
6.2.1.2.1	Materielle Sicherheit.....	100
6.2.1.2.2	Ansehen, Anerkennung, Wertschätzung.....	100
6.2.1.2.3	Beruflicher Aufstieg.....	101
6.2.1.3	Autonomie.....	101

6.2.1.4	Expertenschaft.....	102
6.2.1.4.1	Verwissenschaftlichung.....	102
6.2.1.4.2	Studiengänge.....	102
6.2.1.4.3	Standard	102
6.2.1.4.4	Spezialisierung der Berufsposition	103
6.2.1.4.5	Kompetenzmonopol	103
6.2.1.5	Berufsethos.....	103
6.2.2	Induktive Kategorien.....	103
6.2.2.1	Keine Profession	104
6.2.2.2	Ein eigenes Gebiet	104
6.2.2.3	Ausbildung und Fortbildung.....	105
6.2.2.4	Optimale Patientenversorgung.....	105
6.2.2.5	Weiterentwicklung des Berufes	106
6.2.2.6	Weitere Antworten (44 Nennungen).....	106
6.2.3	Kategorien mit geringer und hoher Nennung.....	107
6.3	Ergebnisse aus den geführten Interviews zur Darstellung der physiotherapeutischen Realität	108
6.3.1	Darstellung der Ebene der Innovation und des Fortschritts	110
6.3.1.1	Profession.....	110
6.3.1.2	Forschung.....	112
6.3.1.2.1	Umsetzung und Notwendigkeit der Forschung.....	112
6.3.1.2.1.1	Umsetzung der Forschung in der Praxis	113
6.3.1.2.1.2	Umsetzung der Forschung an Institutionen	114
6.3.1.2.2	Einführung der Physiotherapie an Universitäten	114
6.3.2	Darstellung der Ebene der Institutionen und Politik.....	115
6.3.2.1	Krankenkassen	115
6.3.2.1.1	Bezahlung, Dokumentation und Qualifikation.....	115
6.3.2.1.2	Kassenleistung und Selbstzahler	116
6.3.2.2	Verbände.....	117
6.3.2.3	Politik	117
6.3.2.3.1	Realisierung.....	117
6.3.2.3.1.1	Einrichtung von Forschung.....	118
6.3.2.3.1.2	Nachverhandlungen	118
6.3.2.3.1.3	Veränderung der Gesetze	119
6.3.2.3.2	Hindernisse	119
6.3.3	Darstellung der Ebene der Bildung und Lehre	122

6.3.3.1	Fortbildung.....	122
6.3.3.1.1	Realisierung.....	122
6.3.3.1.2	Hindernisse.....	123
6.3.3.1.2.1	Wissenschaftliche Belegbarkeit nicht gegeben.....	123
6.3.3.1.2.2	Zertifikatsfortbildungen.....	124
6.3.3.2	Akademisierte Ausbildung.....	124
6.3.3.2.1	Realisierung.....	124
6.3.3.2.2	Contra.....	126
6.3.3.2.3	Pro.....	126
6.3.3.3	Darstellung der beruflichen Bildung.....	127
6.3.4	Darstellung der Ebene der beruflichen Realität.....	128
6.3.4.1	Hindernisse.....	128
6.3.4.1.1	Feste Vorstellungen.....	128
6.3.4.1.2	Angst vor weiterer Degradierung.....	129
6.3.4.1.3	Verdienststagnation.....	130
6.3.4.1.4	Keine Aufstiegsmöglichkeit.....	130
6.3.4.2	Realisierung.....	131
6.3.4.2.1	Abschaffung kontroverser Situationen.....	131
6.3.4.2.2	Berufsalltag.....	132
6.4	Validierung des Modells.....	133
7.	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse.....	141
7.1	Die Physiotherapie anhand des Pyramidenmodells.....	141
7.2	Die Passgenauigkeit zwischen Ausbildung und beruflicher Realität basierend auf den Ergebnissen der Online-Fragebögen.....	144
7.3	Die Physiotherapie als Profession basierend auf den Ergebnissen der Online-Fragebögen.....	148
7.4	Die physiotherapeutische Realität basierend auf den Ergebnissen der Experteninterviews.....	149
7.4.1	Ebene der Innovation und des Fortschritts.....	149
7.4.2	Ebene der Institutionen.....	151
7.4.3	Ebene der Bildung.....	154
7.4.3.1	Fortbildungen.....	155
7.4.3.2	Akademisierung und berufliche Bildung.....	156
7.4.4	Ebene der beruflichen Realität der beruflich und akademisch gebildeten Physiotherapeut*innen.....	158
7.5	Triangulation der Ergebnisse verschiedener Methoden mit Interpretation....	160

7.5.1	Übereinstimmung von gelehrten Tätigkeiten der Ausbildung mit der beruflichen Realität auf Datenbasis des Online-Fragebogens mit Ergänzung der Experteninterviews.....	160
7.5.2	Bedeutung der Profession auf Datenbasis des Online-Fragebogens mit Ergänzung der Experteninterviews	164
7.6	Schlussfolgerungen	166
8.	Ausblick.....	169
9.	Zusammenfassung	172
10.	Abkürzungsverzeichnis.....	173
11.	Abbildungsverzeichnis	175
12.	Tabellenverzeichnis	177
13.	Literaturverzeichnis	178
Anhang A	Survey (Online-Fragebogen)	190
Anhang B	Codierung Teilnehmende mit Ausbildungsorten.....	193
Anhang C	Interviewleitfaden	197
Anhang D	Zufällige Erkenntnisse	198
Anhang E	Ethikvotum.....	200
Anhang F	Danksagung.....	202
Anhang G	Lebenslauf.....	203

1. Einleitung

1.1 Ausgangspunkt der Arbeit

Ein Blick auf die Physiotherapie in Deutschland lässt schnell erkennen, dass auch dieser Bereich des Gesundheitswesens vor bedeutenden und vielschichtigen Herausforderungen steht. Beispielsweise ist der Fachkräftemangel seit längerem in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens angekommen (Bundesagentur für Arbeit 2018, S.1-18). Der Gesamtwert der Engpassindikatoren für Physiotherapie erreichte im Jahr 2021 den Wert 2,6 und im Jahr 2023 sogar den Wert 2,7 von einem Höchstwert von 3 (Bundesagentur für Arbeit 2021, S.5; Bundesagentur für Arbeit 2023, S.15, S.19). Beschrieben wird dies in der aktuellen Fachkräfteengpassanalyse (veröffentlicht im Juni 2024) folgendermaßen: „Im Jahr 2023 gab es kein einziges Bundesland, in dem kein Engpass zu sehen war. Vielmehr scheint dieser überall sogar besonders stark ausgeprägt zu sein, [...]“ (ebd., S.19). Zusätzlich verschärft der demografische Wandel in Deutschland die vorliegende Situation. Durch die Verlängerung der Lebensdauer, den Geburtenrückgang und die veränderte Alters- und Bevölkerungsstruktur steigt auch die Komplexität des Versorgungsauftrages in der Physiotherapie (El-Seoud 2023, S.1-3). Daraus resultiert ein großer Druck auf die Personalsituation in der Physiotherapie, wobei das statistisch höhere Lebensalter mit einer zunehmenden Anzahl an Krankheiten verbunden ist (Wissenschaftsrat 2012, S.14–16; Giger 2015, S.31; Statistisches Bundesamt 2020).

Um der beschriebenen Lage entgegenzuwirken, erscheint es unverzichtbar, bisher unerschlossenes und ungenutztes Potenzial der Physiotherapie auszuschöpfen. Eines der zentralen Bestreben der Physiotherapie ist es, die Mobilität des Individuums zu entwickeln, zu erhalten und im größtmöglichen Umfang wiederherzustellen (World Physiotherapy 2019, S.1). Je kürzer die Immobilität eines Menschen andauert, desto geringer ist die Belastung für das Individuum und umso mehr Entlastung folgt für alle Beteiligten des Gesundheitssystems (Erhart 2020, S.140–149; Höppner 2020, S.6). Es hat sich gezeigt, dass die Physiotherapie – frühzeitig angewendet – nebenwirkungsreiche und riskante medizinische Weiterbehandlungen abzuwenden vermag (Daker-White et. al. 1999; Ojha et al. 2014; Department of health 2008).

Aktuell ist es in der Physiotherapie in Deutschland so, dass ein Arzt oder eine Ärztin die Diagnose stellen muss. Rechtlich gesehen darf erst nach diesem erfolgten Schritt die physiotherapeutische Behandlung gegen die Beschwerden der Patient*innen beginnen. Die juristische Grundlage dafür reicht bis ins Jahr 1939 zurück, als das Heilpraktikergesetz niedergeschrieben wurde (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1939; Westerholt 2004, S.109–110). In der Konsequenz ist ein *Direct Access* (DA) von staatlich anerkannten Physiotherapeut*innen ohne zusätzliche *sektorale Heilpraktikerausbildung* ausgeschlossen.

Um die Situation zu verdeutlichen, soll ein Beispiel aus der Praxis angeführt werden. Kommen Patient*innen mit Rückenschmerzen in eine Physiotherapie-Praxis, müssen diese erst für eine Diagnosestellung und ein Rezept zu einem Arzt oder einer Ärztin. Letztgenannte(r) entscheidet bisher nach § 125 SGB V über die Anzahl und über die Art der physiotherapeutischen Maßnahmen. Erst im Anschluss darf der Patient mit seinen Beschwerden physiotherapeutisch behandelt werden. Zukünftig soll durch den § 125a SGB V Abhilfe geschaffen werden, der eine Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (Blankoverordnung) beinhaltet (GKV-Spitzenverband 2024, S.2). Dies bedeutet eine Vergrößerung der Einflussnahme der Physiotherapie „[...] über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten [...]“ (§ 125a SGB V (1) und kann als ein weiterer Schritt auf dem Weg zu mehr Autonomie gesehen werden.

Auf internationaler Ebene konnten zudem Vorteile eines Direktzuges, also einer höheren Stufe der Autonomie in der Physiotherapie, wissenschaftlich aufgezeigt werden. Beispielsweise hat dieser positive Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit und den Behandlungserfolg (Daker-White et. al 1999; Ojha et al. 2014) und führt zudem zu einer Reduktion der Verabreichung von Medikamenten im Vergleich zu Kontrollregionen (Department of health 2008). In einigen Ländern wird dieser Direktzugang deshalb längst umgesetzt. Beispiele dafür sind Australien seit dem Jahr 1976, Neuseeland seit dem Jahr 1992, Finnland seit dem Jahr 2005, die Niederlande ebenso wie England seit dem Jahr 2006 (Weeber 2017, S.5–15). Heute ist sogar in den *Vereinigten Staaten von Amerika* der vollständige Direktzugang erlaubt, wobei einzelne Bundesstaaten individuelle Vorgaben haben (APTA 2022). Daher stellt sich die Frage, wie sich die Besonderheiten der Physiotherapie in Deutschland erklären lassen.

Zum einen resultieren viele dieser Herausforderungen der Physiotherapie in Deutschland aus der historischen Entwicklung (Hüter-Becker und Dölken 2004, S.5–32; Schiller 2020). Diese gibt eine ärztliche Bevormundung zwischen Abhängigkeit und väterlicher Fürsorge der beiden Berufsstände zu erkennen, welche in Ansätzen bis heute besteht (Hüter-Becker 2004, S.5-32). Ebenso sind Auswirkungen bis in den Bereich der traditionellen beruflichen Bildung und relativ jungen Akademisierung zu beobachten. Bis zum Jahr 2009 wurde in der Physiotherapie deutschlandweit einheitlich beruflich ausgebildet. Anschließend ermöglichte die Einführung der Modellklausel erstmals das Studium in diesem Bereich (Deutscher Bundestag 2009, S.3159). Diese erlaubte in einem Modellversuch, die zusätzliche Erprobung der Qualifikation von Physiotherapeut*innen an Hochschulen begrenzt bis Ende des Jahres 2024 und soll ab dem Jahr 2025 ins Pflegestudiumstärkungsgesetz münden (Deutscher Bundestag 2021, S.48; Bundesrat 2021, Physio Deutschland 2024). Im Gegensatz dazu wurde in anderen Ländern, wie den *Vereinigten Staaten von Amerika*, Australien oder England, der Bildungsweg der Physiotherapie frühzeitig so aufgebaut, dass eine Promotion ganz selbstverständlich möglich war (Beyerlein 2004; Austrup und Hoffmann-Kruse 2019; Kammel 2005; Sahm 2004).

Zum anderen ist die Einordnung der Physiotherapie in einen tragfähigen, ganzheitlichen, wissenschaftstheoretischen Rahmen noch wenig erfolgt. Jedoch ist dieser gerade für die wissenschaftliche Verortung der Physiotherapie in Deutschland von besonderer Bedeutung (Richter 2016, S.10). Für die theoretische Fundierung der Physiotherapie liegen hingegen einige Zugänge vor, welche diese vor allem aus einem speziellen Blickwinkel heraus beschreiben, worauf in Kapitel 2.6 näher eingegangen wird. Eine vertiefende Auseinandersetzung mit der Definition ihrer Gegenstände, der Gesamtheit und dem Zusammenhang ihrer Phänomene bleibt nach Cott et al. (1995), Hüter-Becker (1997), Noronen und Wikström-Grotell (1999), Klemme et al. (2007), und Richter et al. (2019) nach wie vor ein bestehendes Thema. Auf dieser Ausgangssituation gründet ein Teil des Forschungsinteresses, welches im nächsten Kapitel offengelegt wird.

1.2 Forschungsinteresse

Die vorliegende Forschungsarbeit analysiert den aktuellen Stand der Physiotherapie in Deutschland aus theoretischer und empirischer Perspektive vor dem Hintergrund des historisch gewachsenen Status quo (siehe 2.1.1). Kapitel 2.1.2 gibt zudem einen Einblick in die Physiotherapie in anderen Ländern, wie Australien, Norwegen, die Vereinigten Staaten von Amerika und England (World Physiotherapy 2019, S.1-5, Weeber 2017, S.72-73; Australian Physiotherapy Association 2011, S.5; Kamps 2012, S.242-246; Lehne 2014, S.441-446; Beyerlein 2004, S.8-9; Nast et al. 2018, S.90–92). Dabei zeigen sich Differenzen zum Standort Deutschland (Galert 2016, S.52-53, S.98-99, S.105-106, S.126-127; Dielmann 2015, S.236-237, Bundesrat 2021; Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1994a, b; Verband der Ersatzkassen 2021, S.1-8; Bundesministerium für Gesundheit 2020a, S.17; Berufsordnung 2019; Ethische Prinzipien WCPT 2015, S.3; World Physiotherapy 2022, S.2). Diese beziehen sich sowohl auf die Physiotherapie in der praktischen Anwendung, auf die Ausbildungswege, aber auch auf die Einbindung in wissenschaftliche Institutionen und beeinflussen ebenso die interprofessionelle Zusammenarbeit und das physiotherapeutische Selbstverständnis aller beteiligten Akteure (World Physiotherapy 2019, S.1-5, Australian Physiotherapy Association 2011, S.5, Ojha et al. 2014, S.14-3; Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1994b). Ein Augenmerk soll sich dabei auf die aufzeigenden Potenziale der Physiotherapie in Deutschland richten, die es auszuschöpfen gilt. Gemeint ist damit nicht eine Maximierung der Arbeitsleistung einzelner Therapeuten, sondern die Bereitstellung von wissenschaftlichen Erkenntnissen, die zur Entwicklung der Physiotherapie in ihrer Ganzheitlichkeit und als ihre eigene wissenschaftliche Disziplin beitragen können. Im Zentrum steht dabei ebenso der Mehrwert für die Gesellschaft durch den kompetenten Einsatz auf interprofessioneller Ebene. Die Umsetzung von sich aufzeigenden Kompetenzerweiterungen in der Physiotherapie könnten zudem zur Entlastung weiterer Gesundheitsberufe führen, wie etwa der Ärzteschaft, indem die Patient*innen beispielsweise auch zuerst und direkt bei akuten Beschwerden Physiotherapeut*innen aufsuchen dürften.

Ein erster theoretischer Zugang modelliert den Rahmen der Physiotherapie in Deutschland und zeigt daraus ableitbar einen Modellentwurf sowie erste Entwicklungsbedarfe auf, welche aus einer internationalen Gegenüberstellung beruflicher Spektren resultieren.

Empirische Analysen erfassen durch einen multiperspektivischen Forschungszugang einerseits die Physiotherapie aus der Sicht von 120 praktisch arbeitenden Physiotherapeut*innen. Zusätzlich ergänzen Experteninterviews den Datensatz und beleuchten diesen in ihrer Gesamtheit. Ziel der Forschung ist das Aufzeigen von unentdeckten bzw. bisher nicht erschlossenen Entwicklungspotenzialen der Physiotherapie in Deutschland.

Die Basis hierfür liefern Studien, welche in der Vergangenheit schon auf einige Potenzialdefizite hindeuteten. Die Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2014, S.115, S.121, S.194) hat beispielsweise ergeben, dass die Ausbildungsinhalte der Physiotherapie in Deutschland wenig mit der Berufspraxis übereinstimmen und fordert zu vertiefender Forschung auf. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich in Folge damit, inwiefern ausgewählte Inhalte des Berufsprofils, welche ebenso in der bundesweit gültigen Berufsordnung genannt werden (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2013, S.3–4; Berufsordnung 2019, S.3), im beruflichen Alltag Anwendung finden. Von Interesse sind ebenso die Gründe für das nicht Ausführen von Tätigkeiten, welche ebenso erhoben werden, um dennoch Rückschlüsse ziehen zu können. Zudem zeigt die Studie von Baeumer (2007, S.2-11), dass Physiotherapeut*innen wenig Vorstellung davon haben, was mit Professionalisierung gemeint ist. Eine Erhebung in der vorliegenden Arbeit zielt darauf ab, ob die Bedeutung des Begriffs der Physiotherapie als Profession inzwischen Einzug in die Physiotherapie in Deutschland gehalten hat. Dabei geht es darum ein Bild zu erhalten, welche Professionsvorstellung in der Gruppe der Befragten zugrunde liegt. Zudem zeigt die Studie von Rädiger und Blümke (2018; S.1-20), dass bei Physiotherapeut*innen, welche zu ihrer klassischen Berufserlaubnis einen zusätzlichen akademischen Abschluss erlangten, mehrheitlich (83 %) dasselbe Einsatzgebiet wie bei klassisch beruflich ausgebildeten Kollegen bestehen bleibt. Entsprechend zielt der letzte Teil der Erhebung der vorliegenden Arbeit darauf ab, möglichst viele Informationen über den Einsatzbereich der Physiotherapie, sowie über die Physiotherapie in ihrer Gesamtheit zu erfahren. Dafür werden sechs Experteninterviews durchgeführt und mit einer strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz 2014, Rädiger und Kuckartz 2018; Kuckartz 2019) ausgewertet. Am Ende soll sich zudem zeigen, ob das für die Auswertung verwendete Modell zur Beschreibung der Physiotherapie geeignet ist und diese in sich zu

integrieren vermag. Als weiteren Schritt mündet das Forschungsvorhaben in eine Triangulation der vorliegenden qualitativen und quantitativen Informationen, worauf eine Interpretation und Diskussion der in der Arbeit erhobenen Daten folgt. Daraus resultieren die Entwicklungsmöglichkeiten in der physiotherapeutischen Realität sowie der Ausblick auf eine weiterführende Forschung.

1.3 Der Aufbau der Arbeit

Der Einstieg in die vorliegende Arbeit erfolgt durch eine Beschreibung zentraler Problematiken des Gesundheitswesens in Kapitel 1. Dabei handelt es sich einerseits um den Fachkräftemangel (Bundesagentur für Arbeit 2023, S.15, S.19) und andererseits um den demografischen Wandel, welcher mit einer Multimorbidität der alternden Bevölkerung einhergeht. Die daraus resultierende Überlastung - einer steigenden Patientenzahl bei zeitgleichem Personalmangel - drängt bis in den Bereich der Physiotherapie (Wissenschaftsrat 2012, S.14–16; Giger 2015, S.31; Statistisches Bundesamt 2020). Eine Ausschöpfung schlummernder Potenziale und das Aufzeigen von Entwicklungsmöglichkeiten wird als zentraler Baustein für den dringend gebotenen Fortschritt auf diesem Gebiet gesehen. Kapitel 2 spannt den theoretischen Rahmen der Arbeit auf. Dieser liefert die für die Bearbeitung des Themas nötigen Fundierungen. Darin zeigt sich das historisch gewachsene Spannungsfeld der Physiotherapie in Deutschland (Hüter-Becker 2004, S.5-32), welches zudem einlädt, die Physiotherapie im internationalen Kontext zu verorten und die in anderen Ländern gegebenen Autonomien auszuloten (siehe Kapitel 2.1). Obwohl die vorliegende Arbeit die Physiotherapie in Deutschland fokussiert, bedarf es einer Einbettung in das nationale, institutionelle Umfeld (siehe Kapitel 2.2). Im anschließenden Kapitel 2.3 werden die relevanten nationalen Gesetze und Richtlinien dargestellt. Auffallend ist auch die im Gegensatz zu anderen Ländern heterogene Bildungslandschaft der Physiotherapie in Deutschland mit ihrer relativ jungen Akademisierung, welche in Kapitel 2.4 aufgezeigt wird. Diese hat durch ihre Vielseitigkeit ebenso Auswirkungen bis in die aktuelle Disziplinbildung der Physiotherapie in Deutschland (siehe Kapitel 2.5). Kapitel 2.6 zeigt die gängigen Modelle und Theorien der Physiotherapie auf, wovon eines in Kapitel 2.7 modifiziert wird. Im Zentrum von Kapitel 3 steht die in den Vordergrund rückende

Hauptforschungsfrage: *Wie gestalten sich die Entwicklungsmöglichkeiten der Physiotherapie am Beispiel von Deutschland?* Die Anlage des methodischen Vorgehens erfolgt in zwei Datensträngen, einerseits mit Online-Fragebogen (siehe Kapitel 4.1) und andererseits mit vertiefenden Experteninterviews (siehe Kapitel 4.2). Das methodische Vorgehen begründet sich in einem sequenziell vertiefenden Mixed-Methods-Design mit explorativem Zugang nach Kuckartz (Kuckartz 2014; Kuckartz 2018; Rädiker und Kuckartz 2019). Kapitel 5 gibt einen Einblick in die Datenauswertung. Der Ergebnisteil ist in Kapitel 6 enthalten. Die empirischen Ergebnisse zur Übereinstimmung der gelehrten Tätigkeiten mit der beruflichen Realität befinden sich in Kapitel 6.1 ebenso wie die Bedeutung der Physiotherapie als Profession für die befragten 120 Physiotherapeut*innen in Kapitel 6.2. Die Darstellung der in der vorliegenden Arbeit erhobenen Experteninterviews zur physiotherapeutischen Realität erfolgt in Kapitel 6.3. Im Anschluss daran folgt die Validierung des im Rahmen dieses Forschungsprojektes erstellten Modells der physiotherapeutischen Realität. Im Zentrum steht hierbei die Frage, ob dieses Modell eine möglichst präzise Abbildung der Physiotherapie in ihrer Gesamtheit leisten kann (siehe Kapitel 6.4). In Kapitel 7.1 kristallisiert sich das verwendete Modell als Modell einer dreidimensionalen Pyramide heraus, welches die verwendeten Eckpunkte der Physiotherapie in sich zu integrieren vermag und zudem eine starke Vernetzung erkennen lässt. Von Kapitel 7.2 bis Kapitel 7.4 folgt die Diskussion und Interpretation des gesamten Datenmaterials aus den quantitativen und qualitativen Erhebungen. Zusätzlich verdichtet die datenvertiefende Triangulation in Kapitel 7.5 Ergebnisse zu neuen Erkenntnissen. In Kapitel 7.5 zeigen die Schlussfolgerungen den Weg zur Freilegung unausgeschöpfter Potenziale im Bereich der Physiotherapie in Deutschland. Am Ende der Arbeit gibt Kapitel 7.6 einen Ausblick auf die nationalen und internationalen Potenziale der Physiotherapie und greift eine mögliche Übertragung des Modells auf weitere Berufsgruppen auf.

2. Hintergrund und Forschungsstand

2.1 Einblicke in nationale und internationale Tätigkeiten und Entwicklungen

Die in der Einleitung (siehe Kapitel 1.1) dargestellten aktuellen Herausforderungen des Berufes der Physiotherapie in Deutschland können einfacher nachvollzogen und reflektiert werden, wenn die vorangegangenen historischen Schritte bekannt sind. Es empfiehlt sich somit ein Blick auf die geschichtliche Entwicklung der Physiotherapie in Deutschland (siehe Kapitel 2.1.1), um die Gegenwart besser zu verstehen. Zudem soll dieses Kapitel eine Verortung der in Deutschland vorzufindenden Physiotherapie im internationalen Kontext vorbereiten. Eine Zusammenstellung der Autonomien (Handlungsbefugnisse) von Physiotherapeut*innen verschiedener Länder wie beispielsweise Australien, England, Norwegen und den Vereinigten Staaten von Amerika ist in Kapitel 2.1.2 vorgesehen.

2.1.1 Geschichtliche Gegebenheiten der Physiotherapie in Deutschland

Hüter-Becker (2004) widmet sich in einem eigenen Kapitel der Geschichte der Physiotherapie beginnend in der griechischen Antike. Zu dieser Zeit war es essenziell, die Gesundheit zum Erhalt der Kampfkraft zu fördern (ebd., S.5). Einen großen Zeitsprung später, im Mittelalter, schien der Zeitgeist für Krankengymnastik verloren. Der Körper stand weniger im Zentrum der Betrachtung. Heilkundliche Anwendungen waren für Ausübende gefährlich (Inquisition) und die Behandlungen wurden vor allem durch orthopädische Chirurgen mit einer dementsprechenden Versorgung passiver Hilfsmitteln wie Stützen und Stelzen ausgeführt (ebd., S.6). Erst während der Aufklärung nahm man körperliches Leid nicht mehr als Gott gegeben hin und die Medizin begann sich zu spezialisieren: Im Jahr 1780 kam es zur Eröffnung einer ersten orthopädischen Heilanstalt in Orbe im Kanton Waadt in der Schweiz (ebd. S.7). Ebenso entwickelte Johann Christoph Friedrich GutsMuths bei Gotha die pädagogische Gymnastik. Im Jahr 1798 gründete sich mit Franz Nachteggall in Kopenhagen eine Gesellschaft, die man als ersten Turnverein der Neuzeit betrachtete. Die beiden letztgenannten legten das Fundament für den Schweden Per Henrik Ling, der als *Vater der Krankengymnastik* gesehen wurde (ebd. S.8). Kurz gesagt wurde die von Per Henrik Ling gelehrte Heilgymnastik (Shaik und Shemjaz 2014, S.257) weit über die Grenzen Schwedens bekannt (Hüter-Becker 2004, S.9). Dr. Neumann startete den Versuch einer anerkannten Ausbildung in seinem *Berliner Kursaal für schwedische Heilgymnastik* Mitte des 19. Jahrhunderts. Jedoch war es derzeit noch nicht erlaubt, einen

staatlichen Lehrauftrag für Heilgymnastik zu erhalten. Die Leibesübungen waren deutlich von einem mechanistischen Weltbild geprägt. Bezeichnungen wie Bewegungsapparat und die Trennung von Körper und Seele waren Basis der naturwissenschaftlich-analytischen Medizin, welche sich typischerweise als Heilgymnastik zeigte (ebd., S.10). Zusätzlich integrierte der Vater der modernen Orthopädie Albert Hoffa die Massage in die Orthopädie und festigte die Trennung von Körper (Heilgymnastik) und Seele (Atem- und Bewegungstherapie) über mehrere Jahrzehnte hinweg. Er gründete im Jahr 1891 die Fachzeitschrift *Zeitschrift orthopädische Chirurgie einschließlich der Heilgymnastik und der Massage* (ebd., S.12). Im Jahr 1912 warnten die orthopädischen Ärzte davor, ihr eigenes Hilfspersonal auszubilden, da es sich derzeit bei der orthopädischen Heilgymnastik um eine spezialärztliche Tätigkeit handelte, welche diese selbst ausführten. Die Forschung in der Medizin begann gegen Ende des 19. Jahrhunderts. Im Zentrum standen die Naturwissenschaften mit einer befürwortenden Trennung von Körper und Seele sowie den dazu gehörenden Funktionsstörungen.

Hüter-Becker (2004, S.13) schrieb:

[...] Was sich in diesem naturwissenschaftlichen Dialog nicht darstellen und den statistisch abgesicherten Beweisen seiner Wirkung nicht beibringen konnte, weil Behandlungserfolge sich sehr oft der naturwissenschaftlichen Deutung entziehen, wurde als unseriöse Scharlatanerie disqualifiziert [...] (ebd., S.13).

Als ein Beispiel für die Ablehnung nannte sie die frühere Atmungs- und Bewegungstherapie. Im Gegensatz dazu war die Heilgymnastik in die Orthopädie integriert. Sie entwickelte sich an der starken Hand der Orthopäden fort und konnte in der Schulmedizin Akzeptanz finden. Auf diese Weise entstand die strikte Bindung an die ärztliche Verordnung und die endgültige Einordnung als medizinischer *Heilhilfsberuf*. Der Lohn war die Anerkennung der Krankengymnastik in der gesetzlichen Krankenversicherung als Heilmittel. Dies galt als grundlegende Existenzsicherung (ebd., S.13). Zudem war die institutionelle Einbettung an der Hand von Ärzteschaft und Krankenkassen bis heute geblieben (siehe Kapitel 2.2 und 2.3).

Mit der Gründung der privaten Lehranstalt in Kiel im Jahr 1899 erfolgte die staatliche Anerkennung (ebd., S.12). Im Jahr 1919 folgte die Eröffnung einer ersten staatlichen Schule für *Krankengymnastik* in Dresden. Jedoch konnte eine einheitliche Krankenbehandlung

entsprechend einem ganzheitlichen Bild nicht erreicht werden. Einige Behandlungsformen wie Gymnastik zur Entspannung, Wochenbettgymnastik, Atemgymnastik und Herzübungsbehandlungen wurden nur uneinheitlich gelehrt und eingesetzt. Gegen Ende der 1920er-Jahre begann die Krankengymnastik sich neben Orthopädie und Chirurgie auch anderen medizinischen Fachgebieten, beispielsweise der Neurologie, der Inneren Medizin und der Gynäkologie zu widmen (ebd., S.14). Seit dem Jahr 1935 sah der *badische Minister des Inneren* eine staatliche Prüfung für Krankengymnastik in der Krankheitslehre vor. Prüfungsfächer waren: Chirurgie, Orthopädie, Innere Medizin, Frauenheilkunde, funktionelle Anatomie, Krankengymnastik, Theorie der Gymnastik, Hygiene oder Leibesübungen, Gruppenbehandlung und eigene Körperübungen. Ab diesem Zeitpunkt wurde der Begriff *Krankengymnast* geschützt, jedoch nicht die Berufsausübung (ebd., S.15). Somit führte der Fachkräftemangel während des Zweiten Weltkriegs dazu, einzelne Tätigkeiten von nicht ausgebildetem Personal ausführen zu lassen und weniger komplexe Maßnahmen an Helfende zu delegieren. Die Nachkriegsjahre waren daher von Bemühungen gekennzeichnet, den Berufsstand zu konsolidieren, die Ausbildung zu vereinheitlichen und den Angehörigen des Berufsstandes ein gemeinsames berufliches Selbstverständnis zu vermitteln. Dieser Vorgang mündete im Jahr 1948 in die Gründung eines gesamtdeutschen Berufsverbandes aller drei westlichen Besatzungszonen (ebd., S.16).

Im Februar 1958 lud der Bundesausschuss für Fragen des Gesundheitswesens zu einer Anhörung zum *Entwurf eines Gesetzes über die Ausübung der Berufe des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters und des Krankengymnasten in Deutschland*. Im Kern ging es um die Vereinigung der drei im Gesetz genannten Berufe. Im Dezember 1958 trat dieses mit der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt I, Nr. 47 vom 25.12.1958 in Kraft. Damit verbunden entstand die dreijährige Ausbildung mit einem zweijährigen Lehrgang an einer festen Lehranstalt, ergänzt durch ein einjähriges Anerkennungspraktikum in einem Krankenhaus. Den Zugang erlaubte der mittlere Bildungsabschluss. Diese Gegebenheiten blieben bis zu der Novellierung im Jahr 1994, bei der das einjährige Anerkennungspraktikum in die insgesamt dreijährige Ausbildungszeit integriert wurde, beinahe unverändert (Hüter-Becker 2004, S.20–21). Erst im Jahr 2009 kam es zur Einführung einer Modellklausel im *Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten* durch den Deutschen Bundestag. Dadurch wurde die Erprobung von Studiengängen für die besagten Berufsgruppen

erlaubt. Diese Modellklausel war bis in das Jahr 2024 verlängert worden (Bundesrat 2021). Durch diese Entscheidung entstand eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Ausbildung der Physiotherapie in Deutschland. Im weiteren Verlauf ging Hüter-Becker (2004, S.24) auf die neuen Behandlungsmethoden ein, welche neue Begriffe mit sich brachten. Daraus resultierte ein eigenes Vokabular im Bereich der Physiotherapie. Am Ende der 1980er-Jahre waren Physiotherapeut*innen Autor*innen von Lehrbüchern und organisierten zudem ihre eigenen Kongresse (ebd., S.26–27).

Nach dieser Rückblende auf den geschichtlichen Hintergrund folgt der Blick auf den Ist-Zustand der Physiotherapie in Deutschland. Im *Lexikon der Physiotherapie* wird die Physiotherapie in Deutschland folgendermaßen beschrieben:

Physiotherapeuten sind nach absolvierter dreijähriger Berufsfachschul-ausbildung in den Bereichen Prävention, Kuration und Rehabilitation tätig. Zentraler Gegenstand der Physiotherapie ist Bewegung. Unter Anwendung spezifischer physiotherapeutischer Maßnahmen wird gemeinsam mit dem Klienten dessen Gesundheit gefördert, erhalten oder wiederhergestellt. Eine kurative oder rehabilitative Behandlung kann derzeit nur aufgrund einer ärztlichen Verordnung erfolgen; eine größere Handlungsautonomie wird angestrebt mit dem Ziel eines direkten Zugangs (Direct Access) des Klienten zum Physiotherapeuten [...] (Zalpour 2014, S.147–148).

Des Weiteren forderten die Kostenträger einen Effektivitätsnachweis, wobei es eigentlich um statistisch signifikante Nachweise geht. Um Hüter-Becker (2004) zu zitieren:

Die Physiotherapie – als Heilgymnastik von den nach Naturwissenschaftlichkeit strebenden Orthopäden um 1900 hoffähig gemacht – muss nun [...] belegen, dass sie erfolgreich ist (ebd. S.31–32).

Nicholls und Gibson (2022) ermutigten immer wieder, sich mit der Physiotherapie selbst und deren Entwicklung kritisch – im Sinne von hinterfragend – zu befassen, um Hintergründe auch von verschiedensten Blickrichtungen einzubeziehen (ebd., S.62–93; Nicholls und Gibson 2018). Diese gilt es zu prüfen und anzuerkennen, um weiteren Schritten zur Entwicklung der Physiotherapie den Weg zu bereiten. Aus europäischer Sicht versuchte die Studie des Bundesministeriums für Bildung und Forschung mit dem Titel *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GesinE)*, Erkenntnisse über die Physiotherapie offenzulegen. Doch diese zeigte auf, dass zum damaligen Zeitpunkt kaum Ergebnisse vorlagen, welche die Physiotherapie und den damit verbundenen Nutzen in der Praxis untersuchten (Bundesministerium für Bildung und

Forschung (BMBF) 2014, S.142). Heute erfordert es die Situation mehr denn je, dass die Physiotherapie als ihr eigenes Gebiet von eigenen Vertretern mit eigenen Forschungsmethoden wissenschaftlich begründet und weiterentwickelt werden sollte (Noronen und Wikström-Grotell, 1999; Klemme et al. 2019; Höppner und Richter 2018).

Um eine Verortung der Physiotherapie in Deutschland besser vornehmen zu können, folgt einerseits eine Einführung in den internationalen Stand der Physiotherapie im anschließenden Kapitel 2.1.2., andererseits benötigt es eine vertiefende Darstellung der Physiotherapie in Deutschland. Diese wird in den Kapiteln 2.2 Institutionelle Einbettung, 2.3 Gesetze und Richtlinien, 2.4 Ausbildung, 2.5 Wissenschaftliche Disziplin, 2.6 Theorien und Modelle der Physiotherapie und 2.7 Modellentwurf vorgenommen.

2.1.2 Beschreibung der Physiotherapie aus internationaler Sicht

Der Weltverband für Physiotherapie *World Physiotherapy* beschreibt die Physiotherapie aus einem *internationalen Blickwinkel* in seiner *description of physiotherapy* wie folgt:

Physical therapy is services provided by physical therapists to individuals and populations to develop, maintain and restore maximum movement and functional ability throughout the lifespan. The service is provided in circumstances where movement and function are threatened by ageing, injury, pain, diseases, disorders, conditions and/or environmental factors and with the understanding that functional movement is central to what it means to be healthy (World Physiotherapy 2019, S.1; World Physiotherapy 2023 S.1).

Um die soeben genannten Ziele der Physiotherapie umsetzen zu können, benötigt es aus der Sicht von *World Physiotherapy* bestimmte Maßnahmen. Dafür bedienen sich die Therapierenden fachspezifischen Wissens und Fähigkeiten, um das Bewegungsvermögen zu fördern sowie die vereinbarten Ziele zu erreichen. Therapierende befassen sich zusätzlich mit der Verbesserung der Lebensqualität und tragen zu deren Maximierung bei. Dies geschieht in der Prävention, Kuration und Rehabilitation. Dabei geht es immer um das physische, psychische, emotionale und soziale Wohlergehen. Physiotherapeut*innen sind dafür qualifiziert und werden benötigt, um eine umfassende Bewertung und Untersuchung von Patient*innen oder deren Bedürfnissen vorzunehmen. Sie sind zur Auswertung vorhergegangener Patientenuntersuchungen ausgebildet, um anschließend selbst zur klinischen Beurteilung beizutragen. Sie stellen Diagnosen, Prognosen und arbeiten einen Behandlungsplan aus. Sie beraten auf Basis der physiotherapeutischen Fachkompetenz und

überweisen selbst Patient*innen zum Facharzt oder einer Fachärztin. Therapierende entwerfen Übungsprogramme und führen diese durch. Sie schulen und behandeln Patient*innen und tragen mit kompetenten Empfehlungen zu deren Selbstmanagement bei. Die Evaluation der Ergebnisse jeder physiotherapeutischen Anwendung ist von zentraler Bedeutung. Generell gilt es eine gute Zusammenarbeit mit allen Akteuren und Zuständigen des Gesundheitswesens anzustreben. Das umfassende Wissen der Therapierenden über den Körper sowie Physio- und Pathologie des Bewegungsverhaltens sind von zentraler Bedeutung bei der Abstimmung von Diagnose und physiotherapeutischer Intervention (ebd., S.1). Der Bereich der physiotherapeutischen Tätigkeit beschränkt sich aus der Sicht von World Physiotherapy nicht nur auf die Arbeit mit Patient*innen, sondern dehnt sich ebenso auf die Bereiche Lehre und Forschung aus. Hinzu kommt das Gebiet der Entwicklung und Implementierung in der Gesundheitspolitik auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene. Physiotherapeut*innen sind aufgrund ihrer Qualifikation dazu befähigt im Erstkontakt, also ohne nötige Überweisung eines Arztes oder einer Ärztin zu arbeiten. Somit erhalten die Patient*innen einen direkten Zugang zur physiotherapeutischen Behandlung, ohne vorherigen Arztbesuch. Des Weiteren haben sich Therapierende an ihre eigenen ethischen Prinzipien zu halten, auf welche im Speziellen in Kapitel 2.3.5 eingegangen wird. Physiotherapeut*innen arbeiten autonom, jedoch genauso in interdisziplinären Teams. Es geht um den Einsatz von *evidence-based Practice* sowie die Autonomie, also den Freiheitsgrad in Bezug auf Tätigkeiten und eigener Forschung und Lehre (ebd., S.2–3). Dafür gibt Weeber (2017) einen guten Einblick in die internationalen Standpunkte. Sie listet alle westlichen Länder auf, die den Direktzugang ermöglicht haben und Mitglied beim WCPT (World Confederation for Physical Therapy) mittlerweile umbenannt in *World Physiotherapy* sind. Dazu gehören Australien seit dem Jahr 1976, die USA, beginnend mit dem ersten Bundesstaat im Jahr 1983, Neuseeland seit dem Jahr 1992, Schweden seit dem Jahr 2004, Finnland seit dem Jahr 2005, die Niederlande und England seit dem Jahr 2006 (Weeber 2017, S.5).

In Australien wird die Physiotherapie von der Australian Physiotherapy Association (APA) vertreten. Diese verlangt von ihren Mitgliedern die Orientierung an einem Standard, welcher professionelles und korrektes ethisches Verhalten in Bezug zur Therapie beinhaltet. Seit dem Jahr 2006 gelten die *Standards for Physiotherapy*. Diese beschreiben einen ganzheitlichen Ansatz für Prävention, Diagnostik und Therapie. Darin enthalten ist

auch die Vorgehensweise der Schritte von dem Erstkontakt bis hin zur ersten Behandlung (Australian Physiotherapy Association 2011, S.5). Ebenso geht es um einen standardisierten Arbeitsprozess sowie von der Berufsgruppe selbst definierten Rahmenbedingungen, welche intern einen hohen Grad an Freiheit zulassen. Die Therapieansätze sollen beispielsweise evidenzbasiert sein und den Clinical Reasoning Prozess durchlaufen haben. Es werden ausschließlich Therapiemethoden genutzt, deren Effektivität bewiesen wurde und welche exakt auf die Erkrankung der Patient*innen passen. Zudem arbeiten die Physiotherapeut*innen in Australien häufig in Forschungsgruppen zusammen (Weeber 2017, S.32).

Physiotherapeut*innen in Australien sind nach Abschluss eines Studienganges im Bereich Physiotherapie direkt berechtigt, als *First Contact Practitioner*, also mit Direct Access (DA) zu arbeiten. Somit dürfen diese Patient*innen ohne ärztliches Rezept aufnehmen. Teile ihrer Aufgabe ist das eigenständige Stellen und Auswerten von Diagnosen, das Behandeln selbst sowie auch das Beraten. Ebenfalls dürfen die Physiotherapeut*innen in Australien überweisen und Verordnungen für Therapiehilfsmittel zum Beispiel Bandagen und Orthesen stellen und den Patient*innen zu anderem Fachpersonal oder Dienstleistungen überweisen. Das Anfordern von bildgebenden Verfahren wie Röntgenbildern gehört zudem in deren Aufgabengebiet (ebd., S.33).

Um den Direktzugang zu erlangen, mussten in Australien einschränkende Gesetze überarbeitet werden. Erst durch die erfolgten Änderungen waren die Physiotherapeut*innen dazu berechtigt ihre Kompetenzen und Fähigkeiten auch an Patient*innen umzusetzen. Zusätzlich ermöglichte die Anpassung der Gesetze in Kombination mit den angepassten Kursen im Studium neue passende Tätigkeiten. Beispielsweise setzt sich die *Australian Physiotherapy Association* dafür ein, dass Physiotherapeut*innen zukünftig Medikamente verschreiben dürfen, nachdem der Kurs *Pharmakologie* im Physiotherapiestudium abgeschlossen wurde. Aus den Analysen von Weeber (2017) ist zu entnehmen, dass ein ethischer Kodex (ethische Standards) sowie die Akademisierung und die Anpassung der Gesetze die Voraussetzung zum *First Contact Practitioner* waren. Ferner muss ein Angebot der notwendigen Inhalte im Studium inkludiert sein (ebd., S.72–73).

Die Zusammenarbeit als Team im Gesundheitswesen in Norwegen ist regelmäßig und berufsübergreifend. Es wurde vielfach diskutiert, ob Patient*innen in Norwegen die Physiotherapeut*innen direkt kontaktieren dürfen, eben ohne Überweisung (Direktzugang). Zudem wurde diskutiert, ob Physiotherapeut*innen ihre Patient*innen für eine kurze Zeit bis zu zwei Wochen, krankschreiben dürfen. Die Physiotherapeut*innen in Norwegen haben unterschiedliche Ausbildungen. Wie vom Bolognaprozess vorgegeben, führt derzeit eine dreijährige Grundausbildung zum Bachelorabschluss. Die Reformen der letzten Jahre haben dazu geführt, dass vor allem ärztliche und physiotherapeutische Dienstleistungen mit einem Drittel der Kosten von Patient*innen selbst gedeckt werden müssen, wobei es dafür eine Höchstgrenze der Belastung gibt (Kamps 2012, S.242–246).

Lehne (2014) stellt die orthopädische Manualtherapie (OMT) als eine Sonderform in der norwegischen Physiotherapie vor. Diese Ausbildung berechtigt dazu, ohne ärztliche Verordnung tätig werden zu dürfen. Dies ist seit dem 1. Januar 2006 möglich. Orthopädische Manualtherapeut*innen (OMT) haben eine hohe Autonomie und dürfen selbst Überweisungen zu anderen Spezialist*innen veranlassen, etwa zu Radiolog*innen. Zudem stellen diese Krankschreibungen aus. Das bedeutet, dass Ärzt*innen und Physiotherapeut*innen im Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates gleichgestellt sind. Die Aufnahmebedingungen dafür sind ein abgeschlossener Bachelorabschluss in Physiotherapie mit zusätzlicher einjähriger praktischer Tätigkeit und Kenntnisse über Forschungsmethoden. Anschließend dürfen Therapierende das Masterstudium in manueller Therapie (OMT) antreten. In den 50er Jahren kam es zur Entwicklung der manuellen Therapie in Zusammenarbeit mit norwegischen Physiotherapeut*innen und englischen Ärzte*innen sowie Osteopath*innen. Sie systematisierten die Ausbildungen und entwickelten das Fachgebiet weiter. Die Rückvergütung von Ärzt*innen und Manualtherapeut*innen seitens der Krankenkasse ist gleich. Im Fokus stand eine schnellere Genesung der Patient*innen durch eine gezielte Versorgung, welche zu einer Kostensenkung führen sollte. Von Bedeutung war auch, welche Schritte unternommen werden mussten, um das Projekt erfolgreich umzusetzen. Zum einen wurden fachliche Richtlinien für den neuen Arbeitsalltag der Manualtherapeut*innen eingeführt. Zum anderen folgte eine Ausarbeitung der fachlichen Abgrenzung, der allgemeinen und speziellen Untersuchung. Überarbeitet wurde ebenso die Überweisung zum Krankenhaus, zu ärztlichen Spezialist*innen oder Physiotherapeut*in-

nen sowie zu Radiolog*innen. Das Ziel war der weitgehende Ausschluss fehlerhafter Diagnosen und Behandlungen. Wesentlich dabei war die Vorstellung, dass der selbstständige Direktzugang eher dem ärztlichen Handeln entsprechen sollte. Die Fokussierung auf Forschungsergebnisse und die starke Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen und Politik führten zum Erfolg der Reform (Lehne 2014, S.441–446).

In den USA können Physiotherapeut*innen ihr Studium mit dem Bachelor-Abschluss abschließen. Diesen Studiengang erweitern Universitäten derzeit um ein Masterstudium. Darum ist es zunehmend möglich, mit dem Master oder je nach Studiengang unmittelbar mit dem Doctor of Physical Therapy (DPT) abzuschließen. Das Ausbildungsniveau steigt ständig und wird unter anderem auf die Aktivitäten des einzigen amerikanischen Physiotherapieverbandes *American Physiotherapy Association (APTA)* zurückgeführt. Beyerlein (2004, S.8–9) nennt es einen Vorteil, dass die Physiotherapeut*innen in den USA in nur einem Berufsverband organisiert sind und somit an einem Strang ziehen. Seit dem Jahr 1985 wird der Direktzugang zu Physiotherapeut*innen von immer mehr Bundesstaaten befürwortet und hat sich mittlerweile in allen 50 Staaten durchgesetzt. Bei Eröffnung einer Praxis empfiehlt es sich jedoch weiterhin im jeweiligen Bundesstaat die individuellen Voraussetzungen zu erfragen (APTA 2022). Zukünftig ist es denkbar, dass sich Physiotherapeut*innen auch in den Organisationen der Medizin aktiv wiederfinden und ihren Berufsstand präsentieren (Beyerlein 2004, S.8–9). Kammel (2005, S.56-58) beschreibt zudem die Physiotherapie in den USA und spricht über den Beruf der Physiotherapie-Assistent*innen (PTA). Diese Ausbildung dauert an Universitäten oder Colleges zwei Jahre und unterscheidet sich von der Physiotherapie-Hilfskraft, welche nach der Behandlung desinfiziert, Behandlungsräume aufräumt und terminiert. Physiotherapeut*innen selbst diagnostizieren, befunden und entwickeln den Therapieplan, während die eigentliche Behandlung Assistent*innen ausführen.

Nast et al. (2018) beschreiben, dass die meisten Patient*innen in England über das staatliche Gesundheitssystem NHS versichert sind. Dieses vergütet die physiotherapeutische Leistung ohne ärztliche Zuweisung. Physiotherapeut*innen in England haben im Gegensatz zu den Tätigkeiten deutscher Physiotherapeut*innen folgende Aufgaben: Sie stellen die medizinische Diagnose und überweisen ihre Patient*innen an andere Personen im Gesundheitswesen. Des Weiteren dürfen diese mit spezieller Zusatzqualifikation Medikamente verschreiben (Nast et al. 2018, S.90–92).

Zur besseren Übersicht des internationalen beruflichen Spektrums wurde die Tabelle 2.1 auf der Basis dieses Kapitels erstellt. In Kapitel 2.4.3.4 wird diese um einen Vergleich mit dem beruflichen Spektrum in Deutschland ergänzt (siehe Tabelle 2.2 und Tabelle 2.3).

	Aufgabengebiete der Physiotherapie in anderen Ländern
Stellen von Diagnosen	AU, NO, USA, E
Anfertigen eines physiotherapeutischen Befundes	AU, NO, USA, E
Freie Auswahl an Maßnahmen	AU, NO, USA, E
Evaluation	AU, NO, USA, E
Dokumentation	AU, NO, USA, E
Verordnen von Hilfsmitteln	AU
Verordnung von Medikamenten	E
Veranlassen von Röntgenbildern	AU, NO
Veranlassung von Krankschreibungen	NO
Direktzugang (DA)	AU, NO, USA, E
Zusammenarbeit in Forschungsgruppen	AU

Tabelle 2.1: Berufliches Spektrum der Physiotherapie im Vergleich mit folgenden Ländern unter Verwendung der Kennzeichen: Australien (AU), England (E), Vereinigte Staaten von Amerika (USA), Norwegen (NO) mit OMT-Abschluss resultierend aus dem Kapitel 2.1.2

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass während Physiotherapeut*innen in Deutschland unabhängig von ihrer Qualifikation nur nach ärztlicher Anweisung arbeiten dürfen, es schon viele Länder gibt, in denen der direkte Patientenkontakt erlaubt ist (Nast et al. 2018; Weeber 2017; Beyerlein et al. 2011; Lehne 2014; Kammel 2005; Kamps 2012). Aus internationaler Sicht geht es in der Physiotherapie um die Herstellung eines physischen, emotionalen und sozialen Wohlergehens der Patient*innen in den drei verschiedenen Stadien Prävention, Kuration und Rehabilitation. Dabei dehnt sich der physiotherapeutische Bereich auch auf die Bereiche Lehre und Forschung sowie politische Anteilnahmen aus (World Physiotherapy 2019). Zudem gibt es Länder wie beispielsweise die USA, in denen ein Abschluss als Doktor der Physiotherapie (DPT) erlangt werden kann (Kammel 2005). In England ist zudem das verschreiben von Medikamenten möglich, wobei in Norwegen Manualtherapeut*innen (OMT) mit spezieller Ausbildung auch kurze Krankschreibungen (Lehne 2014) und - wie in Australien - bildgebende Verfahren veranlassen dürfen. Physiotherapeut*innen (OMT) sind somit dem Ärztestand im Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates gleichgestellt. Physiotherapeut*innen in Australien dürfen auch Hilfsmittel wie Bandagen verordnen. Es lässt sich feststellen, dass einem hohen Freiheitsgrad beruflicher Tätigkeiten der Physiotherapie eine Akademisierung mit anschließender Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen vorangegangen ist (Weeber 2017), welche zunehmend durch Richtlinien (Norwegen) oder Kodexbildung (Australien) abgelöst werden. International sind die gemeinsamen, ethischen Prinzipien für Physiotherapeut*innen längst niedergeschrieben worden (World Physiotherapy (2022), S.1–5). Auch die Physiotherapiestudierenden in Australien kommen ihrer ethischen Verpflichtung in den *Standards for Physiotherapy Practices* nach (Australian Physiotherapy Association 2011, S.5). Auch an der Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) sind sowohl im Studium der Physiotherapie auf Bachelor-, als auch auf Master-Ebene die klinische Ethik und die Forschungsethik schon wichtige Bestandteile der Lehre (Rausch 2016, S.133–134; Berufsordnung des Schweizer Physiotherapie Verbandes 2022).

Auf internationaler Ebene konnten Vorteile eines Direktzuges in der Physiotherapie, wissenschaftlich aufgezeigt werden. Beispielsweise hat der Direktzugang positive Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit sowie den Behandlungserfolg betreffend (Darker-White et. al 1999; Ojha et al. 2014, S.14-30) und führt zudem zu einer Reduktion der Verabreichung von Medikamenten im Vergleich zu Kontrollregionen (Department of

health 2008). Die Aufgabenverteilung der Physiotherapie betreffend, gibt es in den USA Physiotherapie-Helfer*innen, Physiotherapie-Assistent*innen, Physiotherapeut*innen wobei der Masterabschluss zunehmend durch einen *Doctor of Physiotherapy* (DPT) ersetzt wird. Dieser verfügt über einen arztähnlichen Status. Der Physiotherapeut-Assistent führt die eigentliche physiotherapeutische Behandlung durch, wie auch in Deutschland bekannt. Die Abschlüsse Master of Physiotherapy und Doctor of Physiotherapy können durch eine wissenschaftliche Promotion (PhD) erweitert werden (Beyerlein 2004; Kammer 2005).

In den nächsten Kapiteln sollen die aus dem historischen Kontext der Physiotherapie in Deutschland (Kapitel 2.1.1) entstandenen speziellen Gegebenheiten erklärt werden. Dazu gehört eine Übersicht der mit der Physiotherapie in Deutschland in Verbindung stehenden Institutionen und deren Einbettung (Kapitel 2.2) sowie die daraus resultierenden Richtlinien und gebräuchlichen Gesetze in Kapitel 2.3.

2.2 Institutionelle Einbettung der Physiotherapie in Deutschland

Der Weltverband der Physiotherapie World Physiotherapy weist darauf hin, dass die Ausübung der beruflichen Tätigkeit je nach Land von individuellen sozialen, ökonomischen, kulturellen und politischen Kontexten abhängig ist (World Physiotherapy 2019, S.2; World Physiotherapy 2023, S.2). Die durch die Geschichte bedingte Abhängigkeit der Physiotherapie in Deutschland von der Ärzteschaft konnte in Kapitel 2.1.1 aufgezeigt werden. Somit erweist sich eine knappe Beschreibung historisch gewachsener Institutionen als notwendig.

2.2.1 Der gemeinsame Bundesausschuss

Zu den Aufgaben der Politik gehören das Ausarbeiten und der Beschluss von gesetzlichen Rahmenbedingungen. In der deutschen Bundesregierung ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) für den Bereich der Gesundheitspolitik verantwortlich. Damit liegt in diesem Ressort die Zuständigkeit für die Ausarbeitung der entsprechenden Gesetzesvorhaben, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften (Bundesministerium für Gesundheit 2020a, S.17).

Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) setzt sich wie folgt zusammen: Die Trägerorganisationen schlagen drei unparteiische Mitglieder vor, die eine Zustimmung des Bundestages benötigen. Zusätzlich wird ein Mitglied zum Vorsitzenden berufen. Dieser leitet

die Plenumsitzungen. Dazu werden fünf Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) als Vertretung aller gesetzlichen Krankenkassen geladen und zwei Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Diese zeigen die Anliegen der niedergelassenen Ärzt*innen und **Psychotherapeut*innen** auf, welche mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen. Hinzu kommen zwei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und ein Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), welche ebenso mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2018, S.49–52). Fragestellungen unter dessen Zuständigkeit sind beispielsweise, ob und welche neuen Behandlungsmethoden in die Versorgung aufgenommen und wie diese finanziert werden (Bundesministerium für Gesundheit 2020a, S.19–20).

Es gibt auch einige Institutionen, die für die Erfassung übergeordneter, gesundheitlicher Aufgabenstellungen zuständig sind. Dazu gehören das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, das Paul-Ehrlich-Institut als Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, das Robert Koch-Institut und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Nicht zu vergessen sind die Bevollmächtigten der Bundesregierung für die Belange von Patientinnen und Patienten, der Pflege und die Beauftragten der Bundesregierung für Drogenfragen (Bundesministerium für Gesundheit 2020a, S.17).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Physiotherapie, Logopädie oder Ergotherapie keine eigene oder ständige Vertretung aufweisen können, sondern lediglich ein Anhörungsrecht haben (Borgetto und Siegel 2009, S.332).

2.2.2 Krankenkassen

Wie soeben beschrieben, verhandelt der G-BA mit der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) über Leistungen, welche für Patient*innen angeboten und abgerechnet werden dürfen. Die Physiotherapie ist jedoch im G-BA nicht vertreten, sondern hat lediglich ein Anhörungsrecht (Borgetto und Siegel 2009, S.332; Galert 2016, S.52-53). Jeder dort ausgehandelte Preis für die anzubietende Leistung ist im Heilmittelkatalog festgehalten und wurde zuvor mit den Verbänden ausgehandelt (Verband der Ersatzkassen 2021, S.1–8).

2.2.3 Verbände

Die berufspolitischen Interessen der deutschen Physiotherapeut*innen, Masseur*innen und medizinischen Bademeister*innen werden derzeit von zahlreichen und differenzierten Verbänden vertreten. Deren Hauptaufgabe besteht darin, die Kosten für die zu erbringenden Leistungen der Physiotherapie im Anschluss mit den Krankenkassen auszuhandeln. Dabei steht die Festlegung der Honorare für physiotherapeutische Behandlungen, welche nach Einigung im Heilmittelkatalog niedergeschrieben werden, im Vordergrund (Verband der Ersatzkassen 2021, S.1–8). Kommt es zu keiner Einigung, so wird ein unabhängiges Schiedsverfahren zur Einigungsfindung veranlasst. Zusätzlich bieten die Verbände ihren Mitgliedern Fortbildungen an, informieren diese und vertreten die Interessen der Physiotherapie öffentlich (Galert 2016, S.126-127).

Ebenso dürfen die mit den Institutionen in Verbindung stehenden Gesetze und Richtlinien der Physiotherapie in Deutschland nicht außer Acht gelassen werden. Eine Vorstellung erfolgt in Kapitel 2.3.

2.3 Gesetze und Richtlinien der Physiotherapie in Deutschland

Die Gesetze und Richtlinien bilden die Grundlage für die wesentlichen Rahmenbedingungen der Physiotherapie in Deutschland. Diese sollen im folgenden Kapitel kurz vorgestellt werden.

2.3.1 Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG) sowie Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PhysTh-APrV)

Seit dem Jahr 1958 gilt für das gesamte Bundesgebiet das *Gesetz über die Berufe des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters und des Krankengymnasten*. Eine Novellierung des *Masseur- und Physiotherapeutengesetzes* (MPhG) (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1994b) erfolgte im Jahr 1994. In diesem Jahr tritt auch die aktuell gültige *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung* (PhysTh-APrV) in Kraft (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1994a; Galert 2016, S.64). Der *Beruf der Physiotherapie* ist ein staatlich anerkannter Beruf und die *Berufsbezeichnung Physiotherapeut*, beziehungsweise *Physiotherapeutin*, ist gesetzlich geschützt. Diese Anerkennung wird nach erfolgreicher Ausbildung an einer Berufsfachschule erteilt. Das Ausbildungsziel wird in § 8 MPhG folgendermaßen benannt:

Die Ausbildung soll entsprechend der Aufgabenstellung des Berufs insbesondere dazu befähigen, durch Anwenden geeigneter Verfahren der Physiotherapie in Prävention, kurativer Medizin, Rehabilitation und im Kurwesen Hilfen zur Entwicklung, zum Erhalt oder zur Wiederherstellung aller Funktionen im somatischen und psychischen Bereich zu geben und bei nicht rückbildungsfähigen Körperbehinderungen Ersatzfunktionen zu schulen. (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1994b; Dielmann 2015, S.237).

2.3.2 Heilpraktikergesetz (HeilprG)

Die berufliche Tätigkeit von Physiotherapeut*innen entspricht der Beschreibung der Heilkunde des § 1 (2) HeilprG.

[...] Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen [...] (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1939).

Für diese soeben zitierte Tätigkeit bedarf es jedoch nach § 1 (1) HeilprG einer Erlaubnis (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1939). Eine staatlich anerkannte Ausbildung gilt nicht als Erlaubnis zur Ausübung dieser Heilkunde, auch nicht nach § 8 MPhG (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1994b). Somit dürfen in Deutschland physiotherapeutische Leistungen berufs- oder gewerbsmäßig nur erbracht werden, wenn ein zugelassener Arzt oder eine zugelassene Ärztin diese Form der Heilbehandlung erlaubt oder verordnet (Westerholt 2004, S.109–110). Patient*innen müssen vor dem Besuch der Physiotherapeut*innen einen Arzt oder eine Ärztin konsultieren. Die Bestimmung der Diagnose, Leitsymptomatik und Therapieziel ist ebenso nur durch einen Arzt oder Ärztin zulässig. Erst nachdem der Arzt oder Ärztin diese wesentlichen Schritte für die Physiotherapeut*innen erledigt hat, dürfen Patient*innen nun eine kurative oder rehabilitative Behandlung besuchen. Die beschriebenen Vorgänge, welche nur der Arzt oder eine Ärztin ausführen darf, tragen nach Bollert et al. (2009) in Bezug auf Charles et al. (1997) zum Fehlen wesentlicher Bestandteile der Behandlung von Physiotherapeut*innen bei (Borgetto und Siegel 2009, S.210; Charles et al. 1997).

2.3.3 Heilpraktikererlaubnis beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie

Mit der *Heilpraktikererlaubnis beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie* dürfen sich Physiotherapeut*innen als sektorale Heilpraktiker*innen auf Augenhöhe mit der Ärzteschaft bewegen. Er ist berechtigt, Patient*innen direkt und ohne Rezept oder Verordnung

eines Arztes oder einer Ärztin zu behandeln. Es steht ihm frei, alles anzuwenden, was in der Grundausbildung der Physiotherapie gelehrt wurde und sich bundeseinheitlich im Curriculum befindet. Um die Erlaubnis zu erhalten, bedarf es einer Antragstellung. Es besteht die Möglichkeit je nach Bundesland zusätzliche Schulungen in den Bereichen der Differenzialdiagnostik sowie Berufs- und Gesetzeskunde mit zum Teil erheblichem Aufwand abzuleisten. Sektorale Heilpraktiker*innen dürfen durch den erlaubten Erstkontakt Patient*innen selbst befunden und eine Diagnose stellen, die Frequenz und Intensität sowie Art der Behandlung im Gespräch mit den Patient*innen festlegen. Ebenso haben sektorale Heilpraktiker*innen nach § 611, § 315 BGB das Recht, die Einzelpreise mit den Patient*innen frei und selbst festzulegen. Eine Übernahme der Kosten wird in der Regel von den Krankenkassen nur nach abgeschlossener Zusatzversicherung übernommen (Alt und Doepp 2015, S.8–60).

2.3.4 Sozialgesetzbuch (SGB) und Heilmittelrichtlinien (HeilM-RL)

Im siebten Sozialgesetzbuch (§ 30 SGB VII) und in den HeilM-RL (§ 3 HeilM-RL) werden die Erstattungsfähigkeit von Heilmitteln zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung festgeschrieben (Galert 2016, S.105–106).

- § 30 SGB VII:

Heilmittel sind alle ärztlich verordneten Dienstleistungen, die einem Heilzweck dienen oder einen Heilerfolg sichern und nur von entsprechend ausgebildeten Personen erbracht werden dürfen. Hierzu gehören insbesondere Maßnahmen der physikalischen Therapie sowie der Sprach- und Beschäftigungstherapie (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1996).

- § 3 HeilM-RL Voraussetzungen der Verordnung:

(1) Die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen setzt eine Verordnung durch eine Vertragsärztin, einen Vertragsarzt oder bei Abgabe von Ergotherapie eine Verordnung nach Maßgabe des § 35 Absatz 4 durch die dort genannten Berufsgruppen voraus. Die Therapeutin oder der Therapeut, die oder der die verordnete Leistung erbringt, ist grundsätzlich an die Verordnung gebunden, es sei denn, im Rahmen dieser Richtlinie ist etwas anderes bestimmt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2022, S.9).

2.3.5 Berufsordnung und ethische Prinzipien

Bei der Berufsordnung der Physiotherapie in Deutschland handelt es sich im Gegensatz zu Gesetzen (MPhG, HeilprG, SGB VII) lediglich um eine Ordnung ohne verbindlichen Charakter. Diese skizziert die physiotherapeutische Berufsausübung und ihr Selbstverständnis. Sie richtet sich an alle Angehörigen des Berufsstandes der Physiotherapie. Im Besonderen geht es um eine Repräsentation des Berufes und die Darstellung seiner berufsethischen Werte. Diese wurde im Mai des Jahres 1979 vom ZVK dem ehemaligen *Zentralen Verband der Krankengymnasten* ins Leben gerufen und in den Jahren 1999 und 2019 aktualisiert (Anger 2006, S.10; Hüter-Becker 2004a, S.39, S.44-45).

In ihrer heutigen Version verfügt diese über zehn Paragraphen (Berufsordnung 2019, S.1-8), wobei für die vorliegende Arbeit die beschriebenen physiotherapeutischen Tätigkeiten in §1 der Berufsausübung von Bedeutung sind, da diese in Kapitel 4.1.2 erneut herangezogen werden.

[...] Kennzeichen aktiver Physiotherapie ist die Bewegungstherapie einschließlich der Krankengymnastik, ergänzt oder vorbereitet durch Maßnahmen der Physikalischen Therapie. Entsprechend der ärztlichen Diagnose untersucht der Physiotherapeut die individuelle Ausprägung der funktionellen Auffälligkeiten und interpretiert ihre Wertigkeit. Im physiotherapeutischen Prozess ist dieser physiotherapeutische Befund die Grundlage, auf der Physiotherapeuten den Behandlungsverlauf und das Behandlungsziel in Absprache mit den Patienten und/oder den Angehörigen oder anderen Bezugspersonen planen. Untersuchungsergebnisse, Therapieziele, Behandlungsplan und -verlauf sowie die Behandlungsergebnisse werden von Physiotherapeuten dokumentiert. Diese Dokumentation dient der Therapiesteuerung, der Erfolgskontrolle, der Qualitätssicherung sowie der Information des Arztes und anderer an der Behandlung/Betreuung Beteiligter (ebd., S.3).

Die Abschlussbemerkung § 10 der Berufsordnung weist darauf hin, dass „[...] die ethischen Prinzipien, welche der physiotherapeutischen Praxis zugrunde liegen, Vorrang gegenüber jeglicher Geschäfts- und Beschäftigungspraktiken haben. Wenn diesbezüglich Konflikte entstehen, sollen Physiotherapeuten alles tun, um Probleme und Fehlverhalten zu beseitigen [...]“ (Berufsordnung 2019, S.7).

Es soll nun näher in das ethische Prinzip Nr. 2 sowie in das ethische Prinzip Nr. 3 eingegangen werden:

Es folgt ein Zitat aus dem ethischen Prinzip Nr. 2:

*[...] Physiotherapeut*innen halten die Gesetze und Bestimmungen ein, welche die Berufsausübung in Physiotherapie in dem Land, in dem sie praktizieren, regulieren [...] (Ethische Prinzipien WCPT 2015, S.3),*

sowie ein Zitat des ethischen Prinzips Nr. 3:

*[...] Physiotherapeut*innen sind professionell unabhängige und autonome Praktiker*innen. Sie nehmen unabhängige Beurteilungen in der Leistungserbringung vor, wofür die sie das Wissen und die Fähigkeiten haben. Physiotherapeut*innen müssen mit jedem/r Patient*in/Klient*in Untersuchungen und Assessments durchführen, um eine Diagnose zu entwickeln. Basierend auf der Diagnose [...] (Ethische Prinzipien WCPT 2015, S.3).*

Wie in Kapitel 2.3.2 beschrieben entspricht die Tätigkeit der Physiotherapeut*innen der Beschreibung der Heilkunde des § 1 (2) HeilprG und bedarf jedoch nach § 1 (1) HeilprG einer Erlaubnis. Eine staatlich anerkannte Ausbildung als Physiotherapeut oder Physiotherapeutin gilt nicht als Erlaubnis zur Ausübung dieser Heilkunde, auch nicht nach § 8 MPhG (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1994b). Somit dürfen in Deutschland physiotherapeutische Leistungen berufs- oder gewerbsmäßig nur erbracht werden, wenn ein zugelassener Arzt oder eine zugelassene Ärztin diese Form der Heilbehandlung erlaubt oder verordnet (Westerholt 2004, S.109–110). Ebenso wird im § 3 HeilM-RL angeführt, dass „die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen eine Verordnung durch eine Vertragsärztin, einen Vertragsarzt [...] voraussetzt“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2022, S.9). Zudem sind die Heilmittel als ärztlich verordnete Dienstleistungen in § 30 SGB VII definiert. Folglich findet das ethischen Prinzip Nr. 2 Anwendung:

*[...] Physiotherapeut*innen halten die Gesetze und Bestimmungen ein, welche die Berufsausübung in Physiotherapie in dem Land, in dem sie praktizieren, regulieren [...] (Ethische Prinzipien WCPT 2015, S.3).*

An dieser Stelle soll angesprochen werden, dass in diesem Fall nationale Gesetze und Richtlinien in Deutschland gefunden werden können (Westerholt 2004, S.109–110; Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1939; Alt und Doepp 2015, S.8–60), welche der national und international geforderten, professionellen, unabhängigen und

autonomen Entwicklung der Physiotherapie an bestimmten Punkten (Ethische Prinzipien WCPT 2015, S.3; Berufsordnung 2019, S.3) entgegenstehen.

Weeber (2017) stellt fest, dass ethische Werte in der Physiotherapie zunehmend an Bedeutung gewinnen. Dies gilt im Besonderen, wenn eine Bewegung von rechtlichen Rahmenbedingungen hin zu autonomem Handeln in einer Berufsgruppe stattfindet, wie beispielsweise in Australien geschehen (Weeber 2017, S.72–73).

Bei einem höheren Grad autonomen Handelns wird häufig auf die vier bioethischen Grundprinzipien von Beauchamp und Childress verwiesen (Iserson 1999, S.39–64; Beauchamp und Childress 2019):

- *Respekt vor der Autonomie,*
- *Fürsorge,*
- *Nicht-schaden und*
- *soziale Gerechtigkeit (Fölsch und Josten 2020, S.285),*

Diese finden sowohl in der Medizinethik, in der Pflege- als auch in den Therapieberufen, einschließlich der Physiotherapie im deutschsprachigen Umland Anwendung (Sturm 2019; S.21-23). Sie sind hilfreich bei der Analyse und Reflexion des pflegerischen und therapeutischen Handelns in herausfordernden Situationen. Im Vorfeld sollen die vier Prinzipien zum besseren Verständnis erläutert werden. Das Prinzip des *Respekts der Autonomie* „[...] fordert von Handelnden, das Recht des Empfängers der Behandlung zu achten, gemäß seinen Wertvorstellungen und seinem Glauben für sich wählen und Entscheidungen [...]“ treffen zu können (Fölsch und Josten 2020, S.285-286). Das Prinzip der *Fürsorge* bedeutet für Handelnde, „[...] zum Wohle des Empfängers der Behandlung zu handeln“ (ebd.). Durch das Prinzip des *Nichtschadens*, sollen „[...] Handelnde dem Empfänger der Behandlung keinen Schaden zufügen“ (ebd.). Das Prinzip der *Gerechtigkeit* fordert einerseits eine Gleichbehandlung aller Menschen, andererseits das Gerech werden eigener Interessen der Handelnden. Übertragen auf den Bereich der Physiotherapie sollten – ebenso wie bei der Ärzteschaft oder Pflege – Patient*innen davon ausgehen dürfen, dass in ihrem Sinne gehandelt wird. Treten zwei oder mehrere ethische Werte in Konkurrenz, so entsteht ein sogenanntes ethisches Dilemma. (Sturm 2019; S.21-23; Fölsch und Josten 2020, S.285-286).

Obwohl diese Thematik in der Diskussion wieder aufgegriffen wird (siehe Kapitel 7), drängt sich an dieser Stelle der vorliegenden Arbeit schon die Frage auf, ob Physiotherapeut*innen in Deutschland auf persönlicher Ebene aufgrund mangelnder Autonomie in eine Dilemmasituation nach Beauchamp und Childress (2019) geraten könnten. Dies könnte im Besonderen der Fall sein, wenn Physiotherapeut*innen in Deutschland derzeit nicht nur eine berufliche, sondern schon erweiterte akademische Ausbildung abgeschlossen haben. Ihre zeitgemäße Ausbildung ermöglicht eine Diagnosestellung und in weiterer Folge einen unmittelbaren Behandlungsbeginn. Trotzdem gestattet die momentane Rechtslage in Deutschland keine Behandlung ohne ärztliche Verordnung (§ 1 (2) HeilprG, § 30 SGB VII; Westerholt 2004, S.109–110). Der Klient muss den zeitintensiven und mit zusätzlichen Kosten verbundenen Umweg über den Arzt oder über die Ärztin nehmen. Nach den vier bioethischen Grundprinzipien nach Beauchamp und Childress (2019) lässt sich folgendes persönliche ethische Dilemma aus der Praxis vorstellen: Ein Klient erscheint in der Praxis mit dem Wunsch nach dringender Hilfe. Die Person, die an einer Hochschule beispielsweise an der OTH Regensburg, der TH Rosenheim, der Hochschule Osnabrück oder der Universität zu Lübeck physiotherapeutisch ausgebildet wurde, könnte schon in der Lage sein, unmittelbar eine Diagnose zu stellen und eine qualifizierte Behandlung zu beginnen (OTH Regensburg 2022, TH Rosenheim 2022, Hochschule Osnabrück 2024, Universität zu Lübeck 2024). Diese schnelle Hilfe würde dem Fürsorgeprinzip entsprechen, in dem der Klient unmittelbar Hilfe bekommt und damit weiterer Schaden (Prinzip des Nicht-Schadens) vermieden werden kann. Nachgewiesenermaßen verringert der Direktzugang zur Physiotherapie auch Kosten im Gesundheitssystem (Daker-White et al 1999; Ojha et al. 2014, S.14-30; Department of health 2008), was wiederum dem Prinzip der Gerechtigkeit nach Beauchamp und Childress (2019) hinsichtlich des sorgsamem Umgangs mit den Ressourcen der Allgemeinheit entspricht.

*Das nächste Kapitel soll nun Aufschluss darüber geben, wie Physiotherapeut*innen in Deutschland ausgebildet werden.*

2.4 Ausbildung in der Physiotherapie in Deutschland

Allgemein lässt sich die Berufsausbildung in Deutschland in drei Ausbildungsbereiche gliedern:

1. duale Berufe auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes (BBiG)
2. schulische Berufsausbildung nach Landesrecht
3. Heilberufe auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen

Die Ausbildung der Heilberufe, zu denen auch die Physiotherapie zählt, nimmt im Berufsbildungssystem eine Sonderstellung ein. Diese fallen in das Gebiet der konkurrierenden Gesetzgebung in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG, da es um die „[...] Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe [...]“ (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG) geht. Diese sind folglich der Gesetzeskompetenz des Bundes zugeordnet (Dielmann 2015, S.236–237; Klemme et al. 2019; Harms und Rabe 2019, S.70-80). Die Heilberufe befinden sich demnach in einer Zwischenstellung und gehören weder zum Dualen System des Berufsbildungsgesetzes, noch sind diese direkt im schulischen System nach Landesrecht verankert. Somit sind die Grundzüge der Ausbildung wie Inhalt und Rahmenbedingungen bundeseinheitlich im Berufsgesetz (MPhG) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV) geregelt. Diese sieht 2.900 Stunden theoretischen und praktischen schulischen Unterricht vor, außerdem weitere 1.600 Stunden praktische Ausbildung am Patienten (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1994b; Harms und Rabe 2019, S.71). Die weitere Ausgestaltung wird den Ländern freigestellt (Dielmann 2015, S.236–237). Eine Eingliederung in das Schulrecht (BFSO HeilB), wie in Bayern geschehen, bleibt dadurch möglich. Die im Jahr 2009 eingeführte Modellklausel im *Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten* durch den Deutschen Bundestag erlaubt erstmals Studiengänge für die besagten Berufsgruppen zu erproben (Borgetto 2015, S.267). Dies ist in Artikel 4 Änderungen des Masseur – und Physiotherapeutengesetzes, Abs. 1, § 9 b) Satz (2) und (3) festgelegt:

(2) Zur Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung des Physiotherapeutenberufs unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen sowie moderner berufspädagogischer Erkenntnisse dienen sollen, können die Länder von Absatz 1 Satz 2 erster Halbsatz ab-

weichen [...]. Im Übrigen gilt die Verordnung unverändert mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Schule die Hochschule tritt. Durch die Erprobung darf das Erreichen des Ausbildungsziels nicht gefährdet werden [...]. (3) [...] Ziele, Dauer, Art und allgemeine Vorgaben zur Ausgestaltung der Modellvorhaben sowie die Bedingungen für die Teilnahme sind jeweils von den Ländern festzulegen (Deutscher Bundestag 2009, S.3159).

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vom 11.6.2021 wird die Laufzeit der Modellklausel auf das Jahr 2024 festgelegt (Bundesrat 2021) und mündet voraussichtlich in das Pflegestudiumstärkungsgesetz (Physio Deutschland 2024). Auffällig scheint die Formulierung, dass durch die Erprobung von Studiengängen lediglich das Ausbildungsziel nicht gefährdet werden dürfe und die Ausgestaltung der Modellvorhaben sowie die Bedingungen für die Teilnahme von den Ländern frei festzulegen sind (Deutscher Bundestag 2009). Welche neuen Tätigkeitsbereiche sich für die Physiotherapie in Deutschland durch die Akademisierung ergeben könnten, wird kaum angesprochen, wohingegen sich im internationalen Vergleich Potenziale aufzeigen lassen (siehe Tabelle 2.2). Da die Einbettung der beruflichen Bildung der Physiotherapie in Deutschland in das Ausbildungssystem den Ländern freigestellt ist, beginnt im Rahmen der vorliegenden Arbeit die Suche nach einem möglichst gut ausgearbeiteten Lehrplan. Die Wahl fällt beispielhaft auf den Bayerischen Lehrplan für Physiotherapie (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2013, S.3–4). Dieser kann am Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung Bayern, sowie auch alle anderen gültigen Lehrpläne in Bayern, abgerufen werden. Zudem ist für dessen Umsetzung eine Handreichung mit ausführlichen Erläuterungen zur praktischen Umsetzung erhältlich (ISB - Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung München 2016, S.1–29).

2.4.1 Berufsprofil der Physiotherapie nach Lehrplan

*Die Lehrplanfassung des Bundeslandes Bayern aus dem Jahr 2013 greift gleich zu Beginn das Ausbildungsziel der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV) auf (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1994b). Darin ist festgelegt, dass der erfolgreiche Abschluss einer Berufsfachschule für Physiotherapie zur Durchführung physiotherapeutischer Verfahren in *Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation* befähigen soll. In diesen Bereichen sollen dem Klienten*

[...] Hilfen zur Entwicklung, zum Erhalt oder zur Wiederherstellung aller Funktionen im somatischen und psychischen Bereich gegeben und bei nicht

rückbildungsfähigen Behinderungen Ersatzfunktionen geschult werden. (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1994b).

Darüber hinaus wird nun ein Ausschnitt des Berufsprofils als Zitat wiedergegeben, welches sich in wesentlichen Teilen mit der bundesweit gültigen Berufsordnung (2019) deckt. Dies wird an späterer Stelle von Bedeutung sein und in Kapitel 4.1.2 im Rahmen der Begrifflichkeiten erneut herangezogen werden.

Der Physiotherapeut bietet dem Klienten seine Dienstleistung an. Der Physiotherapeut führt auf der Grundlage der entsprechenden gesetzlichen Regelungen eine eigenständige Befunderhebung durch. [...] Entsprechend seinen Untersuchungsergebnissen plant er die Therapie, führt geeignete Maßnahmen durch, dokumentiert seine Verfahrensweisen und evaluiert seine Behandlungsergebnisse (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2013, S.3–4).

2.4.2 Bildung und Ausbildung des Lehrpersonals

Physio Deutschland – Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) leitet seine Darstellung der Bundesländerregelungen zur Qualifikation von *Lehrkräften in der Physiotherapieausbildung* mit folgendem Wortlaut ein:

Bezüglich der fachlichen Qualifikation der Lehrenden an Schulen der Physiotherapie gibt es unterschiedliche Regelungen in den Bundesländern. Aufgrund fehlender bundeseinheitlicher, verbindlicher Anforderungen an die fachlichen und pädagogischen Qualifikationen der Lehrenden und soweit möglich der Leitenden entstehen regionale Unterschiede in den Ausbildungsanforderungen [...] (Physio Deutschland 2018, S.1–10).

Ergänzend dazu ist den Recherchen von Harms und Rabe (2019), welche die länderspezifischen Vorgaben und Empfehlungen zu den erforderlichen Qualifikationen der Ausbilder zusammentragen zu entnehmen, dass diese zum größten Teil kaum verbindliche, sondern empfehlende Angaben enthalten (ebd., S.73–77).

Dazu die Äußerung des Wissenschaftsrats zu den berufsbildenden Schulen im Gesundheitswesen:

[...] In diesem Zusammenhang ist kritisch zu bewerten, dass das Lehrpersonal an den berufsbildenden Schulen derzeit nur zu einem vergleichsweise geringen Anteil über einen Hochschulabschluss verfügt. Der Wissenschaftsrat weist darauf hin, dass die hier empfohlene Akademisierung eines Teils der Beschäftigten in den Gesundheitsfachberufen einen wesentlichen Beitrag zur besseren Qualifizierung des Lehrpersonals an den berufsbildenden

Schulen und damit zu einer Professionalisierung dieser Einrichtungen leisten kann. (Wissenschaftsrat 2012, S.84)

Nicht zu vergessen ist der Auf- und Ausbau von Professuren in der Physiotherapie, die im Sinne der Akademisierung dringend benötigt werden. Zudem werden diese derzeit häufig nur über den Umweg von Nachbarwissenschaften möglich (Kälble 2006, S.223), was im Rahmen des Aufbaus einer eigenen Disziplin der Physiotherapie immer unzureichender scheint.

2.4.3 Bildungslandschaft in der Physiotherapie in Deutschland

Wie zu Beginn des Kapitels 2.4.1 vorgestellt, haben die Heilberufe in Deutschland eine Sonderstellung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Folgende Übersicht zur beruflichen Bildung, Akademisierung und Weiterbildung zeigt die vielen Möglichkeiten auf, welche rechtlich gesehen in den Berufsabschluss Physiotherapeut oder Physiotherapeutin münden.

2.4.3.1 Berufliche Bildung in der Physiotherapie in Deutschland

Die berufliche Bildung in der Physiotherapie findet an einer staatlichen oder privaten Berufsfachschule für Physiotherapie statt. Die reguläre Ausbildungszeit beträgt drei Jahre. Seit dem 1. Januar 2019 gibt es erstmals Ausbildungsvergütungen an Universitätskliniken sowie kommunalen Krankenhäusern, die dem Tarifvertrag der Länder angeschlossen sind (ver.di 2018). Das Berufsgesetz (MPhG) und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV) bilden in Kombination den Rahmen für eine bundeseinheitliche Ausbildung. Die schulische und die klinische Ausbildung sollen möglichst ineinandergreifen. Die Ausbildung in der Physiotherapie ist eine Sonderform, welche auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen erfolgt (Dielmann 2015, S.236–237). Das bedeutet, dass mit Bestehen der Prüfung der Physiotherapieausbildung, der Antrag für die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung *Physiotherapeut* beziehungsweise *Physiotherapeutin* bei der jeweils aufsichtsführenden Behörde gestellt werden darf (Physio Deutschland 2021a).

2.4.3.2 Akademisierung

In Deutschland gibt es zudem drei Arten von Bachelor-Studiengängen im Bereich Physiotherapie, welche ebenso zur Erlangung der Berufsbezeichnung *Physiotherapeut* bzw. *Physiotherapeutin* führen.

Diese sollen im Folgenden kurz genannt werden:

- ausbildungsintegrierender Bachelor, d. h., dass das Studium tage- oder blockweise an der Hochschule stattfindet; z. B. OTH Regensburg (OTH Regensburg 2022)
- berufsbegleitender Bachelor, d. h. nach abgeschlossener Berufsfachschule mit begleitendem anschließendem, möglicherweise verkürztem Studium; z. B. HS Osnabrück (HS Osnabrück 2022)
- primär qualifizierender Bachelor, d. h. ein Bachelorstudium von Anfang an mit integrierter berufsfachschulischer Physiotherapie-Ausbildung z. B. Hochschule Fresenius Standort Köln, Universität zu Lübeck (Hochschule Fresenius 2022; Universität zu Lübeck 2024b)

Die akademischen Bachelor - Abschlüsse im Bereich Physiotherapie können an

- privaten Hochschulen, z. B. HS Döpfer etc. (HS Döpfer 2022), an
- staatlichen Hochschulen, z. B. TH Rosenheim (TH Rosenheim 2022) oder
- an einer Universität (Schäfer et al. 2018, S.194-196; Klaus und Beckmann 2018) z. B. Universität zu Lübeck (Universität zu Lübeck 2022, 2024b)

absolviert werden (Physio Deutschland 2021c).

Dafür muss eine Hochschulzugangsberechtigung vorliegen, der vorhergegangene Abschluss von der weiterführenden Bildungsstätte beziehungsweise der zuständigen Stelle geprüft und anerkannt werden (Universität zu Lübeck 2024b; HS Osnabrück 2022). Nach der Umsetzung des *Gesetzes zur Einführung einer Modellklausel* Artikel 4, Abs. 1, § 9 b) Satz (2) und (3), resultieren individuelle, vielschichtige und variantenreiche Ausgestaltungen der akademischen Umsetzung unter der Berufsbezeichnung Physiotherapeut/Physiotherapeutin mit dem Erreichen des Ausbildungsziels als kleinstem, gemeinsamem Nenner. Zudem müssen die primärqualifizierenden Studiengänge dem Gesundheitsministerium nachweisen, dass sie die Ausbildungsinhalte vermitteln, welche für die staatliche Abschlussprüfung verlangt werden (Deutscher Bundestag 2009, S.3159).

Beispiele für weiterführende Masterstudiengänge in Anlehnung an den Bereich der Physiotherapie:

- *Physiotherapiewissenschaft mit dem Master of Science,*
- *Gesundheitsforschung und Therapiewissenschaft mit dem Abschluss Master of Science,*

- *Management und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen* mit dem Abschluss *Master of Science*,
- *Berufliche Bildung, Fachrichtung Gesundheits- und Pflegewissenschaften* mit dem Abschluss *Master of Education*;
- *Manuelle Therapie (OMT)* mit dem Abschluss *Master of Science*

(Physio Deutschland 2021c, S.35, S.37, S.38, S.46).

Aus der Gegenüberstellung lässt sich erkennen, dass der Physiotherapie in Deutschland nach wie vor eine durchgängige, universitäre Anbindung als eigene Disziplin fehlt. Des Weiteren hat die Gründung wissenschaftlicher Institute zur Therapieforschung für beruflich relevante Forschungsaktivitäten eine hohe Priorität. Mit dieser Anbindung könnten finanzielle Mittel für die beginnende Forschung eingeworben werden und hochwertige qualitative und quantitative Forschungsprojekte in der Physiotherapie starten (Trocha et al. 2014). Schon längst ist bekannt, dass dies auch für internationale, wissenschaftliche Dialoge essenziell wäre. Folglich könnten deutsche Forschende auf dem Gebiet der Physiotherapie international besser Anschluss finden (Walkenhorst, 2006).

Des Weiteren scheint es nötig, das bisher unerschlossene Potenzial der Physiotherapie anzugehen. Es zeichnen sich eine Vielzahl von Möglichkeiten im Bereich der Physiotherapie in Deutschland im internationalen Vergleich ab, um den Handlungsbereich von Physiotherapeut*innen zu erweitern (siehe Abb. 2.2). Zudem zeigen sich in den Modulplänen einiger Hochschulen Fächer wie *Kompetenzen für den Direct Access* oder *Anthropologische und ethische Grundlagen* (OTH Regensburg 2022; TH Rosenheim 2022; Universität zu Lübeck 2024c). Diese müssten sich dennoch an die limitierenden Gesetze und Richtlinien der Physiotherapie in Deutschland halten, welche in Kapitel 2.3 der vorliegenden Arbeit beschrieben wurden. Eine ähnliche Situation entsteht auch dann, wenn beruflich ausgebildete Physiotherapeut*innen weitere Fähigkeiten durch zusätzliche akademische Qualifikationen erwerben (HS Osnabrück 2022). Diese dürfen jedoch nicht mit den Zertifikatspositionen verwechselt werden, auf welche im nächsten Kapitel näher eingegangen werden soll.

2.4.3.3 Zertifikatsposition

Anfang der 1980er-Jahre wurden die Zertifikatspositionen vom *Berufsverband ZVK*, welcher sich zwischenzeitlich in *Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK)* umbenannt hat, verhandelt und vom *Verband der Ersatzkassen (vdek)* übernommen. Dies bedeutet, dass

Physiotherapeut*innen nach ihrer Ausbildung einer indirekten Fortbildungspflicht unterliegen, um die unten aufgezählten Leistungen mit der gesetzlichen Krankenkasse abrechnen zu dürfen. Seit dem Jahr 1996 sind diese als *gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände* zur Zulassungserweiterung für besondere Maßnahmen der physikalischen Therapie aufgenommen. Damals sollte ebenso eine qualitätsgesicherte, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen mit Heilmitteln geschaffen werden (Vereinte Therapeuten 2021, S.1). Dabei geht es um die Qualitätssicherung gemäß § 70 Abs. 1 SGB V:

(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß [sic] ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß [sic] in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden. (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1988)

Dies bedeutet, dass die unten aufgeführten Maßnahmen nur nach erfolgter zusätzlicher Fortbildung durchgeführt und mit der gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet werden dürfen. Dem damaligen Stand entsprechend wird dies damit begründet, dass durch die länderspezifische uneinheitliche praktische Ausbildung nicht davon ausgegangen werden kann, dass die nötigen Kenntnisse bundesweit ausreichend erworben wurden (Physio Deutschland 2021b).

Zu den besonderen Maßnahmen der Physiotherapie, also den Zertifikatsfortbildungen zählen beispielsweise:

- *Propriozeptive Neuromuskuläre Facilitation (PNF)*
- *Manuelle Therapie (MT)*
- *Manuelle Lymphdrainage (ML)*
- *Krankengymnastik nach Bobath, KG-ZNS (Erwachsene) und KG-ZNS-Kinder*
- *Krankengymnastik nach Vojta, KG-ZNS (Erwachsene) und KG-ZNS-Kinder*
- *Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) (Physio Deutschland 2021b).*

Die Weiterbildungsträger, Weiterbildungsstätten und Fachpersonen im Bereich der besonderen Maßnahmen der Physiotherapie werden durch den Verband der Ersatzkassen (vdek) geprüft und zugelassen (Physio Deutschland 2021b). Das Einkommen ist seither

nicht auf den Abschluss (Bachelor/Master etc.) zurückzuführen, sondern von der Berechtigung zur Abrechnung von Zertifikatspositionen abhängig. Diese wird erst mit Fortbildungsbesuch erworben.

2.4.3.4 Fazit

Ganz speziell für die Physiotherapie in Deutschland kann diesen Darstellungen Tabelle 2.2 und Tabelle 2.3 entnommen werden, dass eine höhere Qualifikation nicht mit einer Steigerung oder einer Ausdehnung des Tätigkeitsbereiches einhergeht. Die Physiotherapie in Deutschland unterliegt einer strikten, institutionellen Einbettung (siehe Kapitel 2.2), wobei die Berufsgesetze und rechtlichen Rahmenbedingungen (Westerholt 2004, S.109–110; Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1996; Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021) für alle Physiotherapeut*innen unabhängig von einer beruflichen oder akademischen Ausbildung gelten (siehe Kapitel 2.3.1). Zudem sind die Therapieberufe beim gemeinsamen Bundesausschuss, welcher über die eingetragenen Leistungen in den Heilmittelkatalogen entscheidet, nicht vertreten (Gemeinsamer Bundesausschuss 2022, S.9). Die politischen Vertreter in den Verbänden haben somit nur die Möglichkeit, anschließend mit den Krankenkassen über die Honorare der im Heilmittelkatalog niedergeschriebenen Zertifikatsfortbildungen zu verhandeln. Moderne und wissenschaftlich belegte Konzepte sowie neue Tätigkeitsgebiete für höher gebildete Physiotherapeut*innen haben kaum eine Chance, neu in den Heilmittelkatalog aufgenommen zu werden. Um eine zeitgemäße Durchführung des Berufes der Physiotherapie zu ermöglichen, wurde die *Heilpraktikererlaubnis beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie* eingeführt, welche jedoch eine eigene Zulassung erfordert (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1996). Nach den Angaben von Physio Deutschland (2018, S.1–10) und Harms und Rabe (2019, S.73–77) erfolgt die Bildung des Lehrpersonals uneinheitlich, da bezüglich der fachlichen Qualifikationen der Lehrenden unterschiedliche Regelungen in den Bundesländern gültig sind (siehe Kapitel 2.4.1). Eine durchgängige akademische Ausbildung bis hin zur Promotion im Bereich der Physiotherapie in Deutschland wäre zudem für das Personal an akademischen Einrichtungen nötig (siehe Kapitel 2.4.3.2). Die Darstellung der Ausbildung der Physiotherapie in Deutschland erfolgte in Kapitel 2.4. Ihre relativ spät einsetzende Akademisierung (Deutscher Bundestag 2009, S.3159) hat auch Auswirkungen bis in die wissenschaftliche Disziplinbildung hinein, worauf in Kapitel 2.5 eingegangen wird.

	Aufgabengebiete der Physiotherapie Deutschland	Aufgabengebiete der Physiotherapie in anderen Ländern (siehe Kapitel 2.1.2)
Stellen von Diagnosen		AU, NO, USA, E
Anfertigen eines physiotherapeutischen Befundes	D	AU, NO, USA, E
Freie Auswahl an Maßnahmen		AU, NO, USA, E
Evaluation	D	AU, NO, USA, E
Dokumentation	D	AU, NO, USA, E
Verordnen von Hilfsmitteln		AU
Verordnung von Medikamenten		E
Veranlassen von Röntgenbildern		AU, NO
Veranlassung von Krankschreibungen		NO
Direktzugang (DA)		AU, NO, USA, E

Tabelle 2.2: Das berufliche Spektrum der Physiotherapie in Deutschland (D) im Vergleich mit dem der folgenden Ländern unter Verwendung der Kennzeichen: Australien (AU), England (E), Vereinigte Staaten von Amerika (USA), Norwegen (NO) mit OMT-Abschluss basierend auf den Kapiteln 2.1.2 und 2.4

	Qualifizierungsmöglichkeiten der Physiotherapie in Deutschland	Beispiele für Qualifizierungsmöglichkeiten in anderen Ländern (siehe Kapitel 2.1.2)
Physiotherapie-Helfer		USA
Physiotherapy - Assistent		USA
Physiotherapeut*in (berufliche Bildung)	D	
Physiotherapeut*in (Bachelor)	D	AU, NO, USA, E
Physiotherapeut*in (Master oder DPT (Doctor of Physiotherapy (AU); Doctor of Physical Therapy (USA)))		AU, NO, USA, E

Tabelle 2.3: Verschiedene Abschlussarten der Berufsgruppe der Physiotherapie in Deutschland (D) im Vergleich mit folgenden Ländern unter Verwendung der Kennzeichen: Australien (AU), England (E), Vereinigte Staaten von Amerika (USA), Norwegen (NO) basierend auf den Kapiteln 2.1.2 und 2.4

2.5 Wissenschaftliche Disziplinbildung der Physiotherapie in Deutschland

Ganz allgemein kann der Ursprung der Disziplinbildung als eine Klassifikation gesehen werden, mit dem Ziel eine rationale Ordnung von Wissen und Wissensgebieten zu erreichen. Durch den andauernden Vorgang entsteht eine Form von lehrbarem Wissen. Im weiteren Verlauf bilden sich Klassifikationsgruppen der unterschiedlichen Fachgebiete, welche eine gemeinsame Problemtradition aufweisen. Eine kommunikative Wirklichkeit wird generiert, in der es Wissenschaftlern gelingt, eine unstrukturierte Gesamtheit möglicher Problemstellungen in strukturierte Bahnen zu lenken. Die Idee dahinter ist die Formation einer eigenen Gemeinschaft (Stichweh 1984, S.7–14).

Da die Physiotherapie in Deutschland durch ihre Historie in Verzug bezüglich der eigenen wissenschaftlichen Disziplinentwicklung geraten ist, sieht Walkenhorst (2006) die Gefahr,

dass andere Disziplinen und (Bezugs-) Wissenschaften wie z. B. die Gesundheitswissenschaften, Rehabilitationswissenschaften, die Medizin und ggf. auch Pflegewissenschaften, die therapeutischen Berufe und deren Potenziale für sich entdecken und als erweiterte Handlungsfelder eigener Forschung betrachten (ebd. S.118).

Dies könnte zu einer Aufteilung der gerade entstehenden, sehr jungen wissenschaftlichen Disziplin der Physiotherapie in Deutschland unter weiterentwickelten Disziplinen führen (ebd. S.118). Probst (2007) beschäftigt sich mit der Wesensbestimmung der Physiotherapie und integriert dabei sowohl naturwissenschaftliche als auch geistes- und sozialwissenschaftliche Betrachtungsweisen. Sie startet den Versuch einer theoretischen Fundierung des *physiotherapeutischen Bewegungsbegriffs* mit dem Ziel, sowohl die physiotherapeutische Praxis als auch die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Physiotherapie zur Verantwortungsübernahme vorzubereiten. Gemeint ist damit, dass die Physiotherapie für sich selbst zukünftig imstande sein sollte, wissenschaftliche Modelle und Konzepte zu entwickeln, welche einen Entwicklungsprozess kontrolliert und prognostiziert ablaufen lassen und beeinflussen können (ebd., S.131–135). Zudem behandeln Willimczik et al. (2009) in ihren Beiträgen sieben ausgewählte Bezugswissenschaften (Medizin, Sportwissenschaften, Pädagogik, Psychologie, Soziologie, Gesundheitswissenschaften und Philosophie), wobei der zuletzt genannten eine besonders tragende Rolle zukommt. Die Physio-

therapie bedarf einer theoretischen Fundierung, wie sie in der Wissenschaftstheorie diskutiert wird (ebd., S.27–33). Zudem begründet sich das traditionelle Handeln der Physiotherapie vorrangig aus den Erkenntnissen der ärztlichen Medizin und einem langjährigen Erfahrungsprozess. Ein Mangel an theoriebildender Grundlagenforschung birgt die Gefahr in sich, essenzielle Begründungen einer Fachwissenschaft nicht bereitstellen zu können. Diese Lücke würde im Weiteren dazu führen, „[...]dass eine grundlegende Voraussetzung für ein wissenschaftlich begründetes Kompetenzmonopol nicht erreicht werden kann“ (Richter 2016, S.5–6). Richter (2016) macht darauf aufmerksam, dass eine wissenschaftsbezogene Lehre nur in einem wissenschaftlichen fundierten Fachgebiet entwickelt werden kann (ebd., S.10). Damit ist eine wissenschaftliche Disziplinbildung in der Physiotherapie unverzichtbar. Eine tiefgründige Auseinandersetzung mit dem Thema der wissenschaftlichen Theoriegenerierung bleibt dafür weiterhin unausweichlich. Ziel dieser Theorie der Physiotherapie sollte eine präzise Gegenstandsbeschreibung der Physiotherapie sein (Thiersfelder und Richter 2018, S.31). Rothstein (2002) sprach diesen Gedanken zu einem frühen Zeitpunkt aus, dass wenn die Physiotherapie als eigenständige wissenschaftliche Disziplin wahrgenommen wird, nicht weiterhin lediglich auf ihre Maßnahmen reduziert werden kann (Rothstein 2002).

Richter et al. (2019, S.37-40) macht auf den Unterschied einer Forschung *in einer Disziplin* und einer Forschung *über die Disziplin* aufmerksam. Dies ist so zu verstehen, dass die Physiotherapeut*innen im Allgemeinen derzeit noch am vertrautesten mit der medizinischen Anwendungsforschung sind. Dabei bleibt außer Acht, dass eine vertiefte wissenschaftliche Einbettung in eine eigene Disziplin der Wissenschaft im Bereich der Physiotherapie noch nicht geschehen ist.

Ein reduktionistisches Verständnis, das Anwendungsforschung – also Forschung in der Disziplin – mit Wissenschaft gleichsetzt, ist im aufgeführten Verständnis einer angemessenen Entwicklung nicht zielführend. Theoriebildung ist in der Regel auf eine kleine Gruppe von Wissenschaftlern begrenzt. Doch genau diese werden gebraucht. Es benötigt eine Beschreibung der wissenschaftstheoretischen Grundlagen der Disziplin, d. h. sinnbildlich ist ein eigenes Theoriegebäude zu errichten und dieses in Wissenschaft, Ausbildung und Praxis der Physiotherapie zu integrieren, um sich in Anwendungsforschung und Theoriebildung darauf zu beziehen und somit eine gelingende Wissenschaft-Profession-Beziehung zu gestalten (ebd., S.40).

Es folgt ein direkter Appell an die Wissenschaftler. Es gilt, sich die Frage zu stellen, welchen Beitrag diese in der Physiotherapie für eine eigene wissenschaftliche Disziplinbildung leisten können (ebd., S.37–40). Kälble (2006, S.217-218) beschreibt die hohe Professionalisierungsbemühung der Physiotherapie in Deutschland, welche mit einem Drang nach Akademisierung und dem Wunsch nach einer wissenschaftlichen Basis verbunden ist. Dies begründet auch die damit verbundene nötige Anpassung von Bildungsabschlüssen, um nicht länger den Anschluss an das internationale Niveau zu verpassen. Als Grundlage der Professionalisierung sieht Dewe (2006, S.23–25) eine wissenschaftliche Basis, die professionelles Handeln begründet. Die sich schnell verändernden Anforderungen an die berufliche Arbeitswelt sind ein möglicher Grund, um die Professionalisierung des Berufsstandes der Physiotherapie voranzutreiben. Erfahrungswissen reicht zur Bewältigung von neuen und komplexer werdenden Anforderungen kaum mehr aus.

Im Hinblick auf mehr Berufsautonomie ist seit Langem ein *Direct Access* im Gespräch, ein direkter Zugang oder *Erstkontakt* ohne vorherige Verordnung eines Arztes oder einer Ärztin (Galert 2016, S.101–105). Schon an relativ früher Stelle der vorliegenden Arbeit werden verschiedene Freiheitsgrade von ausgeführten Tätigkeiten in der Physiotherapie je nach Land zusammengetragen (siehe Kapitel 2.1.2). Diese sind als Beispiele für den Grad der erlangten Berufsautonomie von der Physiotherapie des jeweiligen Landes zu sehen, jedoch nur ein Merkmal von vielen, welche eine Profession kennzeichnen.

Zalpour (2008) trägt die *Merkmale einer Profession* zusammen. Diese Zusammenschrift wird für die vorliegende Arbeit als besonders passend erachtet und für die *Bestimmung der Professionsvorstellung von 120 in Deutschland arbeitenden Physiotherapeut*innen*, an späterer Stelle wiederverwendet (siehe Kapitel 6.2.1).

Demnach sind die Merkmale einer Profession:

- *„Eine Berufsorganisation als Interessenvertretung und Disziplinargewalt der Professionals*
- *Das Ansehen, materielle Sicherheit und Aufstiegschancen (Sozialprestige)*
- *Die Entscheidungs- und Handlungsspielräume im alltäglichen Berufshandeln bei persönlicher Verantwortung (Autonomie)*
- *Die Spezialisierung und Verwissenschaftlichung von Berufswissen und -techniken im Sinne eines weitgehend an universalistischen Standards messbaren Kompetenzmonopols (Expertenschaft)*

- *Ein die beruflichen Handlungen orientierender Normenkodex mit Zentral-Bezogenheit, dem eine berufsgruppentypische, vielfach altruistisch motivierte Dienstgesinnung entspricht (Berufsethos)“ (Zalpour 2008, S.105).*

Dewe (2006) erläutert in seinem Artikel, dass Professionen im sozialhistorischen Kontext Berufe bezeichnen, welche Leistungen für die Gesellschaft erbringen. Typische Vertreter*innen dieser Gruppe sind beispielsweise Geistliche, Ärzt*innen und Jurist*innen. Charakteristisch für solche Berufe ist die gesellschaftliche Etablierung auf der Basis von Vertrauen und Werten. Professionen agieren häufig nach eigenen Regeln (Autonomie), die über die nationalen Grenzen hinweg gelten. Berufsangehörige der Physiotherapie stellen nichts her, treten jedoch durch gelernte berufliche Tätigkeiten in (Be-)Handlung mit anderen Menschen. Für Dewe zählen sie daher eher zu den Professionen (ebd., S.24–25). Er geht darauf ein, dass die Professionalisierungsbemühungen in dem Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich seit Ende der 1960er-Jahre in Deutschland ein Dauerthema sind. Schwerpunkte der Debatten sind das Berufsbild, der Status der Beschäftigten sowie eine wissenschaftliche Fundierung der Ausbildung. Damit soll eine Anhebung des Ausbildungsniveaus erreicht werden, das in der Regel mit einer Erhöhung des Prestiges einhergeht. Als Vorbild hierfür dient die Ärzteschaft, die als Vorzeigebispiel historisch gewachsener Professionalisierung angesehen wird. Der hohe Professionalisierungsdrang der historisch untergeordneten Berufe mündet in ein Streben nach Akademisierung und in die dafür typische „[...] *Einschmelzung des Professionalisierungsprozesses auf einen Verwissenschaftlichungsvorgang*“ (ebd., S.23). Die Betroffenen erhoffen sich damit eine bessere standespolitische Vertretung sowie eine Erhöhung des Gehaltes (ebd., S.24). Für neue Erkenntnisse über die Physiotherapie in Deutschland benötigt es neben einer wissenschaftlichen Disziplin auch die Wissenschaftstheorie, welche diese durch passgenaue Modelle oder Theorien einzuordnen vermag (Richter et al. 2019, S.40).

Dafür sollen im folgenden Kapitel namhafte Theorien und Modelle der Physiotherapie vorgestellt werden, um im Rahmen der vorliegenden Arbeit eine Einordnung der aktuellen Physiotherapie in Deutschland vornehmen zu können.

2.6 Theorien und Modelle der Physiotherapie

Zur physiotherapeutischen Theoriebildung in Deutschland stellt

Probst (2004) Folgendes fest:

Physiotherapie zu definieren, ist nicht einfach. Zu vielfältig sind die Methoden, mit denen Patienten behandelt werden. Zudem gibt es bisher nur wenige Ansätze physiotherapeutischer Theoriebildung in Deutschland. Aus diesem Grund lohnt es sich, die Physiotherapie punktgenau zu beschreiben und ihre Phänomene in Modellen darzustellen. So kann man dem Praktiker einen Leitfaden geben für die tägliche Arbeit am Patienten, dem Lehrer für die Ausbildung der Schüler und dem Wissenschaftler, um für die Physiotherapie relevante Forschungsfragen zu entwickeln (Probst 2004, S.34).

Auffallend ist, dass das Thema der Theorieentwicklung in der Physiotherapie von Bedeutung scheint. So nennen beispielsweise Mayer und van Hilten (2007) in ihrem Werk als das erste von drei Zielen die Theorieentwicklung in der Physiotherapieforschung (Mayer und van Hilten 2007, S.29–31). *Das Neue Denkmodell für die Physiotherapie in Deutschland* (Hüter-Becker 1997, S.565-569) beschreibt den sich vollziehenden Paradigmenwechsel von der naturwissenschaftlich orientierten Schulmedizin zur Physiotherapie im Zentrum (Probst 2004, S.37). So liefert das Neue Denkmodell von Hüter-Becker (1997) wertvolle Anknüpfungspunkte für weitere Forschungsarbeiten u. a. von Klemme et al. (2007), deren Arbeit ebenfalls die vier Wirkorte (Bewegungsapparat, innere Organe, motorische Steuerung und Entwicklung, Verhalten und Erleben) als Basis verwendet. Dem biographischen Hintergrund ist zu entnehmen, dass Hüter-Becker keine Wissenschaftlerin war. Sie hat jedoch aus einer sehr pragmatischen und plausiblen Herangehensweise ihre Empfehlungen von ihrem reichen Erfahrungsschatz der Physiotherapie abgeleitet. *Das Neue Denkmodell*, zurückgehend auf Hüter-Becker (1997), verlässt die klassische Einteilung der medizinischen Fachgebiete (beispielsweise die Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie). Die Folge ist, dass sich die Physiotherapie auf sich selbst fokussiert und mehr eigenständige Lösungsprozesse zulässt. Dies erfordert vernetztes Denken, da es immer den ganzen Menschen mit all seinen *Wirkorten* wie

- dem Bewegungssystem,
- den inneren Organen,
- der Bewegungsentwicklung und Bewegungskontrolle sowie

- dem Erleben und Verhalten des Patienten

betrifft. Ebenso geht es um die Störungsbilder in den vier Wirkungsorten. Es handelt sich dabei um funktionelle Auffälligkeiten, die entweder von Patient*innen angegeben oder durch Therapierende mithilfe physiotherapeutischer Untersuchungsverfahren ermittelt werden können. Die Auffälligkeiten bedürfen einer physiotherapeutischen Behandlung. Dieses Modell betont in seiner ursprünglichen Version die kurative Seite der Physiotherapie. Ergänzungen bedarf es daher in den palliativen, präventiven und erzieherischen Teilen der Physiotherapie (Hengeveld 2004, S.70-71; Hüter-Becker 2014, S.90-94). Das Modell wurde über die Jahre immer wieder erweitert und modifiziert (siehe Abb. 2.1), sodass es mittlerweile vielfältige Bereiche, die Lebenswelt und Sozialbezüge von Patient*innen in die Physiotherapie einbezieht (Hüter-Becker 2006, S.4; Hüter-Becker 2014, S.90-94; Hoßfeld 2018, S.121-24).

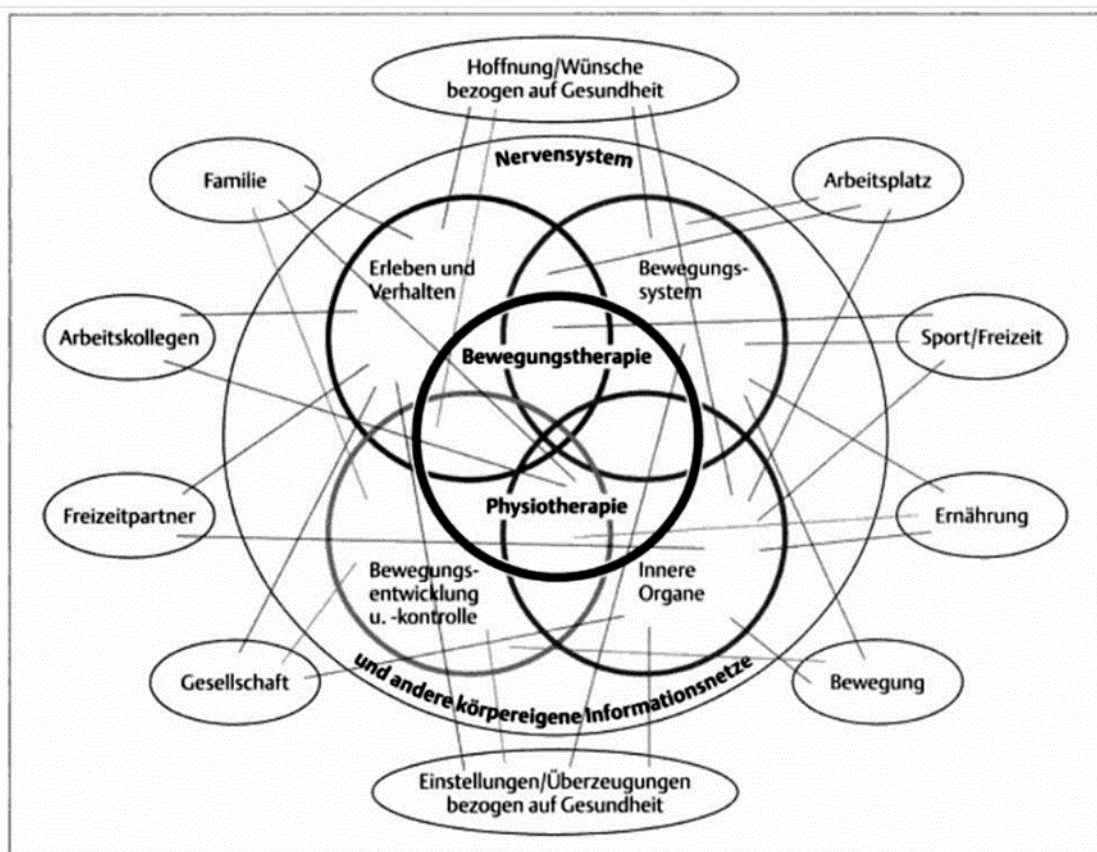


Abb. 2.1: Das Neue Denkmodell in seiner Darstellung (Hüter-Becker 2006, S.4)

Zur Erweiterung der Wirkorte folgten die

- Wirkabsichten (Ziele zwischen Therapeut*innen und Patient*innen),
- die Wirkprinzipien (Erkenntnisse der Grundlagenwissenschaften wie der Anatomie und Physiologie mit Pathologie) und
- die Wirkmittel (Summe aus Maßnahmen, Methoden und Konzepten der Bewegungstherapie) (Hüter-Becker 2014, S.90-94; Hoßfeld 2018, S.127).

Richter (2016) weist darauf hin, dass eine gründliche wissenschaftliche Überprüfung noch nicht stattgefunden hat und zeigt auf das Fehlen von notwendigen Quellenhinweisen hin. Eine Herleitung der Begriffsbestimmung bleibt weitestgehend unklar (Richter 2016, S.125). Zusätzlich soll zum *Neuen Denkmodell* die *Movement Continuum Theory of Physical Therapy (MCT)* vorgestellt werden, welche eine größere Reichweite und einen anderen Betrachtungswinkel fokussiert. Die Reichweite der MCT ist größer und grenzt in ihrer erweiterten Form vom Molekül bis an das Bildungswesen. Durch die Ermittlung des Bewegungsdefizits wird eine Brücke zur diagnostisch-therapeutisch nötigen Maßnahme geschlagen. Zudem erhebt diese Theorie den Anspruch, sich selbst aus physiotherapeutischer Perspektive mit ihrem zentralen Begriff der Bewegung gegenüber anderen Wissenschaftsdisziplinen wie der Sportwissenschaft oder der Ergotherapiewissenschaft abzugrenzen (Thiersfelder und Richter 2018, S.31–32). Die *Movement Continuum Theory of Physical Therapy (MCT)* von Cott et al. (1995) hat einen großen Impact und wird auch bei der Ausarbeitung der *Description of physiotherapy – Policy statement* des Physiotherapie-Weltverbandes *World Physiotherapy* einbezogen (World Physiotherapy 2019, S.1–6; World Physiotherapy 2023, S.1-6). Die MCT (siehe Abb. 2.2) kristallisiert einige spezifische Merkmale der Physiotherapie heraus:

Nach Cott et al. (1995) bietet die MCT eine umfassende, physiotherapiespezifische Orientierung zum Bewegungsbegriff an, indem sie pathophysiologisches Wissen mit psychologischen und sozialen Faktoren sowie dem direkten Lebensumfeld des Menschen verbindet. Gleichzeitig stellt es sich als vorteilhaft heraus, Bewegung als ein Kontinuum mit wechselseitigen Beeinflussungen zu beschreiben. Damit ist die MCT nicht allein an Dysfunktionen orientiert. Sie ist darüber hinaus in der Lage, präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen neben den Kerngebieten der Physiotherapie (Kuration und Rehabilitation) einzubeziehen. [...] Zugleich kann die MCT Theorien mittlerer Reichweite inkludieren und somit in jeder Handlungssituation einen Bezug zur physiotherapeutischen Praxis herstellen. Zudem sind Aspekte von Qualifikation, Forschung und Entwicklung berücksichtigt, indem die MCT einen theoretischen Rahmen gibt, innerhalb dessen die

Prozesse ausgestaltet und reflektiert werden (Thiersfelder und Richter 2018, S.41).

Die MCT selbst hat eine Reichweite von den Molekülen bis hin zur Umwelt der Patient*innen in der Gesellschaft (Abb. 2.2) und kann zudem interne, individuelle sowie externe Faktoren berücksichtigen. Das Besondere dieser Theorie ist, dass sie die Physiotherapie umfassender zu beschreiben vermag und von anderen bewegungsbezogenen Wissenschaften abgrenzt (Thiersfelder und Richter 2018, S.43–44).

Über ihre sechs Dimensionen

1. Flexibility,
2. Strength,
3. Accuracy,
4. Speed,
5. Adaptability und
6. Endurance

können an Patient*innen mögliche Bewegungen empirisch nachgewiesen werden. Es soll eine wissenschaftliche Brücke von Bewegungsdefiziten an Patient*innen hin zu den diagnostisch-therapeutisch nötigen Maßnahmen geschlagen werden. Um dies zu ermöglichen, bedarf es eines klinischen Denkmusters, welches am besten bereits in der Ausbildung angebahnt werden soll (Thiersfelder und Richter 2018, S.57).

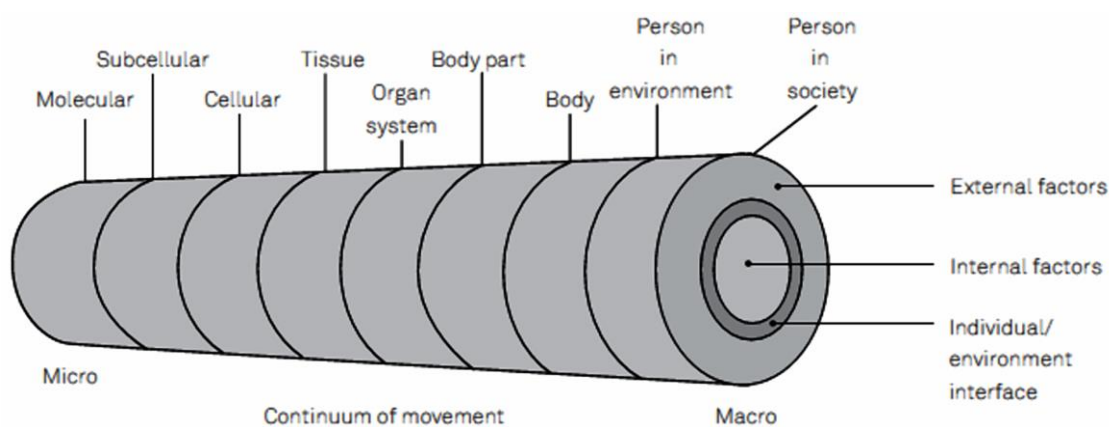


Abb. 2.2: The Movement Continuum Theory of Physical Therapy (Cott et al. 1995, S.90)

Des Weiteren gehen Nicholls und Gibson (2010) in ihrer Studie „*The body and physiotherapy*“ kritisch auf den zentralen und omnipräsenten Begriff „*Körper in der Physiotherapie*“ ein. Dieser sollte im deutlich erweiterten Sinn diskutiert und die Physiotherapie neu erfasst werden, um den Bedürfnissen des Gesundheitswesens im 21. Jahrhundert gerecht werden zu können (ebd., S.151–164). Scheel (2013, S.1-191) setzte sich als Ziel die langjährig gewachsenen Erfahrungsbestände der Physiotherapie sowie das therapeutische Handeln mit wissenschaftlichen Erkenntnissen zu „*unterfüttern*“. So beschreibt diese einen Zusammenhang von externen und leibzentrierten Menschenbildern mit anthropologischen und ethischen Ansätzen, dem „*Homo movens*“. Dieser entwickelt sich aus den vielfältigen Vergleichen von Praxiskonzepten in der Physiotherapie. Dabei zeigt sich, dass darin auch anthropologisch und ethisch relevante Inhalte enthalten sind. Diese ergeben in ihrer Gesamtaussage verdichtet die theoretische Antwort darauf, welches Bild vom Menschen leitend für die Physiotherapie sein kann. Aus ihrer beruflichen Erfahrung als Krankengymnastin entspringt Höppner (2018, S.165-180) der Leitgedanke, die Physiotherapie eingebettet in ein biopsychosoziales Verständnis zu sehen. Im Zentrum stehen dabei die komplexen Problemlagen der Patient*innen. Der Versuch die erlebten „*Defizite oder Lücken*“ zu benennen, mündete in die Beschreibung einer „*in-klusiven*“ Therapie, im Sinne von der benötigten Hilfe, resultierend aus der Lebenswelt des Menschen. Höppner spricht in diesem Zug vom Zusammenhang mit dem biosozialen Modell der *Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit*, kurz *ICF* (2022, S.21). Dieses sieht die Aktivität eines Menschen im multidimensionalen Kontext von *Körperfunktion- und -struktur, Partizipation, Umweltfaktoren, personenbezogenen Faktoren* und *dem Gesundheitsproblem*. Höppner (2018, S.177) stellt außerdem fest, dass der Begriff Lebenswelt der Patient*innen noch undifferenziert in den Konzepten und Modellen der Physiotherapie verwendet wird, wobei El-Seoud (2023) inzwischen zur Klärung der lebensweltorientierten Physiotherapie ihren Beitrag geleistet hat. Kühnast (2018, S.77–79) greift die Idee von Noronen und Wikström-Grotell (1999, S.178–179) auf und bringt erneut die Dringlichkeit einer Theorie von großer Reichweite ans Tageslicht. Diese geht auf Törnebohm (1985) zurück und zieht die Bereiche Forschung, Bildung und Praxis mit ein. Die Abbildung, Abb. 2.3 stellt vereinfacht Törnebohms Analysemodell dar. Noronen und Wikström-Grotell (1999), greifen dieses auf und stellen fest „*dass die Physiotherapie als angewandte Wissenschaft ihre Identität auf ihren spezifischen Feldern Forschung, Bildung und Praxis noch nicht hinreichend definiert hat [...]*“ (Noronen und Wikström-Grotell 1999, S.175).

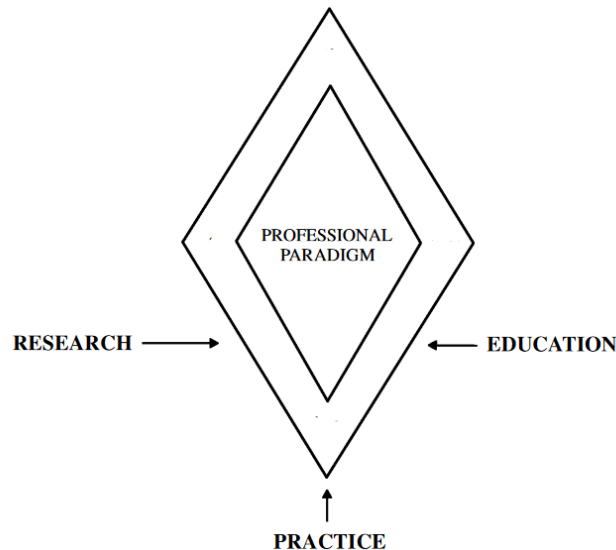


Abb. 2.3: Das professionelle Paradigma mit seinen Kernbegriffen *Forschung, Bildung und Praxis* nach Törnebohm (1985) mit vereinfachter Darstellung, entnommen aus Noronen und Wikström-Grotell 1999, S.181

Kühnast (2018, S.77–79) versucht in Ansätzen die Kernbegriffe des Modells *Forschung, Bildung* und *Praxis* näher zu definieren, da dies von Noronen und Wikström-Grotell selbst nicht vorgenommen wurde. Dafür unternimmt Kühnast (2018) den Versuch, Faktoren herauszustellen, welche einer näheren Analyse und Ausarbeitung für die Professionalisierungsbestrebungen der Physiotherapie in Deutschland bedürfen und ordnet diese den Kernbegriffen zu. Den Kernbegriff *Forschung* betreffend, fehlt es ihr an physiotherapeutischem Grundlagenwissen sowie dem Kernbegriff der *Bildung* beispielsweise an Lösungsansätzen, welche den Anforderungen an die Physiotherapie bezüglich der Qualität der Leistungen und der Qualifikation für ein Gelingen der Patientenversorgung entsprechen. Der Kernbegriff *Praxis* zeigt etwa den erheblichen Bedarf an weiterführenden Diskussionen und Forschungen zum Potenzial der Praktiker*innen auf (ebd., S.76–77). Als Quintessenz kann gezogen werden, dass die Bereiche *Forschung, Bildung* und *Praxis* zentrale Teilgebiete sind, um eine berufsspezifische Basis auf - und auszubauen sowie den Anforderungen an eine Profession gerecht werden zu können (ebd., S.79). Das Neue Denkmodell und die Movement Continuum Theory zeigen sich in ihrer Reichweite nicht ausreichend, um eine vollständige Beantwortung der Fragestellungen hinsichtlich der physiotherapeutischen Entwicklungsmöglichkeiten in der vorliegenden Arbeit gerecht zu werden. Somit wird auf das *Professionelle Paradigma nach Törnebohm* (1985) im Modellentwurf des folgenden Kapitels zurückgegriffen.

2.7 Modellentwurf mit Theoriebegründung

Richter (2016) ist zu entnehmen, dass bisher noch keine passgenaue Einordnung der Physiotherapie in ihrer Gesamtheit erfolgt ist (ebd., S.10). Jedoch liegen für eine theoretische Fundierung der Physiotherapie einige Zugänge vor, welche diese vor allem aus einem speziellen Blickwinkel heraus beschreiben (Hüter-Becker 1997; Noronen und Wikström-Grotell 1999; Klemme et al. 2007; Cott et al. 1995). Auf Grund dem Aufbau der vorliegenden Arbeit und ihren dargelegten Unterkapiteln zeigt sich, dass das Modell nach Törnebohm, zitiert aus Noronen und Wikström-Grotell (1999, S.175-183) den Anforderungen des Modells für die anstehende Studie am meisten entspricht, jedoch einer Ergänzung bedarf.

2.7.1 Modellentwurf

Dabei soll die Zuordnung in Anlehnung an Törnebohm (1985) geschehen, zitiert aus Noronen und Wikström-Grotell (1999, S.175-183). Deren wesentlichen drei Ebenenbereiche PRACTICE, EDUCATION und RESEARCH sind im Folgenden in Großbuchstaben übertragen. Wie aus der Aufarbeitung des bisherigen Hintergrundes abgeleitet werden kann, scheinen die spezifischen nationalen Gegebenheiten (World Physiotherapy 2019, S.2, World Physiotherapy 2023, S.2) eine nicht zu vernachlässigende Größe auszumachen (siehe Kapitel 2.2 und 2.3). Daraus resultierend soll das Modell um den *institutionellen Ebenenbereich* ergänzt werden (Abb. 2.4). Im Fortlauf der Arbeit wird das Konstrukt als Modell der physiotherapeutischen Realität (MPTR) bezeichnet.

- Der Ebenenbereich der *beruflichen* Realität (PRACTICE): Dazu gehören die Physiotherapie mit ihren Aufgabenbereichen in Klinik und Praxis (siehe Kapitel 2.1). Zur Tätigkeit der Physiotherapie in Deutschland gehören der präventive, kurative, rehabilitative und palliative Bereich sowie die Durchführung einer Behandlung mit Befund, Planung, Evaluation und Dokumentation und die dazu nötigen Maßnahmen (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2013, S.3–4; Berufsordnung 2019, S.3).
- Der Ebenenbereich der *Bildung und Lehre* (EDUCATION): Dazu gehören die Inhalte der beruflichen Bildung, die vorhandene Bildung an Hochschulen und Universitäten sowie die externen Fortbildungen. Dieser Ebene werden ebenso die Ausübung der Lehre und die Ausbildung des Lehrpersonals zugeordnet (siehe Kapitel 2.4).

- Der *institutionelle Ebenenbereich (INSTITUTIONS AND LEGAL FRAMEWORK)* der Physiotherapie (siehe Kapitel 2.2 und 2.3): Dazu gehören als Institutionen die Politik, Krankenkassen und Verbände, ebenso die dort hervorgehenden Gesetze und Richtlinien der Physiotherapie des jeweiligen Landes - im Rahmen der vorliegenden Arbeit am Beispiel von Deutschland.
- Der Ebenenbereich der *Innovation und des Fortschritts (RESEARCH)*: Dazu gehören Forschung, Modell-, Theorie-, Disziplinentwicklung des Bereiches der Physiotherapie, wie beispielsweise in Kapitel 2.5 beschrieben.

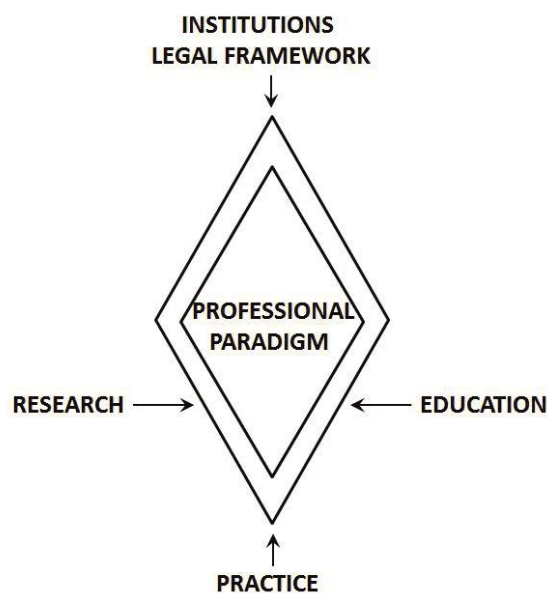


Abb. 2.4: Das professionelle Paradigma mit seinen Kernbegriffen Forschung, Bildung und Praxis nach Törnebohm (1985) mit vereinfachter Darstellung, entnommen aus Noronen und Wikström-Grotell (1999, S.181) und ergänzt um den Ebenenbereich Institutionen (institutions), welcher die rechtlichen Rahmenbedingungen (legal framework) enthält

Richter et al. (2019) sprechen davon, dass es ein Theoriegebäude zu errichten gilt:

[...] Es benötigt eine Beschreibung der wissenschaftstheoretischen Grundlagen der Disziplin, d. h. sinnbildlich ist ein eigenes Theoriegebäude zu errichten und dieses in Wissenschaft, Ausbildung und Praxis der Physiotherapie zu integrieren, um sich in Anwendungsforschung und Theoriebildung darauf zu beziehen und somit eine gelingende Wissenschaft-Profession-Beziehung zu gestalten. (Richter et al. 2019, S.40)

2.7.2 Beschreibung des Modells der physiotherapeutischen Realität (MPTR)

Höppner und Richter (2018, S.26) stellen für die Charakterisierung eines Modells in der Physiotherapie Leitfragen vor, welche in ihren Ursprüngen auf Frigg (2020) zurückgehen.

In Anlehnung an diese Charakterisierung und in Bezug auf Döring und Bortz (2016, S.34, S.74, S.75, S.185) werden Fragen zur

1. begrifflichen Funktion (Gegenstandsbezug) gestellt.
2. Welcher Art ist das Modell (Ontologie)?
3. Fragen die Epistemologie betreffend.

Des Weiteren ist eine kurze Ausarbeitung dieser beiden Themen vorgesehen:

4. In welcher Beziehung steht das Modell zur Theorie?
5. Was sind der Zweck und die Folgen dieses wissenschaftlichen Modells?

Es folgt die Beantwortung der angekündigten Fragen:

- 1) Der Gegenstandsbezug des Modells (MPTR) sollte die *physiotherapeutische Realität (PTR)* einbeziehen. Das Ziel ist, die Physiotherapie in ihrer Ganzheitlichkeit so präzise wie möglich durch das konstruierte Modell abzubilden.
- 2) Das Modell beschäftigt sich mit der Frage, welche Phänomene (Gegenstände) *die physiotherapeutische Realität* beinhaltet und wie sie zukünftig in ihrer Ganzheitlichkeit durch ihre vier Ebenenbereiche bezüglich der vier Kernbegriffe beschrieben oder erklärt werden kann.

Nach erfolgter Sichtung der Literatur und der Wahrnehmung der Praxisbezüge lässt sich daraus erschließen, dass bisher wenig genaue Beschreibungen des Begriffes Phänomene in der Physiotherapie vorliegen. Ein Blick in das Lexikon der Physiotherapie zeigt, dass der Begriff Phänomen lediglich als

*Erscheinung, Zeichen, (objektives) Symptom; etym: griech.: phainomenon
[...] (Zalpour 2014, S.1010)*

wiedergegeben wird. Dabei bietet der Begriff als Forschungsgegenstand keine Aufbereitung.

Ein weiterer Zugang soll über den Begriff der *Phänomenologie* aus Sicht der Medizin erfolgen:

In der Medizin die Lehre von den Krankheitszeichen; allgemeiner eine nicht einheitlich verwendete Bezeichnung für die wissenschaftliche Erfassung dessen, was für den Menschen erkennbar ist, also zum Phänomen wird (sog. Erscheinungslehre). (Psyhyrembel 2022a)

In dieser Definition wird der *wissenschaftlichen Erfassung* schon eine gewisse Bedeutung beigelegt.

In Anlehnung an die Nachbardisziplin Pflege soll eine Definition von *Pflegephänomen* wiedergegeben werden, um diese im nächsten Schritt auf die Physiotherapie zu übertragen.

Pflegerelevante Begriffe und Aspekte des Menschseins, des menschlichen Lebens im Zusammenhang mit Gesundheit, Krankheit und der menschlichen Entwicklung bis hin zum Sterben. Dabei kann es sich um körperliche (Harninkontinenz), psychische (Demenz, Verwirrtheit), seelische (Hoffnung, Trauer) und soziale (Probleme bei der Selbstversorgung) Aspekte handeln. (Psyhyrembel 2022b)

An dieser Stelle kann angeführt werden, dass beim Begriff der *Pflegephänomene* schon mehrere Facetten, wie körperliche, seelische und sogar soziale Aspekte miteinbezogen werden.

Eine davon abgeleitete Definition für die Physiotherapie könnte folgendermaßen lauten: Phänomene in der Physiotherapie sind:

Physiotherapeutisch relevante Aspekte des Menschseins, des menschlichen Lebens im Zusammenhang mit Gesundheit, Krankheit und der menschlichen Entwicklung bis hin zum Sterben. Dabei kann es sich um körperliche (z. B. Arthrose, Rückenschmerzen, Lungenerkrankungen, neurologische Erkrankung), psychische (z. B. Demenz, Depressionen), seelische (z. B. Hoffnung, Trauer) und soziale (z. B. Probleme bei der Selbstversorgung) Aspekte handeln.

Zu erkennen ist, dass sich die Phänomene nach dieser Definition hauptsächlich auf den Ebenenbereich der beruflichen Realität, den Kernbegriff PRACTICE beziehen. Die Physiotherapie als ganzheitlicher Gegenstand gliedert sich dem entwickelten Modell (MPTR) nach in vier Ebenenbereiche. Will man den Ebenenbereich der beruflichen Realität analysieren, geraten als Phänomene das Handeln von Physiotherapeut*innen beispielsweise bei Krankheit oder die zu untersuchenden Maßnahmen in Praxis oder Klinik in den Fokus.

Wie schon oben aufgezeigt, könnte aber auch das Verhalten oder Erleben im psychischen oder sozialen Bereich der zu betrachtenden Personen im Mittelpunkt stehen. Ausschlaggebend für die gesuchte Erkenntnis ist die dafür nötige Auswahl des individuellen Blickwinkels, der schon existierenden Modelle und Theorien der Physiotherapie (siehe Kapitel 2.6), vor dem Hintergrund ebenso diverser Forschungsparadigmen (Grant und Giddings 2002 S.10-28) und -methoden (Nicholls 2009a, S.586–592; Nicholls 2009b, S.638–647). Zusätzlich gilt es zu beachten, dass es ebenso Phänomene im Ebenenbereich Bildung und Lehre sowie Ebenenbereich der Innovation und des Fortschritts geben könnte, welche sich beispielsweise mit der Zukunft des Gebietes der Physiotherapie beschäftigen. Des Weiteren ist es nötig, dass sich das Modell bei der Integration von fachlichen und praktischen Inhalten in der Empirie bewährt. Dabei geht es im Speziellen um den Pragmatismus, welcher das Lösen von Problemen in den Fokus stellt (Döring und Bortz 2016, S.74).

3) Zur Epistemologie: Die Physiotherapie wurde in der Vergangenheit nicht in allen Ebenenbereichen mit Blick auf ihre Gesamtheit der physiotherapeutischen Realität (PTR) beschrieben, sondern es wurden bestimmte Eigenschaften und Beziehungen meist innerhalb des *Ebenenbereiches der beruflichen Realität* mit Schwerpunkt Körper oder Bewegung betrachtet (siehe Kapitel 2.5 und 2.3.5). Somit konnten einige wesentliche Fragestellungen im Bereich der Physiotherapie noch nicht detailliert und zufriedenstellend diskutiert und beantwortet werden (Nicholls und Gibson 2018; Noronen und Wikström-Grotell 1999; Höppner und Richter 2018). Da es sich bei der vorliegenden Arbeit um einen explorativen Feldzugang handelt und pragmatische Erkenntnisse von Bedeutung sind, wird das Mixed-Methods-Design als prädestinierte Forschungsmethode der vorliegenden Arbeit gesehen (Döring und Bortz 2016, S.74). Noronen und Wikström-Grotell (1999) wissen um das Spannungsfeld der Physiotherapie zwischen Theorie und Praxis. Wenn der Mensch in seinem Gegenstandsbezug ontologisch nicht nur auf Bewegung oder den Körper reduziert wird, so muss auch die Forschung vollständig und umfassend qualitativ und quantitativ Verwendung finden (Noronen und Wikström-Grotell 1999, S.177–178). Wie Riedl und Schelten (2013) in Bezug auf ihren Bereich der Berufs- und Wirtschaftspädagogik beschreiben, geht es zukünftig auch in der Physiotherapie darum, die Stärken jeglichen forschungsmethodischen Vorgehens passgenau zur Fragestellung auszuwählen. Kurz gesagt kann sich so jeder Forschungsmethodik geistes- und naturwissenschaftlicher Art bedient werden (Probst 2007),

ebenso vor dem Hintergrund diverser Forschungsausrichtungen wie beispielsweise dem Positivismus, Interpretivismus, Sozialkritik oder Poststrukturalismus (Grant und Giddings 2002 S.10-28).

- 4) Zur Frage: „*In welcher Beziehung steht das Modell zur Theorie?*“ Das Modell steht in Bezug zu anderen Modellen und Theorien, indem sich vermuten lässt, dass es bereits bestehende Ansätze wie das Neue Denkmodell nach Hüter-Becker (2006) oder die MCT nach Cott et al. (1995) in seine jeweilige Ebene zu integrieren vermag. Das MPTR selbst basiert auf dem Professionellen Paradigma nach Törnebohm (1985) zitiert in Noronen und Wikström-Grotell (1999, S.181) und wurde um den *Ebenenbereich der Institutionen* und *rechtliche Rahmenbedingungen* erweitert (siehe Kapitel 2.7.1).
- 5) Der Zweck dieses Modells ist die Integration und Beschreibung physiotherapeutischer Phänomene der vier Ebenenbereiche in ihrer eigenen wissenschaftlichen Disziplin. Des Weiteren geht es um die Darstellung der Korrespondenz in und zwischen seinen Ebenenbereichen.

In Kapitel 3 werden nun die Forschungsfragen herausgearbeitet, für deren Klärung das Modell der physiotherapeutischen Realität großzügig im weiteren Verlauf der Arbeit Verwendung findet.

3. Forschungslücken und Forschungsfragen

3.1 Forschungslücken

Der Einstieg in die vorliegende Arbeit erfolgt durch eine Beschreibung zentraler Problematiken des Gesundheitswesens in Kapitel 1. Dabei handelt es sich einerseits um den Fachkräftemangel (Bundesagentur für Arbeit 2023, S.15, S.19) und andererseits um den demografischen Wandel, welcher mit einer Multimorbidität der alternden Bevölkerung einhergeht. Die daraus resultierende Überlastung - einer steigenden Patientenzahl bei zeitgleichem Personalmangel - drängt bis in den Bereich der Physiotherapie (Wissenschaftsrat 2012, S.14–16; Giger 2015, S.31; Statistisches Bundesamt 2020). Eine Ausschöpfung schlummernder Potenziale und das Aufzeigen von Entwicklungsmöglichkeiten wird als zentraler Baustein für den dringend gebotenen Fortschritt auf diesem Gebiet gesehen. Zudem zeigt Kapitel 2 eine deutliche Diskrepanz zwischen der nationalen

und internationalen Entwicklung der Physiotherapie auf. Die historische Genese der Physiotherapie in Deutschland führt dazu, dass diese in ihrer Entwicklung besondere Herausforderungen mit sich bringt, worauf einige der Forschungslücken zurückzuführen sind. Wie im geschichtlichen Hintergrund dargestellt, weist die Physiotherapie in Deutschland eine lange Tradition der ärztlichen Abhängigkeit auf. Zudem stand diese lange Zeit ausschließlich mit dem Körper und der Bewegung im Zentrum der Betrachtung (Hüter-Becker 2004, S.5-32; Noronen und Wikström-Grotell 1999, S.177–178). Es folgt außerdem die Erkenntnis, dass physiotherapeutische Modelle und Theorien von großer Reichweite, welche zur Beschreibung der Physiotherapie in ihrer Gesamtheit beitragen würden, noch ausstehend sind (Noronen und Wikström-Grotell 1999, S.178–179). Ziel der vorliegenden Arbeit ist der Versuch, die Physiotherapie in Deutschland in ihrer Ganzheitlichkeit als physiotherapeutische Realität (PTR) zu beschreiben sowie ihre Entwicklungsmöglichkeiten in der beruflichen Realität aufzudecken. Das Forschungsinteresse basiert auf Studien, welche sich mit der Physiotherapie in Deutschland beschäftigen und eine passgenaue Anschlussforschung zur Hauptforschungsfrage „*Wie gestalten sich die Entwicklungsmöglichkeiten der Physiotherapie am Beispiel von Deutschland*“ zulassen (Baeumer 2007, S.2-11; Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2014; Rübiger und Blümke 2018). Die historische Genese des Berufes hatte nicht nur Einfluss auf dessen Entwicklung und Ausbildung mit relativ spät einsetzender Akademisierung im Jahre 2009 (Deutscher Bundestag 2009, S.3158–3160), sondern auch auf die damit in Verbindung stehenden Gesetze, beispielsweise § 30 SGB VII und die Richtlinie § 3 HeilM-RL (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1996; Gemeinsamer Bundesausschuss 2022, S.9), welche die Ausübung in der Praxis regulieren. Die anschließende Untersuchung folgt der Empfehlung der *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GesinE)* des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Es gilt, den Bereich der Gesundheitsfachberufe tiefer zu ergründen und dadurch Erkenntnislücken zu schließen (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2014, S.115, S.121, S.194). Mit Bezug auf diese Studie wird im Folgenden die Feststellung aufgegriffen, dass wenig Passung von Ausbildung mit der Berufspraxis in Deutschland im Bereich Physiotherapie vorhanden ist (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2014, S.121). Somit gilt es zu klären, inwieweit die momentane Ausbildung konkret eine Unstimmigkeit mit der Berufspraxis aufweist. Die deklarierte Frage ist, ob die gelernten Tä-

tigkeiten im beruflichen Alltag der Befragten überhaupt umgesetzt werden können. Nachdem Baeumer (2007, S.2-11) die Frage nach der *Professionalisierung* bei insgesamt 209 Physiotherapeut*innen stellt und herausfindet, dass lediglich drei Teilnehmer explizit darauf geantwortet haben, soll die *Bedeutung des Begriffs der Profession* für die Physiotherapie in der vorliegenden Arbeit erfragt werden. Zudem zeigt die Studie von Räßiger und Blümke (2018), dass bei der Mehrheit (83 %) der akademisierten Physiotherapeut*innen das vorherige Einsatzgebiet bestehen bleibt. Entsprechend zielt eine weitere Erhebung der vorliegenden Arbeit darauf ab, möglichst viele Informationen über das erweiterte berufliche Spektrum der akademisierten Therapierenden zu erfahren.

Im Folgenden wird ein Forschungsinteresse hinsichtlich zweier Blickrichtungen angestrebt. Zum einen ein empirisches zur Umsetzbarkeit der physiotherapeutischen Tätigkeiten im beruflichen Alltag mit eigenständiger Befunderhebung, Planung der Therapie, Durchführung geeigneter Maßnahmen, Dokumentation und Evaluation der Behandlungsergebnisse (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2013, S.3–4, Berufsordnung 2019) sowie zur Bedeutung der Physiotherapie als Profession und zur Beschreibung der physiotherapeutischen Realität in ihrer Ganzheitlichkeit und zum anderen eines mit Fokus auf den theoretischen Rahmen der Physiotherapie. Nationale, aber auch internationale Autoren wie beispielsweise Höppner und Richter (2018), Noronen und Wikström-Grotell (1999) oder Mayer und van Hilten (2007) weisen auf die Notwendigkeit der Theorieentwicklung in der Physiotherapie hin. Ein kleiner Beitrag soll dafür geleistet werden, indem der paradigmatische Ansatz nach Törnebohm (1985), zitiert aus Noronen und Wikström-Grotell (1999, S.175-183), zur obligatorischen theoretischen Verortung in der vorliegenden Arbeit verwendet, in diesem Zuge modifiziert und nach Möglichkeiten weiterentwickelt wird.

Im Folgenden sollen die aus den vorhergehenden Kapiteln resultierenden Forschungsfragen zusammengestellt werden.

3.2 Forschungsfragen

Aus der vorangegangenen Darstellung ergibt sich folgende Hauptforschungsfrage: Wie gestalten sich die Entwicklungsmöglichkeiten der Physiotherapie am Beispiel von Deutschland? Zudem lassen sich aus den ermittelten Forschungslücken (siehe Kapitel 3.1) folgende weitere Forschungsfragen für das multiperspektivische empirische Forschungsvorhaben ableiten:

- Inwieweit können die ausgewählten, gelehrten physiotherapeutischen Tätigkeiten im beruflichen Alltag Anwendung finden (siehe Kapitel 6.1)?
- Was bedeutet die Physiotherapie als Profession für die in Deutschland arbeitenden Physiotherapeut*innen (siehe Kapitel 6.2)?
- Wie ergänzen die Ansichten der Expert*innen die vorhergehenden Fragen des Online-Fragebogens (siehe Kapitel 7.5)?
- Was ist die physiotherapeutische Realität in Deutschland (siehe Kapitel 6.3)?
 - Darstellung auf der Ebene des Fortschritts
 - Darstellung auf der institutionellen Ebene
 - Darstellung auf der bildenden Ebene
 - Darstellung auf der Ebene der beruflichen Realität
- Lassen sich im Modell der physiotherapeutischen Realität Zusammenhänge zwischen den Ebenenbereichen feststellen (siehe Kapitel 6.4)?
- Welche Schlussfolgerungen resultieren aus den Forschungsergebnissen der vorliegenden Arbeit, bezogen auf die Entwicklung der Physiotherapie in Deutschland (siehe Kapitel 7.6)?

4. Methodische Herangehensweise

Für das gesamte Forschungsprojekt wurde ein explorativer Zugang gewählt. Dieser setzt sich aus einem sequenziell vertiefenden Mixed-Methods-Design zusammen, welches aus einem Survey (siehe Anhang A) und aus Experteninterviews (siehe Anhang C) mit der Durchführung einer strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz, besteht (Rädiker und Kuckartz 2019; Kuckartz 2018; Kuckartz 2014). In Kapitel 7.5 resultiert daraus die Möglichkeit einer Triangulation (Döring und Bortz 2016, S.75, S.185).

4.1 Entwicklung des Surveys

Das methodische Vorgehen bei der Datenerhebung mit Survey (siehe Anhang A) und dessen Berichterstattung wurde an den *Leitfaden Consensus-Based Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS)* nach Sharma et al. (2021, S.3179–3187) angelehnt:

4.1.1 Betitelung und Kurzfassung

Als Titel des Surveys (siehe Anhang A) wurde lediglich „Physiotherapie-Studie“ gewählt. Dafür wurde ein Online-Fragebogen entwickelt, der erheben soll, ob die befragten Personen ihren physiotherapeutischen Tätigkeiten im beruflichen Alltag nachkommen können. Zudem sollen Erkenntnisse zur Bedeutung der Physiotherapie als Profession gewonnen werden.

4.1.2 Einführung, Grundlegendes und Begrifflichkeiten

Gleich zu Beginn des Online - Fragebogens erscheint die Einwilligungserklärung (siehe Anhang A). Erst nach deren Zustimmung gelangten die Befragten zum Survey. Die anschließende Untersuchung folgt der Empfehlung der Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GesinE) des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Es gilt, den Bereich der Gesundheitsfachberufe tiefer zu ergründen und dadurch Erkenntnislücken zu schließen (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2014, S.115, S.121, S.194). Mit Bezug auf diese Studie wird im Folgenden die Feststellung aufgegriffen, dass wenig Passung von Ausbildung im Bereich Physiotherapie vorhanden ist (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2014, S.121). Somit gilt es zu klären, inwieweit die momentane Ausbildung konkret eine Un-

stimmigkeit oder Stimmigkeit mit der Berufspraxis aufweist. Dazu werden physiotherapeutische Tätigkeiten aus den folgenden beiden Zitaten, dem „Lehrplan für die Berufsfachschulen für Physiotherapie“ (siehe Kapitel 2.4.1) sowie der bundesweit gültigen „Berufsordnung“ (siehe Kapitel 2.3.5) extrahiert. Die in beiden Texten parallel vorkommenden Tätigkeiten (**hervorgehoben**) werden als physiotherapeutische Basistätigkeiten bezeichnet:

*Der Physiotherapeut führt auf der Grundlage der entsprechenden gesetzlichen Regelungen eine **eigenständige Befunderhebung** durch. [...] Entsprechend seinen Untersuchungsergebnissen **plant er die Therapie**, führt **geeignete Maßnahmen durch, dokumentiert seine Verfahrensweisen und evaluiert seine Behandlungsergebnisse** (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2013, S.3–4).*

Eine ähnliche Beschreibung mit den gleichen physiotherapeutischen Tätigkeiten findet sich zudem in der bundesweit vorliegenden Berufsordnung, §1 Berufsausübung (Berufsordnung 2019, S.3). So soll für die Befragung sichergestellt werden, dass die ausgewählten physiotherapeutischen Basistätigkeiten bundesweit bekannt sind.

*[...] Kennzeichen aktiver Physiotherapie ist die Bewegungstherapie einschließlich der Krankengymnastik, ergänzt oder vorbereitet durch **Maßnahmen** der Physikalischen Therapie. Entsprechend der ärztlichen Diagnose untersucht der Physiotherapeut die individuelle Ausprägung der funktionellen Auffälligkeiten und interpretiert ihre Wertigkeit. Im physiotherapeutischen Prozess ist dieser **physiotherapeutische Befund** die Grundlage, auf der Physiotherapeuten den Behandlungsverlauf und das Behandlungsziel in Absprache mit den Patienten und/oder den Angehörigen oder anderen Bezugspersonen **planen**. Untersuchungsergebnisse, Therapieziele, Behandlungsplan und -verlauf sowie die Behandlungsergebnisse werden von Physiotherapeuten dokumentiert. Diese **Dokumentation** dient der Therapiesteuerung, der **Erfolgskontrolle**, der Qualitätssicherung sowie der Information des Arztes und anderer an der Behandlung/Betreuung Beteiligter (ebd., S.3).*

Die zentrale Frage ist, ob die ausgewählten Basistätigkeiten zu denen eine **eigenständige Befunderhebung, Planung der Therapie, Durchführung geeigneter Maßnahmen, Dokumentation und Evaluation der Behandlungsergebnisse** gehören (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2013, S.3–4; Berufsordnung 2019, S.3), in der beruflichen Realität der Befragten überhaupt umgesetzt werden können. Von Interesse ist ebenso, welche Gründe der Zielerfüllung eines effektiven Arbeitens entgegenwirken sowie die Gründe für das Unterlassen von physiotherapeutischen Basistätigkeiten.

Nachdem Baeumer (2007, S.2-11) die Frage nach der Professionalisierung bei 209 Therapeuten stellt und herausfindet, dass lediglich drei Teilnehmende explizit darauf geantwortet haben, soll die Bedeutung des Begriffs der Profession für die Physiotherapie in der vorliegenden Arbeit in Form einer offenen Frage 25 (siehe Anhang A) erfasst werden.

Zudem zeigt die Studie von Rübiger und Blümke (2018), dass bei der Mehrheit (83 %) der akademisierten Physiotherapeut*innen das vorherige Einsatzgebiet bestehen bleibt. Entsprechend zielen alle Erhebungen der vorliegenden Arbeit darauf ab, möglichst viele Informationen über das erweiterte berufliche Spektrum der akademisierten Physiotherapeut*innen zu erfahren.

Der Online-Fragebogen besteht aus drei Teilen:

Die Fragen 1-10 dienen zur Informationsgewinnung über die Stichprobe.

Die Fragen 11-24 enthalten die geschlossenen Fragen zu den Basistätigkeiten.

Die Frage 25 wird als offene Frage gestellt und betrifft die Profession.

4.1.3 Ziel

Im Rahmen des Surveys (siehe Anhang A) soll ein möglichst realistisches Abbild der Gesamtheit der in Deutschland fertig ausgebildeten und arbeitenden Physiotherapeut*innen gewonnen werden. Zudem steht im Zentrum die Erkenntnisgewinnung, inwieweit die ausgewählten, gelehrten physiotherapeutischen Basistätigkeiten der bundesweit gültigen Berufsordnung (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2013, S.3-4; Berufsordnung 2019) im beruflichen Alltag Anwendung finden können. Auch wird nachgefragt welche Bedeutung der Begriff Profession für die in Deutschland arbeitenden Physiotherapeut*innen hat.

4.1.4 Methodischer Zugang und Studiendesign

Es handelt sich um ein Cross-Sectional-Survey(siehe Anhang A). Um eine möglichst große und breite Zielgruppe zu erreichen, erfolgte die Erhebung mit einem Online-Fragebogen. Dieser wurde mit „SurveyMonkey“ erstellt. Anschließend erfolgt die deutschlandweite Werbung in einem sozialen Netzwerk für User, welche in ihrem Beruf „Physiotherapeut“ oder „Physiotherapeutin“ angegeben hatten. Um eine hohe Neutralität zu gewährleisten,

wurde bewusst auf die Beteiligung von Verbänden aus dem Bereich Physiotherapie verzichtet. Die Teilnehmenden gelangten dorthin, wenn sie auf den Anzeige-Link klickten. Die Freischaltung des Online-Fragebogens erfolgte über einen Zeitraum von 10 Tagen, vom 14.01.2019 bis zum 24.01.2019.

Es wurde ein Online-Fragebogen bestehend aus drei Teilen entworfen. Der erste Teil des Fragebogens (Fragen 1-10) sollte Informationen zu einer möglichst genauen Beschreibung der Stichprobe bereitstellen.

Im zweiten Teil (Fragen 11-24) befanden sich Single-Choice-Fragen, welche die physiotherapeutischen Basistätigkeiten aus Berufsprofil (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2013, S.3–4; Berufsordnung 2019) und der bundesweit vorliegenden Berufsordnung (Berufsordnung 2019, S.3) abfragten, um die Stellen der Übereinstimmung, aber auch der Diskrepanzen zu ermitteln. Wählten die Physiotherapeut*innen die Antwortmöglichkeiten „immer“ oder „fast immer“ waren im Gegensatz zu den Antwortmöglichkeiten „selten“ oder „nie“ kaum Diskrepanzen bei der Umsetzung im Alltag zu erwarten. Bei den zuletzt genannten Optionen wurde wegen der zu erwartenden Diskrepanz, um eine Begründung gebeten. Dazu erschien am Display der Teilnehmenden eine Multiple-Choice-Frage, welche mehrere Antwortmöglichkeiten zuließ. Ziel war es, eine möglichst genaue Begründung des Handelns der Physiotherapeut*innen in Erfahrung zu bringen.

Die Antwortmöglichkeiten zur Begründung des Weglassens der Tätigkeit waren:

- aufgrund beruflicher Rahmenbedingungen,
- die zur Verfügung stehende Zeit pro Behandlungseinheit,
- die Aussichtslosigkeit auf Vergütung der beruflichen Tätigkeit,
- das Fehlen als Bestandteil der ärztlichen Verordnung,
- unnötig,
- sonstiges oder
- weil es nicht Teil der Ausbildung war

Bei der Option „sonstiges“ können die befragten Physiotherapeut*innen nicht näher darauf eingehen. An späterer Stelle wird mithilfe der Expertenantworten die fehlende Information ergänzt (siehe Kapitel 7.5).

Zusätzlich wurde die Bedeutung der Physiotherapie als Profession in den Online-Fragebogen (Frage 25) inkludiert. Diese stellte als einzige offene Frage eine Ausnahme dar und benötigte zudem eine qualitative Auswertung mit Hilfe von MAXQDA, welche in Kapitel 5.1.2 näher beschrieben ist. Zudem wurden die mit dem Survey erhobenen Daten bei der Triangulation in Kapitel 7.5 ergänzt.

4.1.5 Stichprobe

Die Fragen 1-10 im Online-Fragebogen (siehe Anhang A) dienen einer exakten Bestimmung der Stichprobe. Abgefragt wurden Informationen über das Geschlecht, Alter, den höchsten Abschluss im Beruf „Physiotherapie“, den Standort der Physiotherapieberufsfachschule, die gesamte Ausbildungszeit, die Berufserfahrung, Ort der Tätigkeit, Versicherungsart der Patienten*innen, die durchschnittliche Behandlungszeit und Angaben über das Vorhandensein einer Heilpraktiker- oder sektoralen Heilpraktikerausbildung. Die teilnehmenden Personen mussten eine Ausbildung oder ein Studium der Physiotherapie in Deutschland absolviert haben. Als Bestätigung dafür sollte der Ort der Ausbildung bzw. des Studiums genannt werden (siehe Anhang B). Ebenso war für die Befragung der Zugang zu einem funktionierenden Computer mit Internetzugang vorausgesetzt.

4.1.6 Ethische Unbedenklichkeit

In Anhang E sind zwei Unbedenklichkeitserklärungen der Studie der vorliegenden Arbeit hinterlegt. Zum einen befindet sich dort eine Bestätigung der TU München, dass für das Forschungsvorhaben „Die Physiotherapie in Deutschland – eine theoretische und empirische Analyse“ kein Ethikvotum erforderlich war. Zum anderen äußert die Ethik-Kommission der Universität zu Lübeck auch im Nachhinein keine Bedenken gegen die Studien. Diese Mitteilung erfolgte am 11.11.2024 in einem Schreiben mit dem Aktenzeichen 2024-584 11.11.2024/IK.

4.1.7 Statistische Analyse

Die Daten der Fragen 11-24 wurden anhand von Microsoft Excel deskriptiv ausgewertet (siehe Kapitel 6.1). Berechnet wurde hier aufgrund der kategorialen Daten (vierstufige-Likert-Skala) die absolute Anzahl der gewählten Antwortkategorien sowie der Durchschnitt und die prozentuale Verteilung der Antworten.

Für die offene Frage 25 des Surveys folgt eine computergestützte Analyse nach Kuckartz (2018), wobei die Merkmale der Profession nach Zalpour (2008) als deduktives Kategoriensystem Verwendung finden.

4.1.8 Datenauswertung und verwendete Software

Da es sich um ein hoch komplexes, mehrstufiges und vertiefendes Forschungsdesign handelt, wird der Datenauswertung das eigene Kapitel 5 gewidmet.

4.1.9 Missing data

Es wurden nur vollständig ausgefüllte Umfragen erfasst.

4.1.10 Antwortverzerrungen

Nicht auswertbare oder ungültige Antworten zur offenen Frage 25 des Surveys wurden als solche in dafür induktiv erzeugte Kategorien aufgenommen (siehe Kapitel 6.2.2). Bei den geschlossenen Fragen 11-24 wurde eine vierstufige Likert-Skala verwendet, um einer Tendenz zur Mitte vorzubeugen.

4.1.11 Gewichtung

Es wurde keine Gewichtung verwendet.

4.1.12 Ergebnisse, Diskussion und Interpretation

Die Ergebnisse sind in den Kapiteln 6.1 und 6.2 der vorliegenden Arbeit dargestellt. Zudem werden die Ergebnisse in Kapitel 7.2 und 7.3 diskutiert sowie in Kapitel 7.5 einer Triangulation unterzogen. Dadurch werden die Ergebnisse noch einmal zusätzlich vertieft.

4.2 Entwicklung der Experteninterviews

Das methodische Vorgehen bei den Experteninterviews wurde an den Leitfaden *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups (COREQ)* nach Tong et al. (2007, S. 349-357) angelehnt. Die Domänen von COREQ umfassen die folgenden Punkte:

4.2.1 Domäne 1: Forschungsteam und kritische Reflexion

4.2.1.1 Interviewende Person

Die Interviews wurden von der Autorin der vorliegenden Arbeit geführt.

4.2.1.2 Vorinformationen zu den Expert*innen

Es waren wichtige Informationen über die Expert*innen bekannt, beispielsweise über deren berufliche Tätigkeit, besondere Erfolge oder das politische Engagement. Da die Experteninterviews durch eine Triangulation die Daten des Surveys an späterer Stelle ergänzen sollten, wurde auf eine möglichst hohe Expertise bei der Zusammenstellung des Samplings geachtet (siehe Kapitel 4.2.2.2).

4.2.1.3 Geschlecht

Das Geschlecht der Wissenschaftlerin ist weiblich.

4.2.1.4 Vorbildung der interviewenden Person

Die Wissenschaftlerin selbst ist von Beruf ausgebildete Physiotherapeutin mit einem zusätzlichen, abgeschlossenen Studium an der Technischen Universität München in Beruflicher Bildung, Fachrichtung Gesundheits- und Pflegewissenschaft (B.Ed und M.Ed.) mit Sozialkunde.

4.2.1.5 Verbindungen

Es gab keine Verbindungen zu den interviewten Personen vor Beginn der Studie.

4.2.1.6 Bekanntgabe von Informationen über die interviewende Person

Den befragten Personen war bekannt, dass die Autorin zum Zeitpunkt der Durchführung der Studie eine Doktorandin an der Technischen Universität München war.

4.2.1.7 Schwerpunkte der interviewenden Person

Der Gesprächsführerin ging es um eine neutrale und ergebnisoffene Befragung verschiedener Expert*innen. Die Physiotherapie sollte in ihrer Gesamtheit abgebildet werden. Dafür wurden die Teilnehmenden gebeten, nach ihrem persönlichen besten Wissen und Gewissen zu antworten.

4.2.1.8 Gesprächseinstieg und Verlauf

Das oberste Ziel des Gesprächseinstiegs galt dem Vertrauensaufbau. Diesem Punkt wurde große Bedeutung beigemessen, da er den ersten Kontakt der Interviewpartner im laufenden Gespräch darstellte. Die Anfangsphase beinhaltete ein Vorstellen seitens der Forscherin mit kurzer Danksagung. Der Fokus lag dabei auf Authentizität. Der Name der Universität TU München sowie die Zugehörigkeit der Fakultät TUM School of Education wurden bekannt gegeben. Auf individuelle Fragen seitens der Interviewten wie Vorbildung, institutioneller Kontext oder Grund der Forschung wurde detailliert geantwortet. Standardmäßig wurde zu Beginn des Gespräches nach der zur Verfügung stehenden Zeit gefragt, um im adäquaten Tempo voranschreiten zu können. Für einen leichten Einstieg ins Gespräch fungierte Frage eins und wurde als Ausnahme derjenigen Ebenen zugeordnet, in der die befragte Person zu antworten begann. Dies wurde so veranlasst, da den Befragten ein möglichst hoher Freiheitsgrad bei der Antwort zu Anliegen von Physiotherapeut*innen, Schüler*innen, Studierenden oder Berufstätigen gegeben werden sollte (Bogner et al. 2014, S.27–30). Der Schwerpunkt der Interviews lag auf einer vollständigen Beantwortung aller Fragen. Das bedeutet, dass jede Frage wie auch das Interview in seiner Gesamtheit als abgeschlossen galt, wenn die jeweiligen Teilnehmer*innen keine weiteren Informationen hinzuzufügen hatten. Die Befragten wurden nicht unterbrochen, auch dann nicht, wenn die Antwort aus Sicht der Versuchsleitung augenscheinlich besser zu einer anderen Frage gepasst hätte. Ergaben sich im Gespräch spontan andere Fragen oder Schwerpunkte zur Physiotherapie, wurden diese zugelassen. Die Beendigung des Interviews erfolgt vom Teilnehmer selbst, soweit dieser keine zusätzlichen Informationen mehr hinzuzufügen hatte.

4.2.2 Domäne 2: Studiendesign

4.2.2.1 Methodischer Zugang

Für die Analyse der leitfadengestützten Experteninterviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz gewählt (Rädiker und Kuckartz 2019; Kuckartz 2018; Kuckartz 2014). Dieses Verfahren ermöglicht eine umfassende und strukturierte Abbildung des Textmaterials (siehe Kapitel 6.3) und bietet die Vorstufe für die datenvertiefende Triangulation mit den Ergebnissen aus den 120 Fragebögen (siehe Kapitel 6.1), um gegen Ende der vorliegenden Arbeit neue Erkenntnisse zu generieren. Diese werden verwendet um etwaige unzureichend beantwortete Fragen zu ergänzen (siehe Kapitel 7.5).

Nach Bearbeitung der gängigen Theorien in Kapitel 2.6 zeigte sich der paradigmensorientierte Ansatz nach Törnebohm (1985), zitiert aus Noronen und Wikström-Grotell (1999, S.175-183) zur Verwendung eines deduktiven Kategoriensystems passend, wobei dieser nach umfassender Aufarbeitung des Hintergrundes mit der institutionellen Ebene ergänzt wird (siehe Kapitel 2.7). Der genannte Ansatz bildete die Grundlage des Modells der physiotherapeutischen Realität (MPTR) mit seinen vier Ebenenbereichen.

Es handelt sich bei den vier Ebenenbereichen (Abkürzungen in Klammern), um den

- Ebenenbereich Berufliche Realität (später Ebene 1)
- Ebenenbereich Bildung und Lehre (später Ebene 2)
- Ebenenbereich Institutionen (später Ebene 3)
- Ebenenbereich Innovation und Fortschritt (später Ebene 4)

Eine induktive Kategorienergänzung durch Subkategorien erfolgte nach den Antworten der Befragten. Das Ziel war eine ganzheitliche Beschreibung der Physiotherapie in Deutschland. Zudem könnte das Modell verwendet werden, um Aussagen über die Zusammenhänge der einzelnen Ebenenbereiche zu geben. Aus Platzgründen im Datenauswertungsprogramm MAXQDA wird im weiteren Verlauf lediglich von Ebene 1, 2, 3 und 4 gesprochen, wobei die Zahlen nicht die Funktion eines Ranges oder einer Wertigkeit erfüllen. Die Fragen für das leitfadengestützte Interview, welches im Anhang C gefunden werden kann, leiteten sich aus den aufgezeigten Forschungslücken und den daraus resultierenden Fragestellungen in Kapitel 3.1 und 3.2 ab.

Bei der Erstellung des Interviewleitfadens (siehe Anhang C) wurde darauf geachtet, dass alle zehn Fragen passend Ebenen zugeordnet wurden (siehe Tabelle 4.1). Dazu stellte Frage eins eine Ausnahme dar. Für einen leichten Einstieg ins Gespräch fungierte diese als Ausnahme und wurde derjenigen Ebene zugeordnet, in der die befragte Person zu antworten begann (Bogner et al. 2014, S.27–30). Die endgültige Länge des Interviewleitfadens betrug in etwa eine DIN A 4-Seite. Der Leitfaden wurde bewusst bis kurz vor Interviewbeginn zurückgehalten und erst kurzfristig als kleine Orientierungshilfe per E-Mail verschickt. Durch die Auswahl der hochrangigen Interviewpartner (siehe Tabelle 4.2) konnte davon ausgegangen werden, dass grundsätzlich genug Expertise zur spontanen Beantwortung vorhanden war.

4.2.2.2 Stichprobe

Dabei lag das Augenmerk der Auswahl auf einer möglichst hohen Expertise, da die Expert*innen (A, B, C, D, E, F) primär passend für eine Ebene ausgewählt wurden (siehe Tabelle 4.1). Diese primäre Zuordnung wurde zum Schutz der Rückverfolgbarkeit der Daten nicht besonders gekennzeichnet. Für die Befragung wurde zudem festgelegt, dass die ausgewählten Personen zudem mindestens fünf von zehn Kompetenzbereichen abdecken mussten, um einen möglichst großen Überblick über das Feld der Physiotherapie mitzubringen, wobei die Kompetenzbereiche bezüglich der Ebenen zuvor herausgearbeitet wurden. Die Zuordnung kann in Tabelle 4.2 nachvollzogen werden. Für die Durchführung einer möglichst gleichgewichteten Erhebung in allen vier Ebenen, ergab sich nur ein kleiner Personenkreis bezüglich der Expert*innen. Alle Befragten haben zudem repräsentative Ämter inne. Somit wurden diese gebeten, mit bestem Wissen und Gewissen als private Person zu antworten (Bogner et al. 2014, S.17–19). Es wurde auch darauf geachtet, dass mindestens zwei Expert*innen über exakte Expertise in einem Kompetenzbereich verfügen.

4.2.2.3 Vorgehensweise

Ausgewählte Interviewpartner*innen wurden vorab telefonisch oder per E-Mail, je nach Erreichbarkeit angefragt und über das Vorhaben informiert. Bei Interesse folgte eine Erklärung und die Beantwortung der Rückfragen. Anschließend wurde ein Telefontermin von ca. 30 bis 45 Minuten vereinbart und am Tag des Telefonates der Interviewleitfaden per E-Mail als Orientierungshilfe herausgegeben. Alle Probanden waren zum vereinbar-

ten Gesprächstermin persönlich erreichbar und willigten der bevorstehenden Durchführung der Befragung sowie deren Verwendung im Rahmen des Promotionsvorhabens mit deren anonymisierten Veröffentlichung ein. Das Interview startete mit der Bekanntgabe, dass die Befragten besten Wissens und Gewissens im Sinne der Wissenschaft antworten sollten, dass das Interview zu jeder Zeit ihrerseits abgebrochen werden könne und ab wann die Aufzeichnung begonnen wurde. Erst dann startete das Interview, wobei die befragten Personen etwas später ihre verschriftlichte Version als E-Mail erhielten, Veränderungen vornehmen durften, autorisierten und erst durch die erfolgte Rücksendung die Verwendung freigaben.

Ebenen	Ebenen Zuordnung	Kompetenzbereiche der Experten	Experten	Anzahl der Experten (n=6)	Fragen im leitfrageng. Interview	
Ebene 4	Innovation und Fortschritt; Professionalisierung; Profession, Disziplin	Aktuelle oder frühere Tätigkeit im Bereich Innovation u. Fortschritt	A B C D E F	6	1, 2, 3, 5, 10	
Ebene 3	Politik; Krankenkassen; Gesellschaften, Vereine und /oder Verbände im Bezug Physiotherapie	Tätigkeit in Politik oder Tätigkeit bzw. Mitgliedschaft in Gesellschaften, Vereinen und /oder Verbänden im Bezug zu Physiotherapie	A B C D E F	6	1, 7	
Ebene 2	Berufliche Bildung	Abgeschlossene Ausbildung in der Physiotherapie in Deutschland	A B C E F	5	1, 4, 6	
	Akademische Bildung; Fachhochschule	Studium der Physiotherapie, Sportwissenschaften oder Medizin	A D E F	4		
	Universität	Promotion	D E F	3		
	Lehrtätigkeit	Lehrtätigkeit in der Physiotherapie an einer ... Schule oder ... Hochschule oder ... Universität	A D E	3		
	Leitende Tätigkeit	Lehrtätigkeit externe Fortbildungen	Lehrtätigkeit externe Fortbildungen	B C D E		4
		Leitende Position in einer Physiotherapieschule ... Massageschule ... Hochschule oder ... Universität	Leitende Position in einer Physiotherapieschule ... Massageschule ... Hochschule oder ... Universität	A B D E		4 2
Ebene 1	Berufliche Realität	Aktuelle/ frühere praktische Tätigkeit in der Physiotherapie	A B C E F	5	1, 8, 9	

*Tabelle 4.1: Die Verbindung der Ebenen des Modells mit den Kompetenzbereichen der Expert*innen und den Fragen im leitfadengestützten Experteninterview*

Interviewpartner/In	A	B	C	D	E	F
1. Abgeschlossene Ausbildung in der Physiotherapie in Deutschland	x	x	x		x	x
2. Aktuelle / frühere praktische Tätigkeit in der Physiotherapie	x	x	x		x	x
3. Studium in der Physiotherapie Bachelor oder Master	x				x	
... Promotion					x	
... in der Medizin				x		
... in den Sportwissenschaften						x
4. Lehrtätigkeit in der Physiotherapie Schule	x					
... Hochschule oder Universität				x	x	
5. Leitende Position in mindestens einer Physiotherapiepraxis		x	x	x		x
6. Lehrtätigkeit externe Fortbildungen		x	x	x	x	
7. Leitende Position in einer Physiotherapieschule	x					
... Massageschule		x				
... Hochschule oder Universität				x	x	
8. Internationale Tätigkeit im Bereich Physiotherapie		x	x	x	x	
9. Tätigkeit in der Forschung und Wissenschaft				x	x	
10. Vertretung physiotherapeutischer Interessen auf institutioneller oder politischer Ebene	x	x	x	x	x	x
Kriterien	6	7	6	8	10	5

*Tabelle 4.2: Zuordnung der Expert*innen nach Kompetenzbereichen, die aus den vier Ebenen resultieren*

4.2.2.4 *Datenverwaltung*

Die Telefonate wie auch das Zusammentragen der Daten fand am Arbeitsplatz statt. Die sichere Verwahrung erfolgt mit passwortgeschütztem Computer und verschließbaren Räumen (Döring und Bortz 2016, S.584).

4.2.2.5 *Wiederholungen*

Es gibt keine wiederholten Interviews.

4.2.2.6 *Datensättigung*

Eine Datensättigung wurde mit der Anzahl an Interviews (n=6) verhältnismäßig schnell erreicht, da sich durch die Mehrfachzuordnung der Probanden in ihre multiplen Kompetenzbereiche die Aussagen dementsprechend rasch wiederholten.

4.2.2.7 *Aufnahme, Transkription und Notizen*

Standardmäßig erfolgte die Aufnahme mit Diktiergerät nach vorliegender Einverständniserklärung der Teilnehmenden und vorheriger Ankündigung. Ein hohes Sprachniveau kennzeichnete alle Befragten. Die Beachtung von Mimik oder Gestik wurde schon bei der Auswahl der Interviewform ausgeschlossen. Ebenso weniger von Bedeutung waren Lautstärke, Sprechpausen oder Dialektfärbungen. Ein Informationsverlust war im gegebenen Fall weniger zu erwarten. Für die hochrangigen Expert*innen war diese Situation gewohnt und selbstverständlich. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine möglichst wörtliche Transkription im Fokus stand. Dabei wurden die Sprache und Interpunktion an das Schriftdeutsch angenähert (Kuckartz 2018, S.163–167). Die Wahl fiel auf eine nahezu wörtliche Transkription, um später eine strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz (siehe Kapitel 5.2) vornehmen zu können. Um den Interviewpartnern die volle Aufmerksamkeit gewähren zu können, wurde im laufenden Gespräch auf umfangreiche Notizen verzichtet. Am Ende des Gespräches ging es um die Besprechung der nötigen Autorisierung des verschriftlichten Interviews. Dieses bekam die befragte Person als E-Mail zugesendet. Es folgte die Bitte um zeitnahe Rücksendung mit den von den Befragten veranlassten Änderungsvorschlägen und der damit verbundenen Einverständniserklärung zur Verwendung (Bogner et al. 2014, S.58–61).

4.2.2.8 *Dauer*

Die 30 bis 120 Minuten dauernden, teilstandardisierten Experteninterviews wurden telefonisch durchgeführt, verschriftlicht und zur Autorisierung an den jeweiligen Interviewpartner zurückgesendet. Der Zeitraum der Erhebung war:

- 25. Januar 2019 von 11.00 Uhr bis 11.30 Uhr
- 26. Januar 2019 von 08.00 Uhr bis 09.00 Uhr
- 27. Februar 2019 von 16.00 Uhr bis 17.00 Uhr
- 26. April 2019 von 10.00 Uhr bis 11.19 Uhr
- 10. Mai 2019 von 10.00 Uhr bis 12.00 Uhr
- 11. Juli 2019 von 11.30 bis 12.30 Uhr

4.2.3 **Domäne 3: Datenanalyse und Erkenntnisse**

4.2.3.1 *Beschreibung der Kodiervorgänge und der Kategorienbildung*

Da nur eine Person kodierte, folgen mehrere Kodiervorgänge mit zum Teil großen zeitlichen Abständen von ca. 10 Wochen, um die Eindeutigkeit der Zuordnung zu überprüfen (Kuckartz 2018, S.41–55). Im Kapitel 5 der Doktorarbeit folgt gesondert eine Beschreibung der durchgeführten qualitativen Inhaltsangabe nach Kuckartz (siehe Kapitel 5.2) mit Beschreibung der Kategorienbildung (siehe Kapitel 5.2.1), der Durchführung (siehe Kapitel 5.2.2) und der Vorstellung des Kodierleitfadens (siehe Kapitel 5.2.3). Zudem sind die erhobenen Daten der Interviews bei der Triangulation in Kapitel 7.5 miteinbezogen.

4.2.3.2 *Software*

Die Verarbeitung aller qualitativen Daten sowie die offene Frage der quantitativen Erhebung werden mit MAXQDA in Verbindung mit Word bzw. Excel vorgenommen. Einige Tabellen oder Abbildungen wurden separat in Excel erstellt. Zudem wurde Citavi 6 als Programm zur Literaturverwaltung und zur allgemeinen Wissensorganisation eingesetzt. Für die Transkription wurde keine Software verwendet.

4.2.3.3 Anonymisierung

Die Anonymisierung der Daten hat in dieser Arbeit eine sehr spezielle Rolle, denn die Anzahl der ausgewählten und hochrangigen Expert*innen ist überschaubar und deren geschilderte Ereignisse und Umstände individuell. Auf eine Aufwertung der Arbeit durch die Nennung von Namen der Expert*innen wurde bewusst im Sinne der im Fokus stehenden wissenschaftlichen Qualität verzichtet. Erst mit Fortschreiten der Arbeit kristallisierte sich heraus, wie viele identifizierende Informationen zur jeweiligen Person vollständig zu entfernen sind, wie sie umschrieben werden können und welche Informationen verzichtbar sind. Die kontextuelle Einbettung von personenbezogenen Ereignissen sowie potenziell identifizierende Angaben wurden mit Sorgfalt behandelt. Der Anspruch ist eine individuelle Balance zwischen maximaler Anonymität und minimalen Informationsverlusten, wobei im Rahmen dieser Arbeit der Fokus auf Anonymität zum Schutz der Probanden gelegt wurde. Bezeichnende Elemente wie Kürzel mussten im Nachhinein entfernt werden, sodass eine Rekonstruktion der Interviews nicht erfolgen kann (Blatter et al. 2018, S.55).

4.2.3.4 Widersprüchlichkeiten

Es gibt keinen Widerspruch zwischen den sich präsentierenden Daten und den Erkenntnissen.

4.2.3.5 Ergebnisse und Zufallsentdeckungen

Die Forschungsfragen wurden im Ergebnisteil beantwortet (siehe Kapitel 6). Nebenerkenntnisse und Zufallsentdeckungen sind in Anhang D einzusehen.

5. Beschreibung der Datenauswertung

5.1 Datenauswertung des Surveys (Online-Fragebögen)

Bei der Datenauswertung des Surveys (siehe Anhang A) wird eine Differenzierung von den geschlossenen Fragen (Fragen 11-24) mit der zusätzlichen offenen Frage 25 vorgenommen.

5.1.1 Auswertung der geschlossenen Fragen

Die Daten der geschlossenen Fragen des Surveys (Fragen 11-24) wurden anhand von Microsoft Excel deskriptiv ausgewertet. Berechnet wurde hier aufgrund der kategorialen Daten (vierstufige Likert-Skalen) die absolute Anzahl der gewählten Antwortkategorien sowie der Durchschnitt und deren Verteilung. Diese dienen zur Klärung der Übereinstimmung von gelehrten Tätigkeiten mit der beruflichen Realität (siehe Kapitel 6.1). Zudem wurden die Antworten der Teilnehmenden in MAXQDA eingelesen, um an Ende der Arbeit eine Triangulation mit Hilfe der lexikalischen Suchfunktion durchführen zu können (siehe Kapitel 5.3 und 7.5.1).

5.1.2 Auswertung der offenen Frage zur Profession

Es folgt eine computergestützte Analyse nach Kuckartz (2018) zu den Merkmalen einer Profession nach Zalpour (2008). Zum Einsatz kam dafür das Programm MAXQDA. Dabei geht es um folgende Merkmale, welche sich im deduktiven Kategoriensystem wiederfinden:

- Berufsorganisation und Disziplinargewalt
- Materielle Sicherheit
- Ansehen, Anerkennung und Wertschätzung
- Aufstiegschancen
- Autonomie
- Verwissenschaftlichung
- Studiengänge
- Standards

- Kompetenzmonopol
- Spezialisierung
- Berufsethos (Zalpour 2008, S.105).

Die Antworten der Expert*innen werden in Sinneinheiten, sogenannte Segmente untergliedert und den Kategorien so zugewiesen. Der genauen Zuordnung dient eine stichpunktartige Beschreibung in den Memos. Bei Bedarf ist eine Erweiterung mit induktiven Kategorien vorgesehen. Es folgen mehrere Kodiervorgänge mit zum Teil großen zeitlichen Abständen von 10 Wochen, um die Eindeutigkeit der Zuordnung zu überprüfen (Kuckartz 2018, S.41–55).

Zur Einordnung der Antworten als Segmente folgt die Verwendung dieses Schemas:

1. Sind die Sinneinheiten der Antworten einer deduktiven Kategorie der Profession nach Zalpour (2008) zuzuordnen?
2. Ist es notwendig, eine induktive Kategorie zur Einordnung weiterer Sinneinheiten zu erzeugen?
3. Ist die Antwort weder deduktiv noch induktiv zur Fragestellung verwendbar (ungültig)?

Zudem wurden die Daten verwendet, um am Ende der Arbeit eine Triangulation aller Ergebnisse mit Hilfe der lexikalischen Suchfunktion von MAXQDA durchzuführen (siehe Kapitel 5.3 und 7.5.2).

5.2 Datenauswertung der Experteninterviews anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz

Zur Auswertung der Experteninterviews folgt im nächsten Schritt eine Beschreibung der Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz 2014, 2018) mit folgenden Unterpunkten:

5.2.1 Kategorienbildung und Kodierungsprozess

Die Kategorien ergeben sich aus dem in Kapitel 2.7.1 hergeleiteten Modell der physiotherapeutischen Realität (MPTR) mit seinen vier Ebenen (siehe *Abb. 5.1*). Den so vorgegebenen deduktiven Kategorien werden Kodiereinheiten, im folgenden auch Segmente genannt (Kuckartz 2018, S.41-55), zugewiesen. Eine genaue Zuordnung soll durch eine exakte Beschreibung der Kategorien über die Memofunktion erreicht werden (siehe Kapitel 5.2.3).

- ▼ ● ☐ Reguläres Kategoriensystem
 - > ● ☐ Ebene 4: Innovation und Fortschritt
 - > ● ☐ Ebene 3: Institutionen und Politik
 - > ● ☐ Ebene 2: Bildung und Lehre
 - > ● ☐ Ebene 1: Berufliche Realität

Abb. 5.1: Das reguläre Kategoriensystem

Der Kodierungsprozess gestaltet sich so, dass die Kontexteinheiten des vorliegenden Textes, Zeile für Zeile, durchgegangen und die Segmente festgelegt werden. Jede Einheit im Segment soll genau einer Kategorie zugewiesen werden (Kuckartz 2018, S.97–104). Für den Fall, dass ein Segment mehrere Themen (Sinneinheiten) beinhaltet, wurde folgendes standardisierte Verfahren angewendet:

Es wird untersucht, welches wesentliche Thema angesprochen wird. Diese Sinneinheit wird dann genau einer Kategorie des Modells der physiotherapeutischen Realität im *regulären Kategoriensystem (RKS)* zugeordnet. Die standardisierte Frage ist: „Worüber spricht der Befragte im Wesentlichen?“

Es wird geprüft, über welche weiteren Themen, also im Bezug zu welchen anderen Ebenen der Befragte spricht. Die besagte Sinneinheit wird im *Zusammenhänge fokussierenden Kategoriensystem (ZFK)* in weitere Ebenen eingeordnet. Die standardisierte Frage ist: „Welche weiteren Themen in weiteren Ebenen spricht der Befragte an?“

5.2.2 Durchführung der strukturierenden Inhaltsanalyse

Das jeweilige Segment wird zuerst einer Kategorie des regulären Kategoriensystems zugeordnet. Dieses entspricht dem ausgearbeiteten Modell der physiotherapeutischen Realität (MPTR) mit seinen vier Ebenenbereichen, welche in Kapitel 2.7.1 herausgearbeitet wurden:

- Berufliche Realität
- Institutionen und Politik
- Bildung und Lehre
- Innovation und Fortschritt

Bei Abb. 5.2 handelt es sich bei dem markierten Text um ein beispielhaft ausgewähltes Segment, das durch die Aussage zur Modellklausel dem regulären Kategoriensystem der Ebene 3 Institutionen und Politik der induktiv gebildeten Unterkategorie *politische Entscheidungsfindung* zugeordnet wird. Dabei sollte beachtet werden, dass dieses soeben zugeordnete Segment zwei weitere Sinneinheiten enthält.

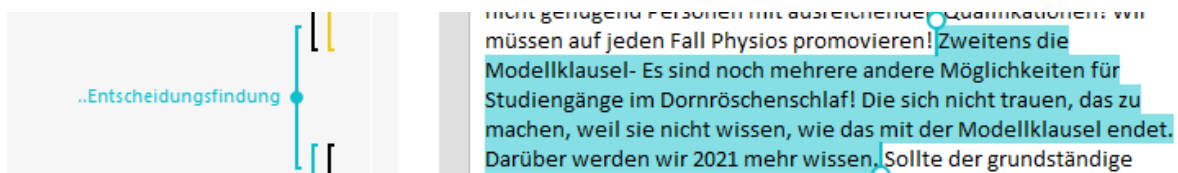


Abb. 5.2: Ein beispielhaft ausgewähltes Segment, welches zwei Sinneinheiten enthält und mit seiner ersten Sinneinheit der Ebene 3 Institutionen und Politik, der Subkategorie Entscheidungsfindung, zugeordnet wird

Der Befragte spricht zusätzlich über die Studiengänge im Dornröschenschlaf, welche sich nicht trauen zu eröffnen, da sie kein Risiko aufgrund der unklaren politischen Situation wegen der zeitlich begrenzten Laufzeit eingehen möchten. Diese Sinneinheit gehört zur Ebene 2 der Bildung und Lehre. Der Befragte spricht in diesem Segment also zuerst über die Sinneinheit Modellklausel zugeordnet der politischen Entscheidungsfindung in Ebene 3 und die Sinneinheit der logisch damit zusammenhängenden Folge auf die Studiengänge in Ebene 2 (siehe Abb. 5.3).

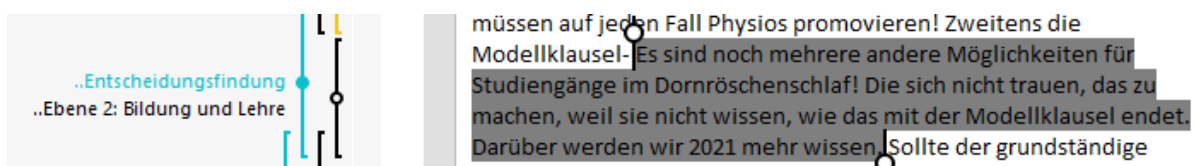


Abb. 5.3: Die zweite Sinneinheit bezüglich der Auswirkungen auf Ebene 2 Bildung und Lehre

Eine Einordnung des Segments (siehe Abb. 5.2) in nur einer Ebene bzw. Kategorie würde dem Kontextgehalt des Segments mit seinen beiden Sinneinheiten nicht gerecht werden.

Dafür ist es nötig, ein weiteres Kategoriensystem ins Leben zu rufen, um die Beziehungen zwischen den Ebenen darstellen zu können (siehe Abb. 5.4). Dabei handelt es sich primär darum, die Grenze der Darstellbarkeit des Programmes MAXQDA zu umgehen. Würden die beiden Inhalte den beiden Ebenen 3 und 2 im regulären Kategoriensystem zugeordnet werden, könnte zwar die Verbindung mit den Ebenen aufgezeigt werden. Es würden jedoch nicht zu erkennen sein, ob die politische Ebene in Verbindung mit der Ebene der Bildung steht, oder andersherum. Zudem würde lediglich die Anzahl der Zuordnungen in einer Kategorie gezählt werden. Deshalb bedarf es der Einführung eines weiteren Kategoriensystems, dem Zusammenhänge fokussierenden Modell (ZFKS). Dieses ist lediglich eine Kopie des regulären Kategoriensystems und ermöglicht es, die Zusammenhänge des Gesagten in seinen weiteren Ebenen dazustellen.











- ▼ ●  Reguläres Kategoriensystem
 - > ●  Ebene 4: Innovation und Fortschritt
 - > ●  Ebene 3: Institutionen und Politik
 - > ●  Ebene 2: Bildung und Lehre
 - > ●  Ebene 1: Berufliche Realität
- ▼ ●  Zusammenhänge fokussierendes Kategoriensystem
 -  Ebene 4: Innovation und Fortschritt
 -  Ebene 3: Institutionen und Politik
 -  Ebene 2: Bildung und Lehre
 -  Ebene 1: Berufliche Realität

Abb. 5.4: Das reguläre Kategoriensystem (gelb, blau, orange, grün) in Gegenüberstellung mit dem Zusammenhänge fokussierenden Kategoriensystem (schwarz)

Im nächsten Schritt folgen mehrere Testphasen des Probekodierens. Der Vorgang der Wiederholung findet so lange statt, bis eine eindeutige Zuordnung der Segmente in die Kategorien der beiden Systeme erfolgte. Nach einer Ruhephase von mehreren Wochen erfolgt eine zweite, dritte und sogar vierte Überprüfung der Zuordnung (Kuckartz 2018, S.41–55). Das Besondere dieser Auswertung ist, dass neben einer inhaltlichen Strukturierung des Gesagten, die Erfassung der Zusammenhänge der Ebenen stattfindet. Zusätzlich benötigt es für die Zuordnung weiterer angesprochener Themen im Segment (siehe Abb. 5.3), das Zusammenhänge fokussierende Kategoriensystem (siehe Abb. 5.4). Segmente, welche primär einer Ebene des regulären Kategoriensystems zugeordnet wurden, dürfen

nicht in die gleiche Ebene des Zusammenhänge fokussierenden Kategoriensystems eingeordnet werden. Somit schließt sich eine Doppelzuordnung in der gleichen Ebene der beiden Systeme aus. Die Zusammenhangdarstellung der Ebenen wird so ermöglicht.

5.2.3 Vorstellung des Kodierleitfadens

Die Zuordnung der Segmente erfolgt per festgelegter Definitionen. Dazu werden in MAXQDA Memos erstellt (Rädiker und Kuckartz 2019, S.101).

5.2.3.1 Ebene der Innovation und des Fortschritts

In dieser Kategorie finden sich Aussagen der Expert*innen über die Physiotherapie der Zukunft, wie Vorschläge zur Professionalisierung und Profession sowie Innovationen und Fortschritt betreffend.

Weitere Beispiele für die Anwendung:

- langfristige Fortschritte
- langfristiger Aufbau von Wissenschaft und Forschung
- innovative Berufsfelder
- zukünftiger Direktzugang
- Disziplinbildung
- Abgrenzung zu Wellness und Ärzteschaft
- Forschung und Entwicklung auf allen Ebenen
- Forschungsprojekte
- Drittmittelanträge für die Zukunft
- die Zukunft der Physiotherapie betreffend
- Merkmale der Profession
- zukünftige Gründungen eines regulären Lehrstuhls an Universitäten
- Modell- und Theorieentwicklung

Abgrenzung zu anderen Kategorien:

Abgrenzung: Diese Kategorie enthält keine Vorschläge zur unmittelbaren und kurzfristig nötigen Verbesserung der beruflichen Realität (Ebene 1). Ebenso ausgenommen sind Themen, welche die aktuelle Durchführung von beruflicher oder akademisierter Ausbildung in Klinik und Praxen betreffen (Ebene 2)

5.2.3.2 Ebene der Institutionen und Politik

In dieser Ebene befinden sich Aussagen der Expert*innen über ausstehende oder getroffene Entscheidungen von Politik, Verbänden oder Krankenkassen sowie Gesetze und Richtlinien.

Beispiele für die Anwendung:

- Ausarbeitung von Leitlinien und Modellklauseln
- Prüfung und Beurteilung ausländischer Bildungsmodelle für und vor inländischer Implementierung
- Anbindung der Physiotherapieforschung an Instituten
- Schaffen regulärer Promotionsstellen im Bereich Physiotherapie
- Besetzung von Professuren im Bereich Physiotherapie
- Alimentierung im Gesundheitswesen
- Ministerium und Berufsgesetz
- Abrechnung und Vergütung der Krankenkassen
- übergeordnete Ausarbeitung von Lehrplänen und Studienverlaufsplänen

Abgrenzung: In dieser Kategorie befinden sich keine Aussagen bezüglich privater Zahlungen und Leistungen zwischen Patient*innen und Physiotherapeut*innen sowie Praxisinhaber*innen und Angestellten (Ebene 1).

5.2.3.3 Ebene der Bildung und Lehre

Diese Kategorie beinhaltet Aussagen der Expert*innen zur gegenwärtigen Ausführung, Didaktik, Methodik und praktischem Unterricht der Bildung und Wissensorganisation in Bezug zu beruflicher und akademischer Ausbildung. Ebenso enthält diese Kategorie die Fortbildungen im Bereich Physiotherapie.

Weitere Beispiele für die Anwendung:

- Umsetzung von Didaktik und Methodik der beruflichen Bildung und der Studiengänge
- gegenwärtige Drittmittelanträge
- aktuelle Forschung der Hochschulen
- fachpraktischer Unterricht
- Erwerb von Fähigkeiten und Kompetenzen
- Erwerb von Zertifikaten
- gegenwärtige Ausbildung von Lehrpersonal

5.2.3.4 Ebene der beruflichen Realität

Diese Kategorie beinhaltet Aussagen der Befragten zu aktuellen Hindernissen in der beruflichen Realität sowie aktuelle und unmittelbare Vorschläge für bessere Rahmenbedingungen im direkten Bezug dazu.

Weitere Beispiele für die Anwendung:

- Maßnahmen am oder mit den Patient*innen durchführen
- aktueller Praxisbetrieb
- private Leistung zwischen Physiotherapeut*in und Patient*in
- Versorgung und Qualität im Hinblick auf Patient*innen
- Bezahlung zwischen Praxisinhaber*innen und Angestellten
- Berufliches Spektrum

5.2.4 Darstellung der Ergebnisse

Zur Darstellung der Ergebnisse erfolgen eine kategorienbasierte Auswertung entlang der Hauptkategorien (Kuckartz 2018, S.117–120) sowie eine Analyse von Zusammenhängen zwischen den Ebenen. Wie *Abb. 5.5* belegt, liegen Antworten aller Expert*innen in allen Ebenen vor. *Abb. 5.6* zeigt, dass jede befragte Person im natürlichen Gesprächsverlauf

Themenkombinationen verwendet, welche ebenso Verbindungen zum Zusammenhänge fokussierenden Modell herstellen. Methodisch lässt sich dies durch die Verwendung des Code-Matrix-Browsers darstellen (Rädiker und Kuckartz 2019, S.166–168). Offen bleibt an dieser Stelle, wie und mit welcher Häufigkeit sich der Zusammenhang zwischen den Modellen, aber auch zwischen deren Ebenen im Detail gestaltet. Die genaue Analyse der Daten finden Sie in Kapitel 6.4.

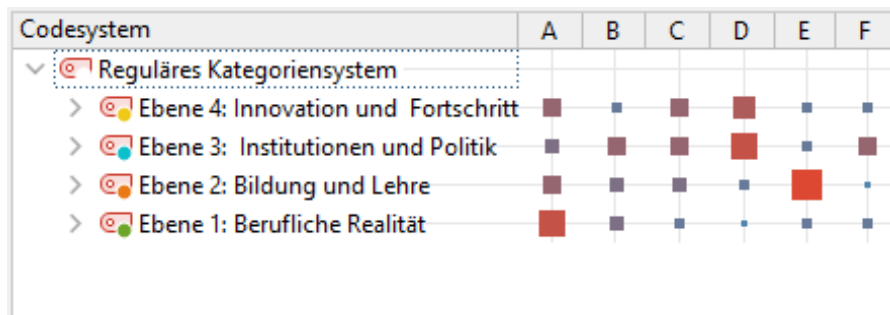


Abb. 5.5: Die Antworthäufigkeit der sechs Expert*innen (A, B, C, D, E, F) zu den vier Ebenen des regulären Kategoriensystems

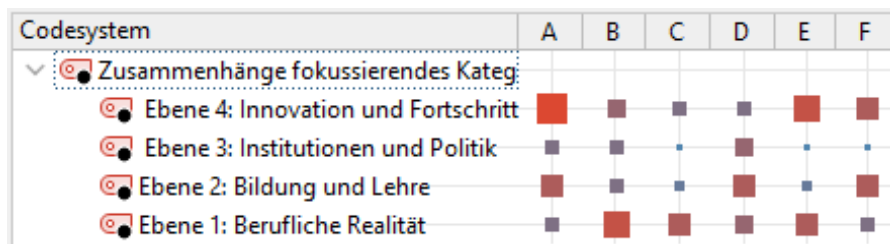


Abb. 5.6: Die Antworthäufigkeiten der sechs Expert*innen (A, B, C, D, E, F) zu den vier Ebenen des Zusammenhänge fokussierenden Kategoriensystems, nachdem eine Erstzuordnung im regulären Kategoriensystem erfolgt ist

5.3 Triangulation

Die Auswahl zur Anlage des Forschungsprojektes der vorliegenden Arbeit fällt auf das sequenziell vertiefende Mixed-Methods-Design (siehe Kapitel 4). Daraus resultierend erfolgt zum einen eine Triangulation (siehe Kapitel 7.5.1) der Ergebnisse der Online-Fragebögen von 120 in Deutschland arbeitenden Physiotherapeut*innen (siehe Kapitel 6.1) mit den Ergebnissen der Experteninterviews (siehe Kapitel 6.3). Zum anderen erfolgt eine Triangulation (siehe Kapitel 7.5.2) der Ergebnisse zur Bedeutung der Profession (siehe 6.2) mit den Antworten der Experteninterviews (siehe Kapitel 6.3).

Die verwendeten Suchbegriffe aus den Fragebögen sind dabei die physiotherapeutischen Basistätigkeiten, wie **eigenständige Befunderhebung, Planung der Therapie, Durchführung geeigneter Maßnahmen, Dokumentation und Evaluation der Behandlungsergebnisse** (siehe Kapitel 4.1.2). Ebenso werden die Kategorien mit niedriger Nennung aus Kapitel 6.2.3, wie **Berufsorganisation und Disziplinargewalt, beruflicher Aufstieg, Standards, Spezialisierung, Kompetenzmonopol und Berufsethos**, durch die Antworten der Expert*innen ergänzt. Die jeweiligen Begriffe werden dementsprechend **hervorgehoben**.

In Kapitel 7.5 folgt gegen Ende der vorliegenden Arbeit ein Zusammentragen der Segmente, in denen sich die Suchbegriffe in den Experteninterviews wiederfinden lassen. Zum Erkenntnisgewinn kommt die lexikalische Suchfunktion in MAXQDA zum Einsatz. Es bietet sich eine integrierte, interpretative Ergänzung an. Um nichtkodierte Textsegmente trotzdem zu inkludieren, findet eine Durchsuchung der vollständigen Interviews statt. Direkte Zitate werden mit Anführungszeichen gekennzeichnet.

6. Ergebnisse

In diesem Teil der vorliegenden Arbeit folgt die Ergebnisdarstellung des multiperspektivischen und empirischen Forschungszugangs. Die Basis dafür liefern die abgeleiteten Forschungslücken, beschrieben in Kapitel 3. Die Triangulation in Kapitel 7.5 setzt die gewonnenen Schlüsse miteinander in Beziehung. Daraus ergeben sich weitreichende Erkenntnismöglichkeiten. Die in diesem Kapitel dargestellten Ergebnisse werden im anschließenden Kapitel 7.6 zur Generierung von Lösungsmöglichkeiten herangezogen

6.1 Ergebnisse des Surveys zur Übereinstimmung von gelehrten Tätigkeiten der Ausbildung mit der beruflichen Realität

Auszüge dieses Kapitels korrespondieren mit dem Artikel: „Keine Zeit für Befunderhebung und Dokumentation?“ (Stöckl 2019, S.16–19). Ergebnisse werden im Rahmen dieses Mixed-Methods-Projektes erneut aufgegriffen und gemeinsam interpretiert, um vertiefende Erkenntnisse und Lösungsvorschläge generieren zu können (siehe auch Kapitel 7.5).

Von den 120 teilnehmenden Physiotherapeut*innen sind 24 männlich und 96 weiblich. 26 arbeiten in Teilzeit und 94 in Vollzeit. Sechs der Befragten gaben als höchsten Abschluss in der Physiotherapie einen Bachelor und 3 weitere einen Masterabschluss an. 111 Teilnehmende hatten das Staatsexamen an einer Berufsfachschule für Physiotherapie absolviert. Das Durchschnittsalter liegt bei 30,23 Jahren, mit einer durchschnittlichen 8,41-jährigen Berufserfahrung und durchschnittlich 2,6 abgeschlossenen externen Fortbildungen, 9 Physiotherapeut*innen haben eine zusätzliche vollständige oder sektorale Heilpraktikerausbildung absolviert. Alle Befragten gaben an, hauptsächlich gesetzlich versicherte Personen zu behandeln, mit einer durchschnittlichen Behandlungszeit von 22 Minuten. 87 arbeiten aktuell hauptsächlich in einer Praxis und 33 in einer Klinik.

6.1.1 Schriftliche Befunderhebung

Fünfundachtzig Befragte geben an, immer oder fast immer eine schriftliche Erstbefunderhebung durchzuführen, wohingegen dies bei 35 Teilnehmenden selten oder nie der Fall ist. Als Begründung wurde genannt, dass dafür keine extra Zeit (n=29) und keine extra Bezahlung (n=11) vorgesehen ist. Weitere Antworten waren, dass es kein Bestandteil der Verordnung ist (n=7). Zweimal wurde es als „unnötig“ gesehen, einen Befund zu machen und 5mal wurde „sonstiges“ genannt. Keiner der Befragten wählte „weil es nicht Bestandteil der Ausbildung war“ (n=0).

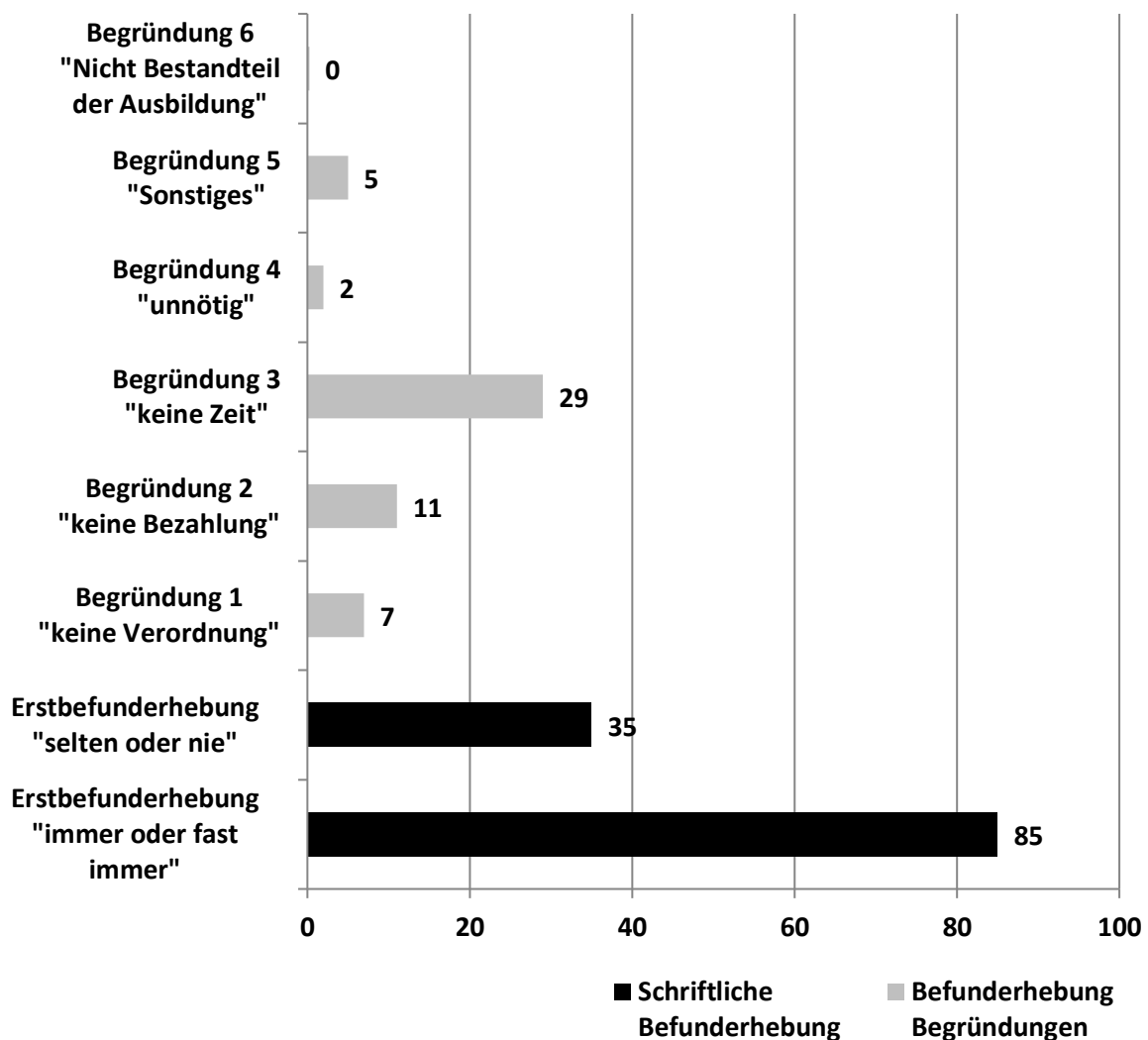


Abb. 6.1: Grafik für die Anzahl der schriftlichen Befunderhebung der 120 befragten Physiotherapeut*innen, zusammengefasst in der Zuordnung „immer oder fast immer“ und „selten oder nie“ mit Begründung

6.1.2 Schriftlicher Behandlungsplan

Einhundertzwanzig Physiotherapeut*innen gaben Auskunft darüber, ob sie ihre Behandlung schriftlich planen. Während 12 Teilnehmer ihre Behandlung immer oder fast immer schriftlich planten, gaben 108 Teilnehmer an, dies selten oder nie zu tun. Als Begründung gaben sie an, dass dafür keine extra Zeit vorgesehen sei (n=74). Weitere Antworten waren „sonstige Gründe“ (n=26), „unnötig“ (n=16), „nicht Teil der Verordnung“ (n=10), „keine Bezahlung“ (n=1) und „nicht Teil der Ausbildung“ (n=1).

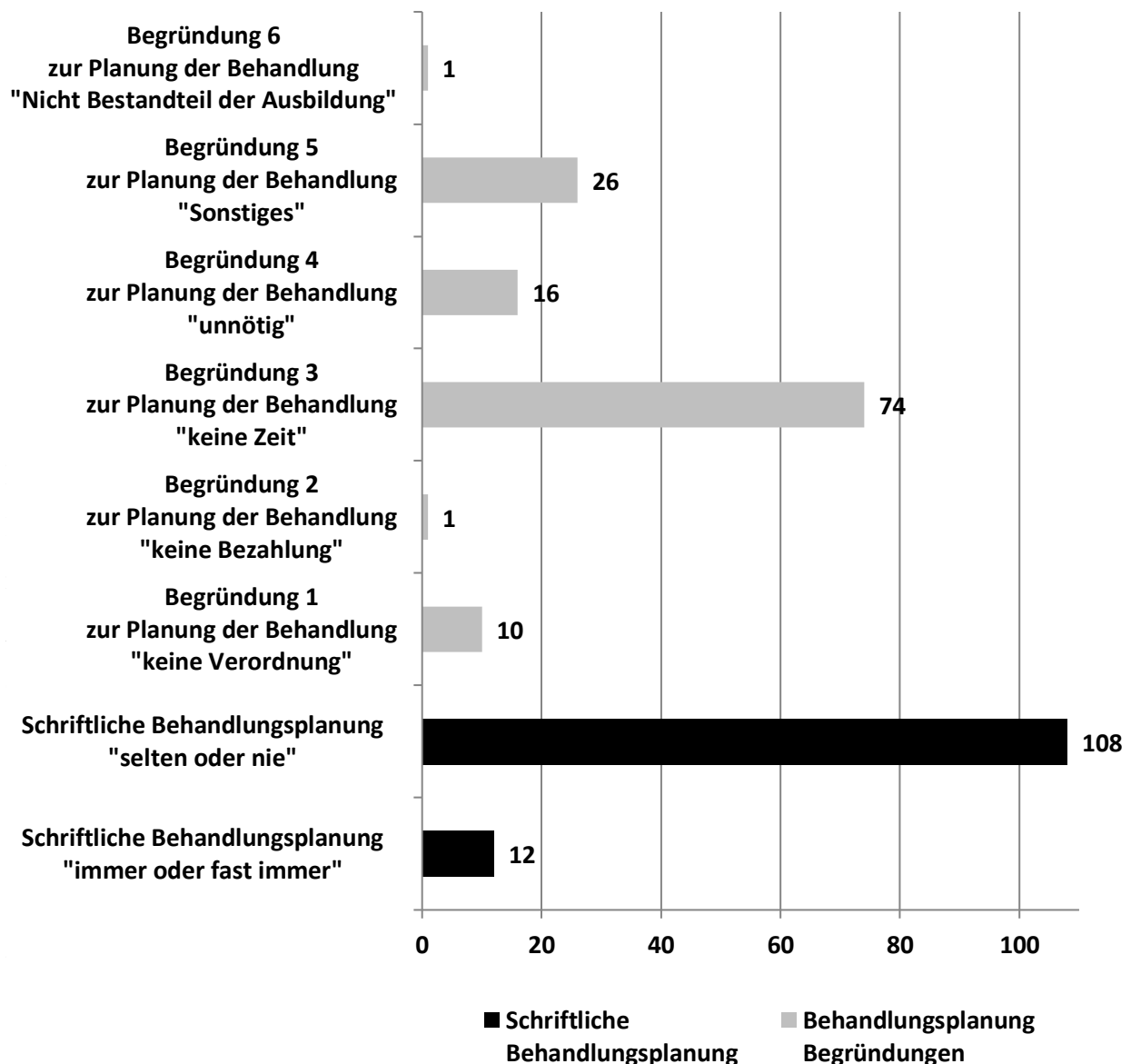


Abb. 6.2: Grafik für die Anzahl zur Erstellung eines schriftlichen Behandlungsplans der 120 befragten Physiotherapeut*innen, zusammengefasst in der Zuordnung „immer oder fast immer“ und „selten oder nie“ mit Begründung

6.1.3 Schriftliche Behandlungsdokumentation

Immer oder fast immer dokumentieren 80 Physiotherapeut*innen ihre Behandlungen schriftlich, während 40 Physiotherapeut*innen eher darauf verzichteten.

Diese 40 begründen es damit, dass dafür keine extra Zeit (n=32) vorgesehen ist, 9 würden dies tun, sofern diese Aufgabe bezahlt wäre, 8 nennen „sonstige Gründe“, unnötig 4 Teilnehmer verzichten darauf, weil es nicht Teil der Verordnung ist. Keine befragte Person gibt an, dass es nicht Teil der Ausbildung gewesen sei.

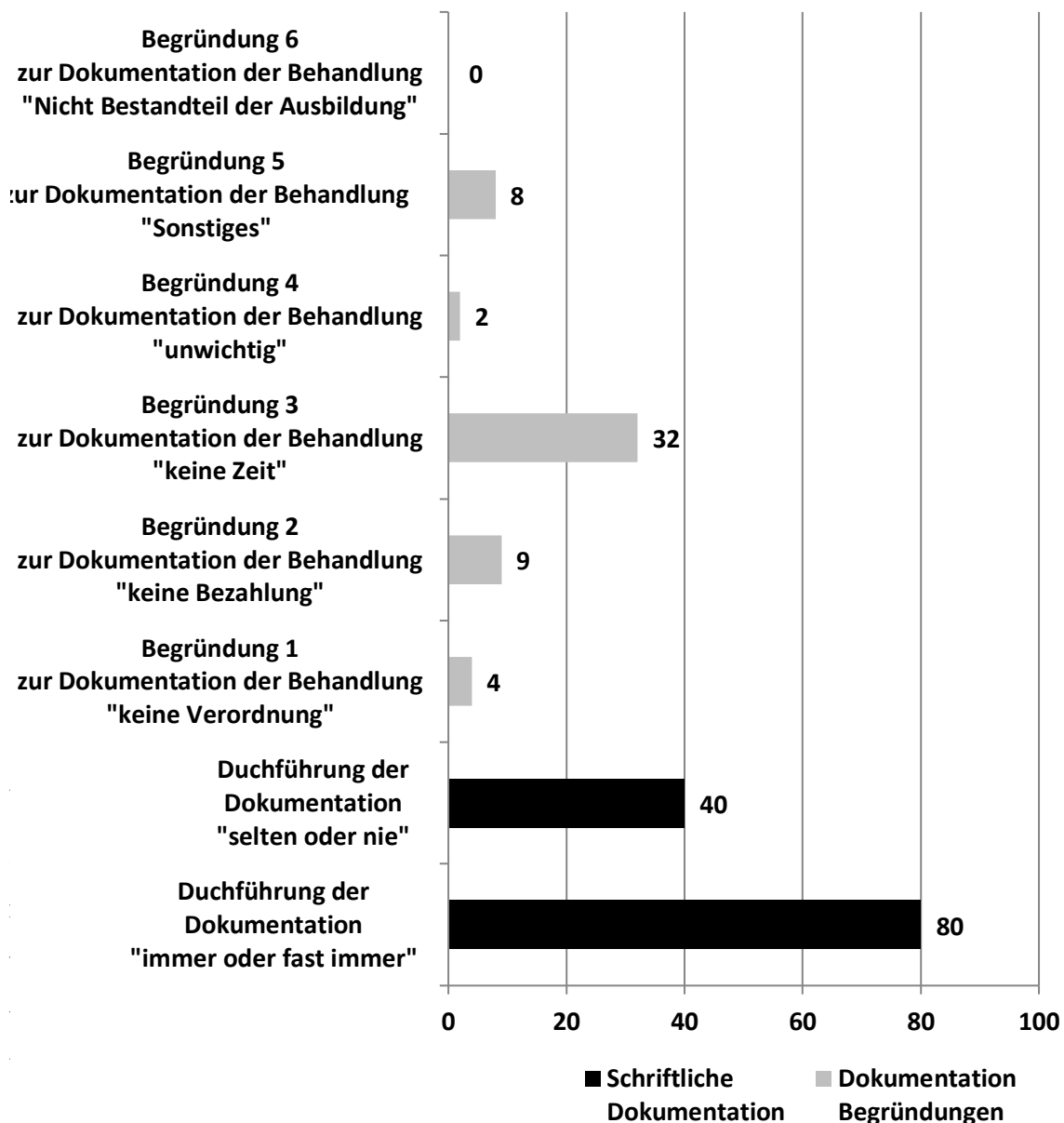


Abb. 6.3: Grafik zur Anzahl der schriftlichen Behandlungsdokumentation der 120 befragten Physiotherapeut*innen, zusammengefasst in der Zuordnung „immer oder fast immer“ und „selten oder nie“ mit Begründung

6.1.4 Schriftliche Evaluation

Von 120 Physiotherapeuten*innen entscheiden sich 67 gegen eine regelmäßige schriftliche Evaluation ihrer Behandlung, weil keine extra Zeit dafür vorgesehen ist (n=50) und weitere 20, weil es nicht vergütet wird. 11 evaluieren ihre Behandlungsfolgen nicht wegen „sonstigen Gründen“; 7, weil es nicht Teil der Verordnung ist, und jeweils 4 erachten es als „unnötig“ oder hatten es nicht als Teil ihrer Ausbildung. 53 Physiotherapeut*innen von 120 evaluieren immer oder fast immer.

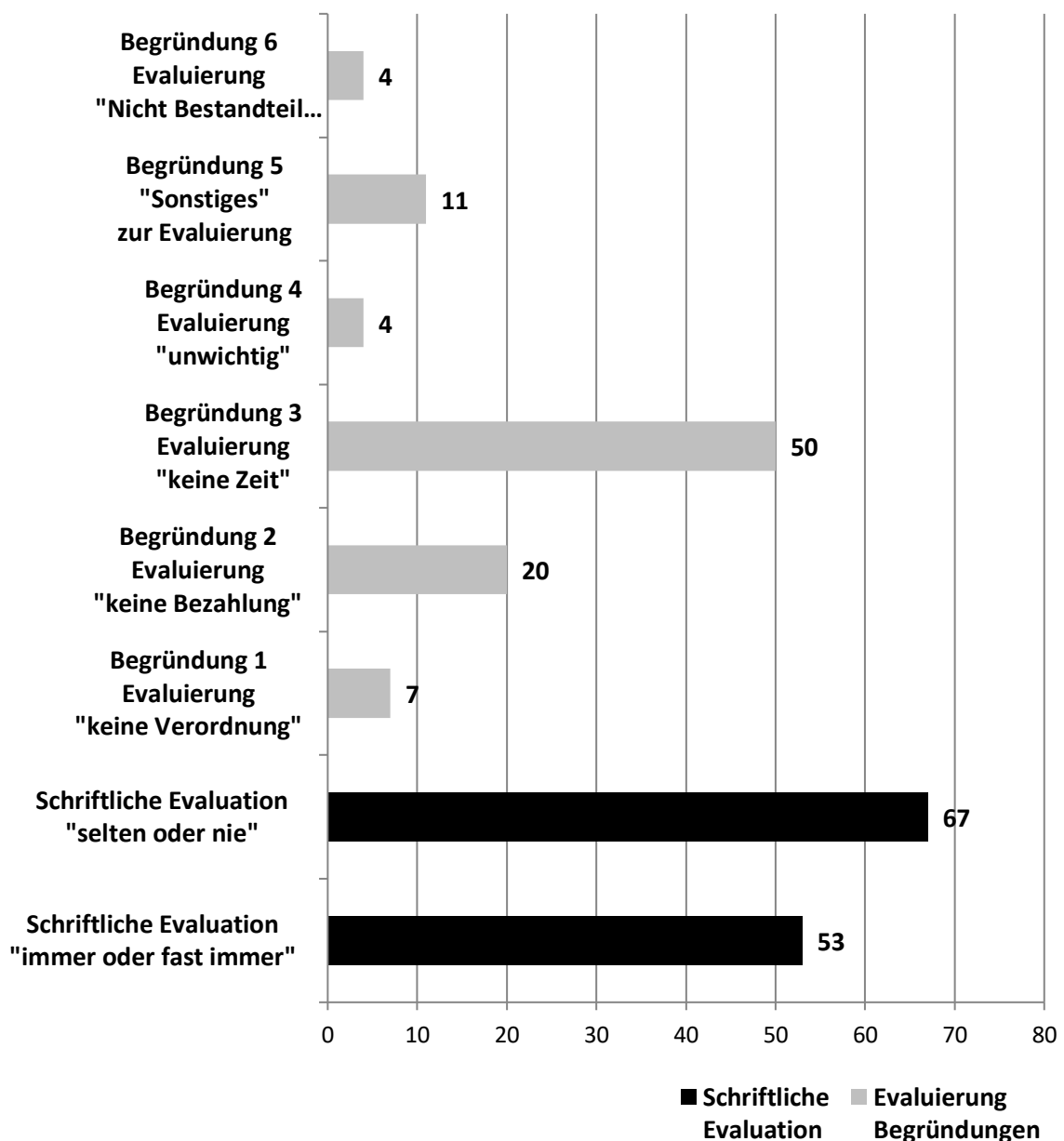


Abb. 6.4: Grafik zur Anzahl der Erstellung einer schriftlichen Evaluation der 120 befragten Physiotherapeut*innen, zusammengefasst in der Zuordnung „immer oder fast immer“ und „selten oder nie“ mit Begründung

6.1.5 Schriftlicher Abschlussbefund

Von 120 Physiotherapeut*innen machen 11 immer und 29 fast immer einen schriftlichen Abschlussbefund. 52 Teilnehmenden greifen eher selten darauf zurück, während 28 nie davon Gebrauch machen. 58mal wird als Grund genannt, dass dafür keine extra Zeit vorgesehen sei und 21 sehen die Vergütung dafür nicht gegeben. 20 lehnen es wegen „sonstigen Gründen“ ab, 6 benennen es unwichtig, 16 nennen als Grund das Fehlen auf der Verordnung und einer hatte es nicht als Bestandteil in der Ausbildung.

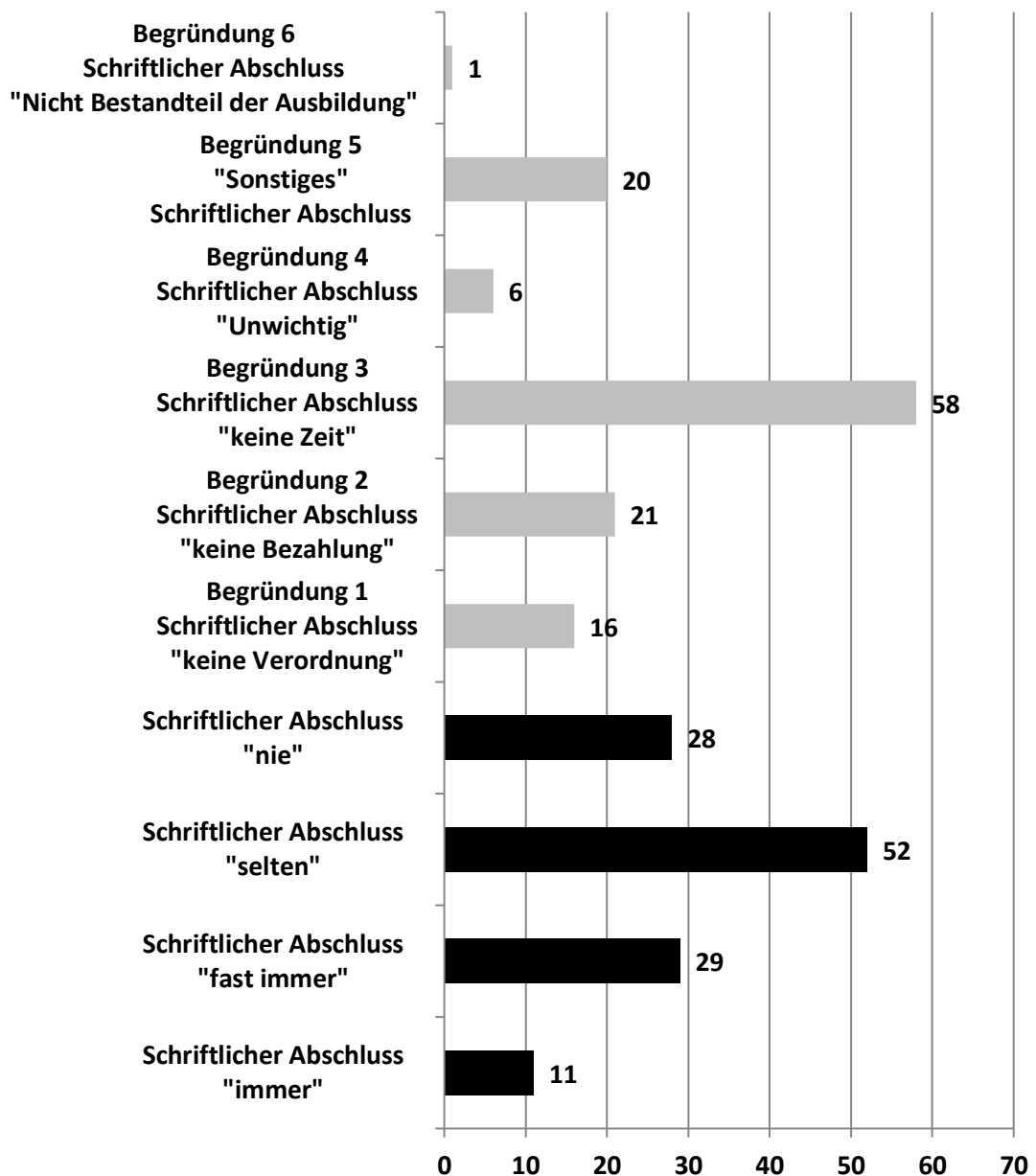


Abb. 6.5: Grafik zur Anzahl der Erstellung eines schriftlichen Abschlussbefundes der 120 befragten Physiotherapeut*innen, zusammengefasst in der Zuordnung „immer oder fast immer“ und „selten oder nie“ mit Begründung

6.1.6 Schulung und Beratung

Alle Teilnehmenden „schulen und beraten“ ihre Patient*innen während der Behandlungszeit immer oder fast immer. Auch möchten 118 Physiotherapeut*innen in der physiotherapeutischen Behandlung gerne ihr gesamtes Wissen und Können einsetzen und geeignete Maßnahmen aus mehreren Therapiearten im Sinne von Patient*innen kombinieren. 2 Physiotherapeut*innen sehen dies eher kritisch und begründen dies damit, dass die Therapieart auf der Verordnung festgelegt ist, dass es dafür keine extra Vergütung gibt (n=1) oder dass keine extra Zeit dafür vorgesehen ist (n=1).

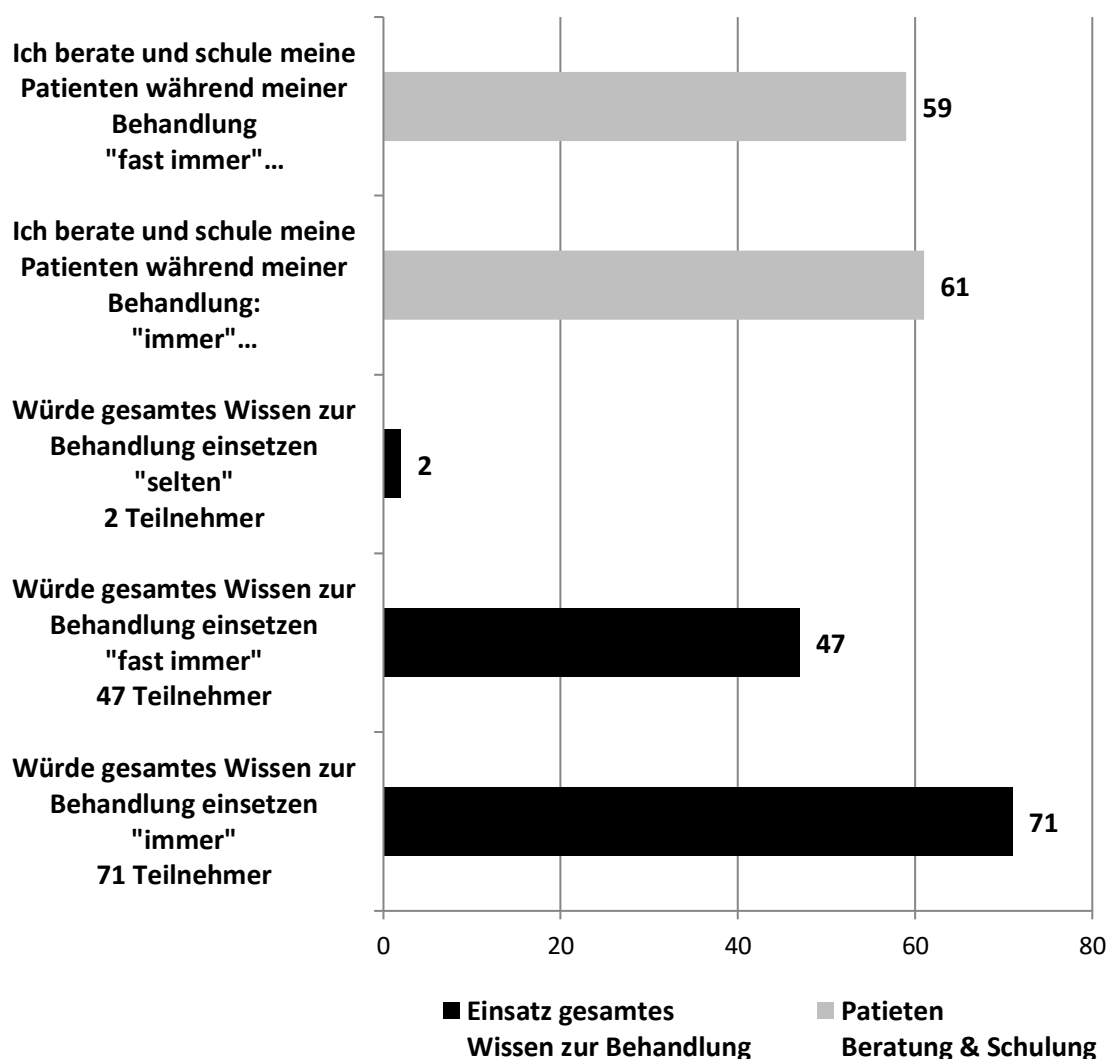


Abb. 6.6: Grafik zur Anzahl von „Schulung und Beratung“ der 120 befragten Physiotherapeut*innen zusammengefasst in der Zuordnung „immer oder fast immer“ und „selten oder nie“

6.1.7 Gegenüberstellung von Berufsprofil und Berufsordnung mit der beruflichen Realität

- 70,83 % der Testpersonen machen immer oder fast immer eine schriftliche Erstbefunderhebung;
- 10,00 % machen immer oder fast immer eine schriftliche Therapieplanung;
- 66,67 % achten immer oder fast immer auf eine schriftliche Dokumentation ihrer Behandlungsergebnisse;
- 44,17 % evaluieren ihre Behandlungsergebnisse immer oder fast immer;
- 33,33 % legen immer oder fast immer Wert auf einen Abschlussbefund;
- 100,00 % schulen und beraten ihre Patient*innen in der Behandlung immer oder fast immer;
- 98,33 % möchten in der physiotherapeutischen Behandlung gerne ihr gesamtes Wissen und Können einsetzen und geeignete Maßnahmen aus mehreren Therapiearten im Sinne von Patient*innen kombinieren;

Dies bedeutet aber auch, dass

- 29,17 % selten oder nie eine schriftliche Erstbefunderhebung machen;
- 90,00 % selten oder nie eine schriftliche Therapieplanung verfassen;
- 33,33 % selten oder nie ihre Behandlungsergebnisse dokumentieren;
- 55,83 % selten oder nie ihre Behandlungsergebnisse evaluieren;
- 66,67 % selten oder nie einen Abschlussbefund anfertigen.
- 95,9 % die genannten Basistätigkeiten in ihrer Gesamtheit selten oder nie, lediglich vier Befragte (3,3 %) fast immer und eine Person (0,8 %) immer durchführen.

Für das Weglassen des Dokumentierens der Behandlungsergebnisse, einer Evaluation der Behandlung oder das Vernachlässigen eines Abschlussbefundes wurden genannt, dass:

- dafür keine extra Zeit vorgesehen ist (244 Nennungen);
- es sonstige Gründe gibt (70 Nennungen);
- dafür keine Vergütung vorgesehen ist (63 Nennungen);
- es nicht Teil der Verordnung war (46 Nennungen);
- es als unnötig empfunden wurde (30 Nennungen);
- es nicht Bestandteil ihrer Ausbildung war (6 Nennungen).

6.2 Ergebnisse des Surveys zur Bedeutung der Physiotherapie als Profession

Diese Freitext-Frage beantworteten alle der 120 Surveyteilnehmenden, da es ein Pflichtfeld war. Der genaue Wortlaut der hier ausgewerteten, offenen Frage 25 (siehe Anhang A) lautet: „Was bedeutet für Sie die Physiotherapie als Profession?“ Die Zuordnung der Sinneinheiten (kursiv) erfolgt als Zusammenfassung in ihrem Kontext und werden mit auserwählten direkten Zitaten ergänzt. Eine ganzheitliche Betrachtung mit Berücksichtigung diverser Aussagen und Ansichten gilt als Ziel. Mehrfachnennungen bleiben unberücksichtigt. Sofern die Teilnehmenden gendergerechte Sprache verwendeten, wurde diese übernommen.

6.2.1 Deduktive Kategorien

Es folgt die Darstellung des deduktiven Kategoriensystems für die Auswertung nach den Merkmalen nach Zalpour (2008, S.105) mit der Anzahl der Nennungen am rechten Bildrand (siehe Abb. 6.7). In dieses werden die Sinneinheiten der Antworten der Befragten eingeordnet.

▼	☐ Was bedeutet für Sie Physiotherapie als Profession ?	☐	120
▼	●☐ Deduktive Kategorien		0
	●☐ Berufsorganisation und Disziplinargewalt	☐	1
▼	●☐ Sozialprestige	☐	0
	●☐ Materielle Sicherheit	☐	8
	●☐ Ansehen, Anerkennung und Wertschätzung	☐	18
	●☐ Beruflicher Aufstieg	☐	0
	●☐ Autonomie	☐	6
▼	●☐ Expertenschaft	☐	0
	●☐ Verwissenschaftlichung	☐	11
	●☐ Studiengänge	☐	11
	●☐ Universalistischer Standard	☐	1
	●☐ Spezialisierung der Berufsposition	☐	3
	●☐ Kompetenzmonopol	☐	0
	●☐ Berufsethos	☐	0

Abb. 6.7: Als deduktives Kategoriensystem werden die Merkmale nach Zalpour (2008, S.105) für die Auswertung verwendet. Es folgt eine Anzahl der Nennungen der befragten Physiotherapeut*innen am rechten Bildrand

6.2.1.1 Berufsorganisation und Disziplinargewalt

Dazu liegt lediglich die Zuordnung einer Sinneinheit vor. Diese beinhaltet die Nennung, dass die Physiotherapie als Profession eine größere Lobby hätte.

6.2.1.2 Sozialprestige

6.2.1.2.1 Materielle Sicherheit

Zum Punkt materieller Sicherheit wird gesagt, dass der Beruf als Profession besser angesehen ist und man deutlich mehr Geld verdient. Es kommt zudem zu höherer Behandlungsqualität, besserer Bildung und Bezahlung. Da Physiotherapie das Bindeglied zwischen Pflege, Psychologie, Medizin und Therapie sei, müsse sie auch als große Einheit betrachtet und entsprechend gelehrt, geachtet und vergütet werden. Eine befragte Person äußert Bedenken, dass die Physiotherapie auch als Profession und mit akademisiertem Abschluss nicht entsprechend bezahlt wird.

6.2.1.2.2 Ansehen, Anerkennung, Wertschätzung

Die Physiotherapie als Profession bedeutet für die befragten Physiotherapeuten ein besseres Ansehen des Berufsbildes und nicht weiterhin als „Massage-Tante/-Onkel“ abgewertet zu werden. Das enorme Wissen, welches die Therapeuten haben müssen, um den

Patienten helfen zu können, sollte auch dementsprechend wertgeschätzt werden. Angesprochen wird dabei der finanzielle Bereich, jedoch auch die Patienten selbst. Dies würde bedeuten, dass auch die Arbeit der Physiotherapeuten mehr Wertschätzung erhält und mehr Vertrauen von den Ärzten bekommt. Des Weiteren wird vermutet, dass die Gesellschaft die Physiotherapie höher ansieht und das Vertrauen in die Therapeuten steigt. Eine damit verbundene Anerkennung von In- und Ausland ist naheliegend.

Es folgt eine Auswahl von Direktzitatzen:

„Meiner Meinung nach ist jeder Physiotherapeut ohne weiteres professionswürdig, damit es wieder einen gerechten Stellenwert in Deutschland gibt. Für uns ist die Stellung unumgänglich, [...] eigentlich ist es mir unwichtig, aber in Deutschland leider anscheinend notwendig. Allerdings ist auch hier jeder Physiotherapeut schon seinen akademischen Grad wert, wenn man sich mal überlegt, wie hoch der Wissensstand ist.“

„Nationale und internationale Anerkennung durch Akademisierung.“

„Vielleicht bekommen wir hierdurch trotzdem noch die, wie ich denke, fehlende Anerkennung von Kollegen wie Ärzten oder auch der Kasse.“

„Der Beruf würde so besser angesehen werden [...]“.

„Eine Chance auf mehr Anerkennung in der Berufswelt ist somit gegeben.“

6.2.1.2.3 Beruflicher Aufstieg

Dieses Merkmal der Profession wird von den Befragten nicht genannt.

6.2.1.3 Autonomie

Es bedarf mehr Selbstbestimmung. Außerdem nennen die Befragten das freie Arbeiten und den verordnungsunabhängigen Erstkontakt. Damit verbunden sehen diese mehr Freiheit im Beruf, evidenzbasiertes Arbeiten und eine freie Zeitbestimmung mit den Patienten. Des Weiteren gelten eine systematische, evidenzbasierte und selbstverantwortliche Therapie und Therapieplanung als wesentlich. Nachfolgend finden sich zwei wörtliche Zitate zur Veranschaulichung:

„Als Profession würde ich mir wünschen, dass mehr auf die Befundung eingegangen wird, um einen Direktzugang zu ermöglichen. Des Weiteren wäre es schön, wenn darin dann direkt auch Fortbildungen enthalten wären. Man studiert sonst Physiotherapie mehrere Jahre und kann danach in

der Praxis nur Krankengymnastik abrechnen, weil einem immer noch alle Fortbildungen fehlen.“

„Mehr Freiheit im Beruf [...].“

6.2.1.4 Expertenschaft

6.2.1.4.1 Verwissenschaftlichung

Einige Teilnehmenden nennen in Verbindung mit der Physiotherapie als Profession die Begriffe Theorie und Forschung. Die Physiotherapie wird als wissenschaftliches Fach und angesehener Beruf mit aktuellem, wissenschaftlichem Kenntnisstand selbstverständlich evidenzbasiert gesehen. Folgende Direktzitate verdeutlichen die genannten Aspekte:

„Evidenzbasiertes Wissen vermitteln auf aktuellem Wissensstand.“

„Forschung, neue Ergebnisse, bessere Verknüpfung von Theorie und Praxis.“

„Mehr [...] Forschung.“

„Mit der Forschung weiterkommen.“

6.2.1.4.2 Studiengänge

Die Physiotherapie als Profession bedeutet für die Befragten, dass die Physiotherapeuten studieren, an der Uni lehren und trotzdem direkten Kontakt zum Patienten halten. Ebenso sehen diese eine Ausbildung an einer Hochschule als Studiengang oder gleich als Studium an einer Universität. Als Resultat wird ein akademischer Beruf genannt, der zur Qualitätsverbesserung beiträgt. Als gesichert gilt für die Befragten, dass die Physiotherapie wesentlich mehr beinhaltet, als in der Ausbildung gelernt werden kann.

Eine befragte Person macht an dieser Stelle auf mögliche Nachteile aufmerksam:

„[...] Dabei bleibt jedoch zu viel Praxiserfahrung auf der Strecke und es gibt zu viele Menschen, die die Voraussetzungen für ein Studium nicht erfüllen, aber trotzdem super Therapeuten sind.“

6.2.1.4.3 Standard

Eine befragte Person schreibt nieder, dass *die Physiotherapie als Profession standardisiert werden soll*. Diese geht jedoch nicht näher darauf ein.

6.2.1.4.4 Spezialisierung der Berufsposition

Drei Jahre Ausbildung werden für zu wenig und zu oberflächlich angesehen. Spezialisierungen sollten für alle kostenlos und schon im Studium enthalten sein. Es wird so erwartet, dass alle Physiotherapeuten die gleichen Voraussetzungen nach der Ausbildung haben. Ein weitere Person schreibt den Begriff der Spezialisierung in der Physiotherapie nieder, geht jedoch nicht näher darauf ein. Außerdem folgt die Nennung des Begriffs Fachrichtungen.

6.2.1.4.5 Kompetenzmonopol

Dieser Aspekt wird von den Befragten mit dem Begriff der Profession nicht in Verbindung gebracht.

6.2.1.5 Berufsethos

Dieser Aspekt wird von den Befragten mit dem Begriff der Profession ebenfalls nicht in Verbindung gebracht.

6.2.2 Induktive Kategorien

Eine Erweiterung der Zuordnung geschieht mit induktiven Kategorien (siehe Abb. 6.8). Die Zahlen an der rechten Bildseite geben die Anzahl der Nennungen wieder, ebenso die in Klammern gesetzten Zahlen der Überschriften. Das genaue Vorgehen wird in Kapitel 5.1.2 beschrieben.

▼ ● ☐ Induktive Kategorien	☐	0
● ☐ Keine Profession		5
● ☐ Eigenes Gebiet		4
● ☐ Aus - und Fortbildung	☐	7
● ☐ Optimale Patientenversorgung	☐	23
● ☐ Weiterentwicklung	☐	5
▼ ● ☐ Nicht auswertbare Antworten	☐	0
▼ ● ☐ Bewertung	☐	0
● ☐ Wichtig	☐	3
● ☐ Nichtig	☐	5
● ☐ Egal	☐	1
▼ ● ☐ Ungültige Antworten		0
● ☐ Ich verstehe die Frage nicht	☐	2
● ☐ Ungültige Zeichen	☐	18
● ☐ Ich kann dazu nichts sagen	☐	7
● ☐ Themenfremde Aussage	☐	8

Abb. 6.8: Das Kategoriensystem zur Bedeutung der Physiotherapie als Profession mit induktiven Kategorien und nicht auswertbaren Antworten

6.2.2.1 Keine Profession

Es wird genannt, dass die Physiotherapie keine Profession sei. Die Befragten sehen die Physiotherapie beispielsweise als wichtigen Bestandteil der Medizin oder beschreiben diese als Überakademisierung eines handwerklichen Berufes.

Im Folgenden ein Zitat:

„Es ist für mich keine Profession, da ich nicht professionell meine Fähigkeiten anwenden kann, mit dem System der gesetzlichen Krankenkassen, in dem der Arzt vorschreibt, welche Behandlung anzuwenden ist [...]“

6.2.2.2 Ein eigenes Gebiet

Die Physiotherapie wird als Bindeglied zwischen Pflege, Psychologie, Medizin und Therapie beschrieben. Daher wird gewünscht, dass diese als große Einheit betrachtet, entsprechend gelehrt, geachtet und natürlich vergütet wird. Ebenso wird diese mit einem selbstständigen Arbeitsfeld mit gezielter Differenzialdiagnostik beschrieben; genauer gesagt als Profession mit eigenständigem Berufsbild und akademischem Hintergrund oder zumindest einer einheitlichen Ausbildung.

Im Folgenden ein Zitat:

„Das Berufsbild steht für sich als eigenständiges Arbeitsfeld vor allem im Reha- und Gesundheitsfeld [...]“

6.2.2.3 Ausbildung und Fortbildung

Befragte wünschen sich einen sehr gut ausgebildeten Beruf. Dieser sollte auch in der Lehre als Einheit betrachtet werden. Als besonders wertvoll gilt der praktische Anteil. Die Zusatzausbildungen sollten ebenso im Rahmen der Grundausbildung erfolgen. Erwartet wird eine höhere Behandlungsqualität, durch bessere Bildung. Die Fortbildungen sollten nicht zu teuer sein, damit das Wissen trotz niedrigen Gehaltes, im Sinne einer individuellen Patientenbehandlung zur Verfügung steht. Wiederholt wird die Praxiserfahrung im Alltagsbetrieb als hohes Gut hervorgehoben.

6.2.2.4 Optimale Patientenversorgung

Den Physiotherapeuten geht es um den täglichen Umgang mit Menschen und den Einsatz des in der Ausbildung erlernten Wissens zur Unterstützung der natürlichen Heilungsprozesse. Diese wollen die Ursache der pathologischen Zustände erkennen und erfolgreich behandeln. Der Anspruch an sich selbst geht so weit, dass es nahezu als persönliches Versagen gewertet wird, falls trotz erfolgter Behandlung eine Operation stattfinden muss. Aufgrund der hohen Übernahmebereitschaft von Verantwortung fordern diese alle Voraussetzungen, wie beispielsweise eine ganzheitliche, gründliche Untersuchung des Patienten, als Vorbereitung für eine bestmögliche Behandlung. Es geht darum, mit allem Wissen zu helfen und zu beraten, um die Lebensqualität des Patienten wiederherzustellen. Die Physiotherapeuten sehen sich in einer vermittelnden Position und als Unterstützung in schwierigen Situationen, wobei explizit auch die palliative Situation genannt wird. Ein Laissez-faire-Verhalten wird abgelehnt, eine Tendenz zu Standardisierung nach wissenschaftlichen Erkenntnissen und Nachweisbarkeit der Qualität gefordert. Die Therapierenden übernehmen die Verantwortung mit ihren Patienten und agieren somit auch in der Position eines Coaches. Anhand eines individuellen, angemessenen Befundes erstellen diese individuelle und alltagstaugliche Trainingsprogramme. Sie schulen hierfür die körperliche Eigenwahrnehmung, damit die Übungen am Ende selbstständig umgesetzt werden können. Zudem geben sie Tipps, wie sich der Patient im Alltag physiologisch (jedoch

immer individuell) verhalten sollte, um ein möglichst langes und schmerzarmes Leben führen zu können. Es folgen einige Originalzitate:

„Für mich bedeutet es den Menschen bestmöglich zu helfen.“

„Helfer zur Selbsthilfe sein.“

„Hilfe zur Selbsthilfe. Unterstützung in schwierigen Situationen (z. B.: palliative Situation, u. a.), Ängste nehmen bzw. auffangen. Motivieren.“

„Menschen helfen und sie zu neuen Zielen animieren. Ihnen neue Wege aufzeigen und Alternativen geben. Kein Laissez-faire-Verhalten des Therapeuten.“

„Im Umgang mit Menschen diesen helfen und unterstützen.“

„Patienten sowohl akut als auch über lange Zeit im Alltag Unterstützung zu bieten.“

„Personen zu helfen, ihre Leiden so gut es geht zu lindern und die funktionelle Beweglichkeit des Bewegungsapparats zu erhalten oder im besten Fall zu verbessern.“

„Im Sinne des Patienten.“

6.2.2.5 Weiterentwicklung des Berufes

Es gibt fünf Antworten zur Weiterentwicklung und Qualitätsverbesserung im Berufe, jedoch ohne weitere Ausdifferenzierung

Codierte Segmente
Höhere Behandlungsqualität; Bessere Bildung und Bezahlung
Weiterentwicklung
Eine Weiterentwicklung des Berufs
Fortschritt
Wird zum akademischen Beruf → Qualitätsverbesserung

Tabelle 6.1: Originalantworten zur Kategorie Weiterentwicklung des Berufes

6.2.2.6 Weitere Antworten (44 Nennungen)

Es liegen neun Nennungen mit Wertung vor (wichtig (3 Nennungen), nichtig (5 Nennungen), egal (1 Nennung)).

Weitere nicht verwendbare ungültige Antworten: davon setzen ungültige Zeichen (18 Nennungen), verstehen die Frage nicht (2 Nennungen), können dazu nichts sagen (7 Nennungen), oder machen gar keine (3 Nennungen) oder themenfremde Aussagen (8 Nennungen).

Zu der letztgenannten Rubrik themenfremde Aussagen folgen zwei auserwählte Beispiele an Zitaten:

„Ich denke, dass es gute und schlechte Therapeuten gibt, sowohl auf dem zweiten Bildungsweg als auch in Bachelorstudiengängen.“

„Ich finde nicht, dass studierte Physios bessere Physios sind oder sein werden.“

6.2.3 Kategorien mit geringer und hoher Nennung

Abgebildet werden folgende Merkmale, welche unter fünf Nennungen liegen, wobei sich die Anzahl der Nennungen dahinter in Klammer befindet:

- Berufsorganisation und Disziplinargewalt (1)
- Beruflicher Aufstieg (0)
- Das Vorhandensein von Standards (0)
- Spezialisierung der Berufsposition (3)
- Die Physiotherapie mit eigenem Kompetenzmonopol (0)
- Das eigene Berufsethos (0)

Auffällig ist, dass die mit Abstand häufigste Nennung mit 30,7 % (23) für die in Deutschland arbeitenden Physiotherapeuten die induktiv erzeugte Kategorie, die optimale Patientenversorgung darstellt (siehe Abb. 6.9).

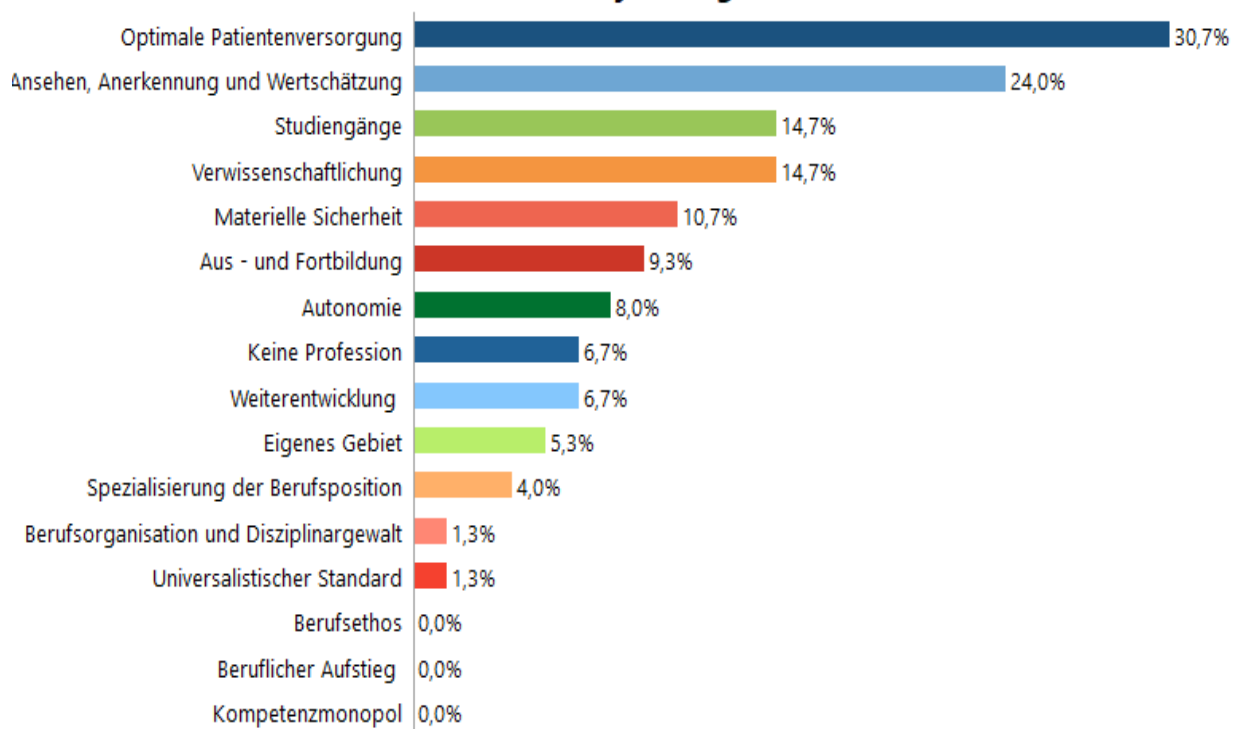


Abb. 6.9: Merkmale nach der genannten Häufigkeit der befragten Physiotherapeut*innen zur Bedeutung der Physiotherapie als Profession aus induktiven und deduktiven Kategorien

Im nächsten Kapitel finden sich die Ergebnisse aus der durchgeführten Inhaltsanalyse nach Kuckartz zur Darstellung der physiotherapeutischen Realität.

6.3 Ergebnisse aus den geführten Interviews zur Darstellung der physiotherapeutischen Realität

Bei den sechs Interviewpartner*innen handelt es sich um eine kleine Auswahl von hochrangigen Expert*innen aus Deutschland, wobei deren Auswahl detailliert in Kapitel 4.2.2.2 beschrieben wird. Da diese versicherten, nach bestem Wissen und Gewissen zu antworten, werden die Inhalte aus Datenschutzgründen in der jeweiligen Kategorie als Zusammenfassung und ohne Verweise wiedergegeben, sodass eine Rekonstruktion der Interviews nicht erfolgen kann. Dabei handelt es sich **immer um subjektive Meinungen**. Der Fokus lag an dieser Stelle auch nicht auf der Häufigkeit der Nennungen. Vielmehr ging es um die Wiedergabe von breiten und facettenreichen Argumentationen, welche die Physiotherapie in ihrer Ganzheitlichkeit beschreiben könnte. Als positiver Nebeneffekt resultiert daraus die leichtere Lesbarkeit. Um die Authentizität des Gesagten dennoch zu erhalten, finden sich ausgewählte

Zitate in den Fließtext eingearbeitet. Sofern die Teilnehmenden gendergerechte Sprache verwendeten, wurde diese übernommen. An dieser Stelle wird erneut versichert, dass im Ergebnisteil lediglich die gewonnenen Informationen aus den geführten Experteninterviews wiedergegeben werden. Das methodische Vorgehen findet sich in Kapitel 4.2 niedergeschrieben.

Es folgt eine strukturierende, qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz mit dem Modell der physiotherapeutischen Realität (MPTR) als reguläres Kategoriensystem (siehe Abb. 6.10), ausgewertet mithilfe des Programms MAXQDA. Um der Forschungsfrage aus Kapitel 3.2 gerecht zu werden, war es das Ziel, eine möglichst ganzheitliche physiotherapeutische Realität (PTR) auf der Basis der Expertenaussagen zu generieren.

An dieser Stelle soll in Erinnerung gerufen werden, dass die Nummerierungen der Ebenen keiner Wertigkeit oder Reihenfolge entsprechen. Das begrenzte Platzangebot in den grafischen Darstellungen führte zur Nummerierung der vier Ebenen mit dem Ziel einer verkürzten Schreibweise. Ebenso unabhängig von Nummerierung und Wertigkeit gestaltet sich die Auswertung des Kategoriensystems im Top-Down-Verfahren. Im nächsten Kapitel erfolgt die Darstellung der Ebene der Innovation und des Fortschritts.

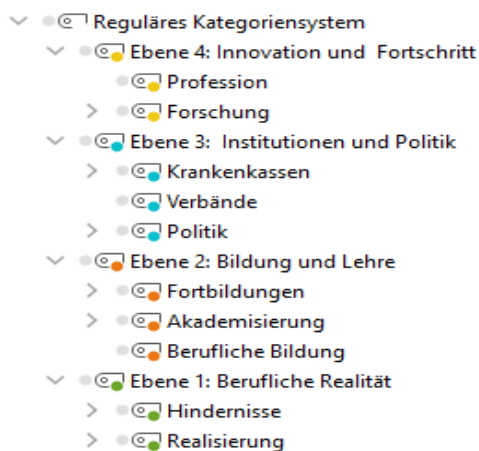


Abb. 6.10: Das reguläre Kategoriensystem mit den angelegten Subkategorien

6.3.1 Darstellung der Ebene der Innovation und des Fortschritts

Zur besseren Übersicht der Ebene 4: Innovation und Fortschritt wurde die Abb. 6.11 erstellt.

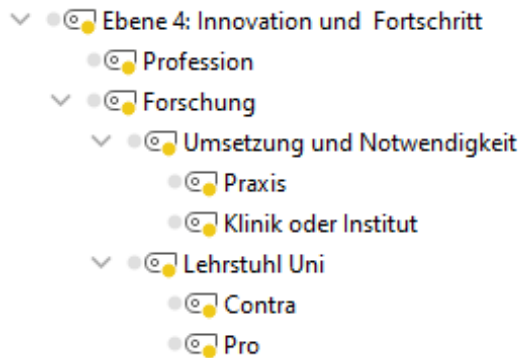


Abb. 6.11: Die vierte Ebene des Modells der physiotherapeutischen Realität (MPTR) im regulären Kategoriensystem mit seinen Subkategorien

6.3.1.1 Profession

Die Expert*innen beginnen über die Bedeutung von Profession zu sprechen und nennen für sie wichtige Merkmale. Diese unterscheiden sich in Deutschland in Bezug auf die Physiotherapie in erfüllte und unerfüllte Merkmale. Ein Beispiel für ein erfülltes Merkmal ist der eigene, spezifische Wissensschatz, wie beispielsweise ein Gelenk untersucht wird. Zudem wird das Sozialprestige in Deutschland im Vergleich zu Australien angesprochen.

„Sozialprestige ist hier in Deutschland auch nicht im Überfluss vorhanden. Genau genommen ist es nicht so der Wahnsinnsberuf! Wenn man in Australien sagt, man ist Physiotherapeut, ist das etwas anderes! Da hat man alle Aufmerksamkeit!“

Die Physiotherapie als Profession ist sehr wichtig für das Ansehen der Physiotherapeuten, welches sich auch in der Kommunikation mit Ärzten widerspiegeln wird. Daraus resultiert ein möglicher Weg, welcher weg vom Hilfsberuf und weg von der Bindung an den Heilmittelkatalog führen könnte. Ein Arzt als Delegierender wird dann weniger benötigt und von den befragten Personen jetzt schon als unnötig empfunden. Die Expert*innen geben im Folgenden an, dass den Physiotherapeuten zukünftig mehr Verantwortung übergeben werden muss. Nur so kann eine Aufwertung des Berufes und der Tätigkeit erreicht werden. Des Weiteren muss es jetzt schon eine öffentliche Institution geben, welche das Handeln, die Techniken und Erfolge der Physiotherapie belegen und veröffentlichen kann.

Professionalisierung kann nur funktionieren, wenn die Eigenverantwortung der Physiotherapeuten größer wird, und das kann nur funktionieren, wenn die Physiotherapie die Qualität dafür liefert. Es geht nicht darum, den Erstkontakt nur zu wollen, sondern auch verantwortungsvoll an Patienten durchführen zu können. Auf jeden Fall brauchen die Physiotherapeuten dafür zukünftig selbstverständlich Akademisierung oder weiterhin externe Fortbildungen. Die Befragten sehen es als wesentlich an, dass für die Wirkung der physiotherapeutischen Maßnahmen zukünftig wissenschaftliche Belegbarkeit vorliegt. Es wird zukünftig schwerer werden mit einem Kostenträger zu verhandeln, wenn die Erfolge und Techniken der Physiotherapie lediglich vermutet werden. Dafür wird der Staat auch seinen Beitrag leisten müssen. Wie in anderen Bereichen sind Forschungsgelder für den Bereich Physiotherapie in Zukunft dringend zur Verfügung zu stellen. Den Expert*innen ist klar, dass die Physiotherapie als wissenschaftliche Disziplin geeignet ist, und sprechen ihre Komplexität an. Die daraus resultierenden, vielen offenen Fragen, können ohne Wissenschaft weiterhin wenig zielführend diskutiert werden. Die Rolle des Arztes als Vormund der Physiotherapie wird wiederholt infrage gestellt und der Nutzen einer vollständigen Ausbildung betont.

„Wenn der Physiotherapeut besser weiß, was der Patient braucht, dann braucht man auch keinen Arzt, der da was aufschreibt. Für diese Leistung muss aber auch der Physio bezahlt werden und die Entscheidung selbstständig treffen.“

Es wird festgestellt, dass es bei der ganzen Debatte der Akademisierung eigentlich um Professionalisierung geht. Die Expert*innen gehen darauf ein, dass diese mit gesellschaftlichem Standing zu tun hat und somit auch finanziell abbildbar ist. Im Wesentlichen ist es so, dass die Professionalisierung in Kombination mit der Akademisierung in der Regel zum Bestreben nach mehr Berufsautonomie und zum Erstkontakt führt.

„Ich bin der Meinung, dass der Direct Access auch in Deutschland eingeführt werden kann. [...] Wir brauchen hier für Physiotherapeuten in Deutschland tatsächlich einen kompletten Erstkontakt.“

Dafür braucht es unbedingt eine starke einheitliche berufsständische Vertretung oder besser eine Disziplinargewalt. Die Expert*innen nennen eine Forcierung und Bündelung der Kräfte als dringend notwendig, wenn möglich sogar in einer Kammer. Es gilt das Gebiet, der Physiotherapie als eigene wissenschaftliche Disziplin abzustecken und in der

Folge wissenschaftsbasierte Entscheidungen zu treffen. Dies wird als Chance für die Physiotherapie gesehen, da immer mehr Patienten gute und wirksame Physiotherapie benötigen, natürlich im Sinne der Prävention und in Akutfällen. Es wird davon ausgegangen, dass viele Probleme der Gesellschaft eine Lösung durch innovative, berufliche Bereiche der Physiotherapie erfahren könnten. Es geht auch darum, eine interdisziplinäre Patientenversorgung zu ermöglichen und eine bessere Abgrenzung, eigentlich sogar eine klare Distanzierung zu Wellness-Angeboten zu erreichen. Die Expert*innen nennen als weitere Kriterien einer Profession eine gemeinsame und vollständige Qualifikationsbasis, welche zur freien Ausübung des Berufes befähigt. Nur durch die Akademisierung wird die Möglichkeit einer Durchführung von Studien und eines durchgängigen Bildungswegs bis hin zur Promotion im Bereich Physiotherapie geschaffen werden. Eine eigenständige Forschung ist erst dann als Grundvoraussetzung gegeben. Folglich wird es möglich, auf dem internationalen Parkett aufzutreten und zu arbeiten. Bei internationaler Betrachtung gibt es viele Länder, in denen die Physiotherapie vollständig professionalisiert ist, wie bspw. in Australien. Dort gehört das Sozialprestige ebenso wie ein großer beruflicher Handlungsspielraum ganz selbstverständlich dazu.

6.3.1.2 Forschung

6.3.1.2.1 Umsetzung und Notwendigkeit der Forschung

Hier geht es darum, wie die Forschung in der Physiotherapie zukünftig eingeführt und umgesetzt werden kann. In anderen Ländern läuft die Forschung in der Physiotherapie auf höchstem Niveau, und deren Ergebnisse werden ganz selbstverständlich weltweit präsentiert. Physiotherapeuten promovieren, und dafür gibt es die nötigen Stellen.

Auffällig ist dies bei internationalen Konferenzen. Deutschland wurde in der Vergangenheit kaum wahrgenommen, obwohl es beim Weltverband der Physiotherapie (WCPT) von der Mitgliederanzahl her stark vertreten ist. Jedenfalls kann im Verhältnis eher wenig Wissenschaftliches beigetragen werden. Die Expert*innen beraten darüber, wie die Forschung in der Praxis, also im Alltag der Physiotherapeuten erstmals flächendeckend eingeführt werden kann. Generell kann man eine große Studie nur in einem Reha-Zentrum oder einer Klinik stattfinden lassen. Die Forschung in der Physiotherapie sollte, wie in anderen Ländern auch, zum ganz normalen Tagesgeschäft in den Kliniken werden. Angemerkt wird auch, dass die Weiterentwicklung oder wissenschaftliche Ausarbeitung bei-

spielsweise zum Thema Leitlinien in Deutschland nicht weiterhin ehrenamtlich und unbezahlt erfolgen soll. Es wird als wichtig erachtet, mit Kollegen interdisziplinär zusammenzuarbeiten. Gerade in der Medizin sind sehr viel wissenschaftliche Fakten und Erfahrungen vorhanden. In einer Klinik gibt es die Möglichkeit, sich mit den verschiedenen Berufsgruppen zu besprechen. Ziel ist die bestmögliche, berufsübergreifende Genesung und Versorgung des Patienten. Selbstverständlich geht es beim Fortschritt einer Berufsgruppe auch immer um neue Formen der Versorgung und folglich um die Alimentierung im Gesundheitswesen. Davon ausgehend, dass genug Geld vorhanden ist, ist es eine Frage der Verteilung. Darum erscheint es umso wichtiger, Fehlversorgung und Fehlverteilung zukünftig durch Forschung aufzudecken und zu minimieren. Weitere interessante Themen sind beispielsweise, wie sich präventives Training zur Verhinderung von Gelenkoperationen im Hinblick auf die Kostenentwicklung auswirkt. Wesentlich zur Umsetzung der Professionalisierung ist das Vergleichen als Grundfertigkeit der Wissenschaft. Es geht darum, von Vergleichen zu lernen. Die Frage lautet: Was funktioniert in anderen Ländern gut, und wie können wir es zukünftig auch erreichen? Die Situation in Norwegen soll als Beispiel dienen. Physiotherapeuten mit Masterabschluss dürfen dort bei Erkrankungen des Bewegungsapparates bis zu acht Wochen krankschreiben. Zusätzlich dürfen sie Röntgenbilder und Laboranalysen anordnen. Es gibt dort eine hohe Berufsautonomie. Interessant ist die Frage, warum die Norweger so agieren, wie gut es funktioniert und ob das Modell eine Möglichkeit für Deutschland bietet. Selbstverständlich gilt es, den Vergleich zu interpretieren und auf nationale Gegebenheiten anzupassen.

6.3.1.2.1.1 Umsetzung der Forschung in der Praxis

Ein essenzieller Aspekt der Physiotherapie direkt am Patienten ist, dass bemerkenswerte physiotherapeutische Fälle weiterhin ungeklärt bleiben, solange es keine Forschung in der Physiotherapie gibt. Diese Fälle werden sich somit wiederholen.

„Zu der Zeit, als ich noch im Klinikum gearbeitet habe, sind mir Krankheitsbilder aufgefallen, die sich womöglich durch bestimmte physiotherapeutische Behandlungsweisen präventiv verhindern ließen.“

Die Expert*innen sind sich einig, dass sich kleine Praxen nur schwer am Forschungsprozess beteiligen können, da diese derzeit keinen Erstkontakt aufnehmen dürfen und das Personal zusätzlich unbezahlt arbeiten müsste. Trotzdem haben diese eine interne Evidenz und die Forschung in der beruflichen Realität eine absolute Berechtigung:

„Wenn ich meinen Praxischef anschaue, behandelt dieser seit 30 Jahren Patienten mit Schlaganfällen. Natürlich haben diese Leute auch unglaubliches Wissen ohne akademisiert zu sein – die sind deswegen nicht weniger professionell! Das Problem dabei ist, dass viele interessante Phänomene, die diesen Profis während ihres Berufslebens auffallen, auf Grund der mangelnden Forschung über Generationen hinweg weiterbestehen bleiben.“

6.3.1.2.1.2 Umsetzung der Forschung an Institutionen

Selbstverständlich müssen daraufhin diese Studien in den Kliniken gestartet werden. Hier zeigt es sich, dass der Studienleiter der Physiotherapie selbstverständlich einen Sitz an einer Universität oder Fachhochschule haben muss. Es gilt die Institute zu rekrutieren, welche groß genug und organisiert sind, dass sie begleitende Forschung im Bereich der Physiotherapie betreiben könnten. Eine weitere Voraussetzung ist, dass die Zusammenarbeit mit den Universitäten hergestellt werden kann.

6.3.1.2.2 Einführung der Physiotherapie an Universitäten

Die Einführung eines Lehrstuhls an einer Universität wird als gute Möglichkeit für die Professionalisierung in der Physiotherapie gesehen. Es ist dringend notwendig, auf alle Optionen zugreifen zu dürfen, die ein Lehrstuhl mit sich bringt, gerade im Sinne der Wissenschaft. Beachten müsse man dabei, dass das Personal, welches an den Universitäten eingesetzt wird, selbstverständlich mit der Arbeit am Patienten vertraut ist. Des Weiteren braucht es dringend öffentliche Gelder zur Finanzierung der Forschung, um große Studien mit verlässlichen Daten ins Leben zu rufen. Es wird wiederholt darauf hingewiesen, dass jetzt schon Umfelder bekannt sind, in denen kurzfristig auch interdisziplinär zusammengearbeitet werden könnte.

„Hier in unserem Fortbildungsinstitut unterrichten wir die Ärzte genauso gut wie die Physiotherapeuten. Ich kann es mir sehr gut vorstellen, dass Ärzte, wie auch Physiotherapeuten gemeinsam gute Studien hervorbringen könnten.“

Die Meinung einer befragten Person ist so, dass die Physiotherapeuten, welche an Forschung interessiert sind, dort hingehen, wo gerade geforscht wird. Es geht um viele Projekte in der Versorgungs-, Effektivitäts- und Diagnoseforschung. Das ist zwar noch keine eigene Physiotherapieforschung in dem Sinne. Jedoch könnten eigene Projekte zukünftig geschaffen werden. Es braucht dazu Professoren in der Physiotherapie, welche Forschungsgelder einwerben. Große Studien sind in der Regel drittmittelfinanziert.

„Ich war in mehreren Berufungskommissionen und es bewerben sich oft nicht genügend Personen mit ausreichenden Qualifikationen! Wir müssen auf jeden Fall Physios promovieren! Des Weiteren darf nicht vergessen werden, dass die Professoren an der Hochschule viele Stunden für Lehre haben. Forschung in diesem Sinne gehört an die Universität. Dort gibt es die nötigen zeitlichen Freiräume, Drittmittelanträge zu stellen und die Forschungsprojekte begleiten zu können.“

Für die genaue Umsetzung der Forschung an Hochschulen siehe Kapitel 6.3.3.

6.3.2 Darstellung der Ebene der Institutionen und Politik

Zur besseren Übersicht der Haupt- und Unterkategorien in Ebene 3 wurde die Abb. 6.12 erstellt.

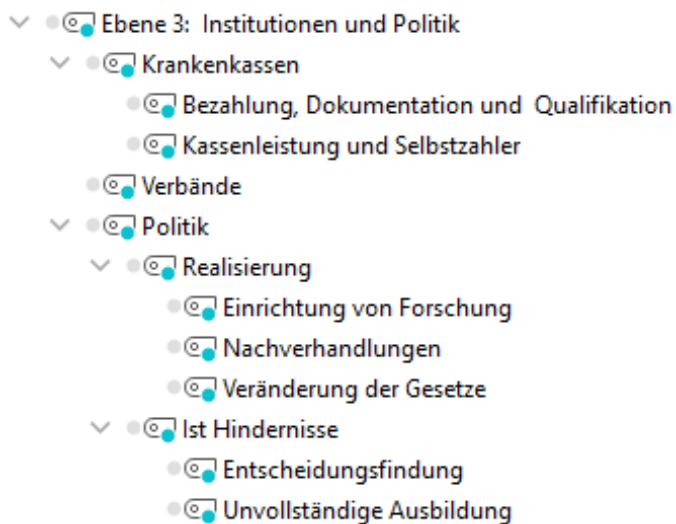


Abb. 6.12: Die dritte Ebene des Modells der physiotherapeutischen Realität (MPTR) als reguläres Kategoriensystem mit seinen Subkategorien

6.3.2.1 Krankenkassen

6.3.2.1.1 Bezahlung, Dokumentation und Qualifikation

Die Expert*innen gehen darauf ein, dass auch in der Physiotherapie für gute Arbeit mit hohem Wissen eine gute Vergütung von den Krankenkassen zu leisten ist. Diese Diskrepanz, auch im Hinblick auf die Befunderhebung, kristallisiert sich über die Jahre hinweg zwischen den Krankenkassen und Verbänden heraus.

„[...] Wenn das Krankenkassensystem so bleiben soll, wie es jetzt ist, müsste man eine Befundposition in den Heilmittelkatalog einführen und müsste den Therapeuten 20 Minuten für die Befundaufnahme vergüten.“

Zusammengefasst ist vieles offen. Möglicherweise wird der Physiotherapeut bald nach berufsschulischer oder akademischer Qualifikation bezahlt, anstelle des Rezeptes, welches abgerechnet wird. Die Anzahl der nötigen Nachverhandlungen schätzen Expert*innen so hoch, dass auch eine Erneuerung des Systems denkbar wäre.

„Es sollte auf jeden Fall so sein, dass es in der Physiotherapie so ist, dass ein richtiger Rahmen für die Dokumentation gegeben ist. Ich denke, dass es auf der Beihilfe-Liste seit Kurzem eine Befundposition mit extra Vergütung gibt, aber bei den gesetzlichen Krankenkassen noch nicht. Es könnte überlegt werden, ob man den ersten und letzten Termin länger macht, um einen guten Anfang mit Befund und ein gutes Ende mit Befund zu erreichen.“

Des Weiteren überlegen die Expert*innen, ob es nicht sinnvoller wäre, die Bezahlung nach Berufsschulabschluss oder akademischer Qualifikation anstelle der Fortbildungspositionen in Erwägung zu ziehen.

6.3.2.1.2 Kassenleistung und Selbstzahler

Die Expert*innen befürchten, dass bestimmte Leistungen aus dem Heil- und Hilfsmittelkatalog der Krankenkassen gestrichen werden. Als Beispiel nennen diese die Kürzungen der Standardleistungen in der Zahnmedizin, welche in ihrer Quantität das Kassensystem stark belastet haben. Jedoch könnte dies in der Physiotherapie auch eine Chance darstellen, da sich daraufhin hin eine Selektion ergeben könnte.

„Wirkliche Qualität und echte Profession sind dann erstmals umzusetzen. Hier entsteht dann Qualität durch Preis und Leistung und nicht mehr aus den Vorgaben von Krankenkassen zu Verdienst und deren selbstaufgelegten Zertifikatsfortbildungen. Zusätzlich ist zu erwarten, dass die Krankenkassen eines Tages einen wissenschaftlichen Nachweis über die Wirksamkeit der physiotherapeutischen Maßnahmen verlangen, für die sie auch bezahlen.“

Als eine Möglichkeit, die Löhne zu erhöhen, wird eine Anhebung der Abrechnungspositionen gesprochen. Ebenso gibt einen Weg, der in Österreich gängig ist. Dort rechnet der Therapeut mit dem Patienten direkt ab und definiert so selbst seinen Preis. Nach den Aussagen der Expert*innen sind viele Veränderungen dringend nötig. Diese äußern Bedenken, dass durch die Regulierungen der Krankenkassen bezogen auf Verdienst und Therapiemaßnahmen der Fachkräftemangel durch Berufsflucht weiterhin zunimmt.

„Denn gute Therapeuten haben Gehaltsvorstellungen, welche sich über die Krankenkassen auch nicht mehr decken lassen. Deshalb ist es unglaublich wichtig, auch gute, fundierte Selbstzahlerleistungen weit weg vom Heilmittelkatalog der Krankenkassen anbieten zu können.“

6.3.2.2 Verbände

Die Expert*innen sehen es als sinnvoll an, die Macht in einem starken Berufsverband zu bündeln. Die Ergotherapeuten dienen dafür als Beispiel. So haben sie es geschafft, sich ihren Befund vergüten zu lassen und mit nur einem Berufsverband politisch etwas einig durchzusetzen. Im Gegensatz dazu stehen die vielen Verbände der Physiotherapeuten, welche häufig konkurrierende Ziele vertreten. Des Weiteren ist es für die Expert*innen wichtig, dass Verbandsvertreter zukünftig nur an wesentlichen Entscheidungen über die Physiotherapie mitwirken, wenn diese auch einen guten Überblick haben, was wissenschaftlich bereits in der Physiotherapie bekannt ist. Als Beispiel wird die Entwicklung von Leitlinien gegeben. Dazu benötigt es akademische Skills, um Literatur auf Metaanalysen-Niveau zu bestimmten Fragestellungen erarbeiten zu können.

„Aber auch Verbände tragen in meinen Augen eine gewisse Mitschuld, weil die Idee in diesem System alles über Fortbildung anstatt eigenständiger Akademisierung zu machen, auch ordentlich aufgeheizt worden ist. Jeder weiß, wenn man als Physio Geld verdienen will, macht man das, indem man Fortbildungen anbietet und nicht in dem man Patienten behandelt. Das ist generell falsch. Das Wichtigste ist aber die Patientenversorgung und die muss adäquat bezahlt werden. Wir haben in jedem Fach Fortbildungen, wir sind eine Wissensgesellschaft, lebenslanges Lernen, alles völlig klar, aber das Ausmaß an Fortbildungen, wie sich das in der Physiotherapie entwickelt hat, ist ein struktureller Fehler! Denn hier werden Missstände auf den einzelnen Physiotherapeuten verlagert und das ist nicht gut.“

Es erweist sich als notwendig, dass die Verbände darüber Bescheid wissen, wie die Ausbildung zukünftig laufen soll. Es geht darum, die Qualität der Therapeuten neu zu bewerten und auch gesellschaftlich nutzen zu wissen. Dem gegenüber steht die Aussage, dass auch Zusatzqualifikationen als eine Möglichkeit gesehen werden, um mehr Verantwortung zu übernehmen.

6.3.2.3 Politik

6.3.2.3.1 Realisierung

Die Befragten sprechen über die Realisierung von politisch veranlassten Veränderungen in der Physiotherapie in Deutschland durch die Einrichtung von Forschung (siehe Kapitel

6.3.2.3.1.1, Nachverhandlungen (siehe Kapitel 6.3.2.3.1.2) und die Veränderungen der Gesetzeslage (siehe Kapitel 6.3.2.3.1.3).

6.3.2.3.1.1 Einrichtung von Forschung

Den Expert*innen ist bekannt, dass der Hochschulverbund der Gesundheitsberufe schon durchgerechnet hat, dass es sinnvoll wäre, auf eine komplette Akademisierung umzustellen. Im Detail müsste man klären, was die Akademisierung der Patientenversorgung im Gegensatz zum Status quo verbessert. Letztlich werden handlungskompetente Physiotherapeuten für zukünftige Aufgaben und eine funktionierende Patientenversorgung benötigt. Zur Einführung der Physiotherapie an Universitäten müssen der Bund und die Länder die entsprechenden Ressourcen verhandeln, um dort beispielsweise die Versorgungsforschung ansiedeln zu können. Als Beispiel wird die Medizin genannt. Dort wäre dies vor vielen Jahren gleichermaßen geschehen, dass primär über die Versorgungsforschung ein Lehrstuhl eingerichtet wurde.

„Ich warte auf konstruktive Vorschläge von den Verbänden, den Schulen und den Universitäten, denn meine Aufgabe als Politiker ist nicht die richtigen Wege zu finden, sondern wir brauchen Vorschläge. Dann können wir die in der Politik über die Ausbildung, die Akademisierung oder die externen Fortbildungen diskutieren, eben mit den Fachexperten und den Gremien, aber ich bin nur Politiker und kein Wissenschaftler.“

6.3.2.3.1.2 Nachverhandlungen

Den Expert*innen ist bekannt, dass die schulische Ausbildung nicht alles enthält, was in der Praxis z. B. für den Direktzugang relevant ist. Als ein Vorschlag wird genannt, dass die Krankenkassen mit den Schulen nachverhandeln müssen. Wie sich die Situation im Moment darstellt, müssen die Krankenkassen auch Anreize dafür setzen, dass sich die Therapeuten weiterhin fortbilden. Die Aufgabe der Krankenkassen und der Verbände ist, solche Themen miteinander zu verhandeln.

„Wenn dann die Verbände, die auch teilweise mit den Schulen sehr gut zusammenarbeiten, also wenn an den Schulen beispielsweise Befund gelehrt wird, müssen die Verbände mit den Krankenkassen den Befund als Position in das Heilmittelverzeichnis reinbringen. Nur so kann es umgesetzt werden. [...] Sonst lehren die Schulen etwas, was später gar nicht benutzt wird.“

6.3.2.3.1.3 Veränderung der Gesetze

Die Expert*innen stellen die Frage, welche Rolle der Arzt in Bezug auf Physiotherapie jetzt schon hat.

„Ich finde, dass sich dabei auch beim Direktzugang nicht viel ändern wird. Es macht überhaupt keinen Unterschied, ob der Patient zuerst zum Arzt geht und auf der Verordnung beispielsweise HWS oder LWS Syndrom steht, oder er direkt zum Physiotherapeuten geht und sagt, dass er Rückenschmerzen hat. Wir als Physiotherapeuten müssen schon heute mit oder ohne Verordnung Differenzialdiagnose betreiben. Denn die Symptome können sich auch verändern oder verschlechtern. Dann schicken wir den Patienten selbstverständlich zum Arzt zurück. Niemand wird sich als Physiotherapeut hinstellen und weitermachen, nur weil auf dem Rezept LWS-Syndrom steht, aber der Patient von Nachtschweiß berichtet. Da haben wir auch jetzt schon die Pflicht, den Patienten zum Arzt zu schicken und um eine Überprüfung der Diagnose zu bitten.“

Die Expert*innen stellen es als bedeutungsvoll dar, diese ärztliche Verordnungspflicht zu überdenken. Im Hinblick auf eine älter werdende, multimorbide Gesellschaft sind sich die befragten Personen einig, dass ein weiteres Vorgehen auf diese Art und Weise nicht mehr zielführend ist.

"Meine Mutter ist auch eine Heilgymnastikerin. Damals war das so, dass die Ärzte ihre Töchter mit in die Krankenhäuser genommen haben, dass sie sich zu Hause nicht langweilen. Diese hatten dann so einfache Aufgaben wie den Rücken zu massieren und mit Leuten spazieren zu gehen. Seitdem hat sich so viel geändert. Das ist ja nicht mehr das was wir machen. Das Gesetz beschreibt eine Basis und einen Personenstand, die es so nicht mehr gibt. Wir können so heute Ressourcen nicht aktivieren, die wir dringend bräuchten."

6.3.2.3.2 Hindernisse

Die Expert*innen nehmen die politische stückweise, unsichere Entscheidungsfindung als lähmend und kontraproduktiv für alle Beteiligten war. Letztlich hat dies Auswirkungen auf die Professionalisierung. Viele Studiengänge werden nicht entwickelt, solange die Modellklausel für primär qualifizierende Studiengänge weiterhin aufgeschoben wird. Den Befragten ist klar, dass es mehr grundständige Bachelorstudiengänge geben wird, mehr Lehrstühle und Professuren, mehr Forschung und Entwicklung, wenn diese politische Entscheidung im Sinne der grundständigen Studiengänge getroffen wird. Betont wird, dass Probleme nicht an der Wurzel gepackt, sondern durch nationale, kleine Hintertür-

chen angegangen werden. Ein Beispiel dafür ist der sektorale Heilpraktiker für Physiotherapie. Dieser kann über externe Fortbildungen erworben werden und führt so zum erlaubten Erstkontakt. Der allgemeine Konsens über die Einführung eines generellen Erstkontakts für alle in Deutschland Therapierenden aus dem Bereich der Physiotherapie rückt somit in den Hintergrund. Es folgen zwei ausgewählte Direktzitate, welche sich gut ergänzen:

„Es gibt hier in Deutschland einen anderen Zwischenschritt zum Erstkontakt, das ist der sektorale Heilpraktiker. Wenn man Physios über den sektoralen Heilpraktiker zutraut, nach einer Fortbildung von 60 Stunden den Erstkontakt vorzunehmen, dann kann man sich die Blankoverordnung sparen.“

„[...] Ich denke, dass das so ist, weil Physiotherapeuten einen anerzogenen Minderwertigkeitskomplex haben. Das kommt daher, dass der Staat für die Ausbildung unzureichend aufkommt. Die Physiotherapeuten merken, dass der Beruf Spaß macht, dass sie den Patienten helfen können, aber dass ihnen bestimmte Dinge fehlen. Daraus entsteht diese Wahnsinnsmotivation noch mehr Fortbildungen zu machen. Folglich geben sie ihr eigenes Geld und ihre eigene Zeit in Fortbildungen, weil sie sich unvollständig fühlen, aber die Verantwortung liegt dabei nicht an den Personen, sondern, wir als Gesellschaft müssen dafür sorgen, dass der Beruf anständig ausgebildet wird. Dann hat man diesen Minderwertigkeitskomplex gar nicht. Das ist meiner Meinung nach der Betrug an der Berufsgruppe. Die Leute fühlen sich verantwortlich für Dinge, die sie nicht können und nicht wissen und geben dann bei niedrigem Verdienst ihr Geld und ihre Zeit um besser zu werden. An dieser Stelle sollte der Staat dafür sorgen, dass es eine vernünftige Ausbildung gibt. [...] Ich muss an dieser Stelle noch einmal ganz deutlich sagen, dass Deutschland an dieser Stelle die Ausnahme ist. Alle anderen Länder haben die Vollakademisierung und damit die Berufsautonomie und Professionalisierung erhöht, während wir die Einzigen sind, die das nicht machen. Wir machen so seltsame Sachen wie den sektoralen Heilpraktiker.“

Anstatt den Erstkontakt durch eine vollständige Ausbildung zu ermöglichen, werden wieder viele kontroverse Möglichkeiten in Erwägung gezogen. Als Beispiel kann an dieser Stelle der Fluch und Segen einer Blankoverordnung angeführt werden. Das Gerücht, die Zertifikatspositionen abzuschaffen, bringen zusätzlich Ungewissheit. Dazu gehört auch, dass das Besuchen einer Fortbildung oder Ausbildung im Ausland womöglich hier nicht anerkannt wird. Das ist ein deutsches Problem, dem die Akademisierung an dieser Stelle auch entgegenwirken würde. Es wird betont, wie wichtig Vergleichbarkeit und Transpa-

renz im System sind. Die freie Wahl der Behandlungsmöglichkeiten dieser Blankoverordnung wird in Gefahr mit der Budgetierung gebracht, da Physiotherapeuten im einzutreffenden Fall nicht unendlich Geld für ihre Behandlungen von der Krankenkasse beziehen dürfen. An dieser Stelle wissen die Therapeuten nicht, was sie in Zukunft abrechnungstechnisch erwarten würde. Es ist auch ein strukturelles Thema. Es gibt kein weiteres Land, das sich in dieser Situation befindet, mit dieser Teilakademisierung, die für die Expert*innen einfach nicht sinnvoll zu begründen ist.

„Was den internationalen Standard angeht, ist Deutschland selbstverständlich hinterher. Das bedeutet natürlich auch, dass verpulvert wird, kurz gesagt, wird so Humankapital und Effektivität nicht genutzt. Im Umkehrschluss bedeutet das, je mehr Bachelorarbeiten geschrieben werden, umso mehr Erkenntnisse, je mehr Masterarbeiten, umso mehr Promotionen. Selbstverständlich gibt es dann mehr Wissen und Wissenschaft.“

Die Wissenschaft wird so dringend benötigt, um beispielsweise Fortbildungen in der Physiotherapie wissenschaftlich belegen zu können. Das Paradoxe daran ist, dass wissenschaftlich belegte Fortbildungen derzeit nicht über die Krankenkassen abgerechnet werden dürfen, sofern diese nicht ihren eigenen Zertifikatsfortbildungen entsprechen. Als Beispiel dieses Hindernis zu umgehen, spricht eine befragte Person eine Variante der Umsetzung in Österreich an, wobei eine Nachahmung von Teilbereichen ausländischer Systeme aus folgendem Grund nicht mehr als primär zielführend erachtet wird. Dort gibt es nur akademisierte Therapeuten und keine Zertifikate. Es ist das vorhanden, was in Deutschland angestrebt wird. Jedoch ist ein entscheidender Punkt, dass das ganze Krankenkassenkonzept völlig anders aufgebaut ist. Diese Auswirkungen betreffen auch die Umsetzung der Physiotherapie.

„Was die deutsche Politik meiner Meinung gerade versucht, ist sich von allen Ländern ein paar Dinge herauszupicken, aber andere Dinge wieder nicht umzusetzen. Dann haben wir nur ein internationales Physiotherapie-Flickwerk, aber noch lange nichts, was funktioniert.“

6.3.3 Darstellung der Ebene der Bildung und Lehre

Zur besseren Übersicht auf der Ebene 2 der Bildung wurde die Abb. 6.13 erstellt.

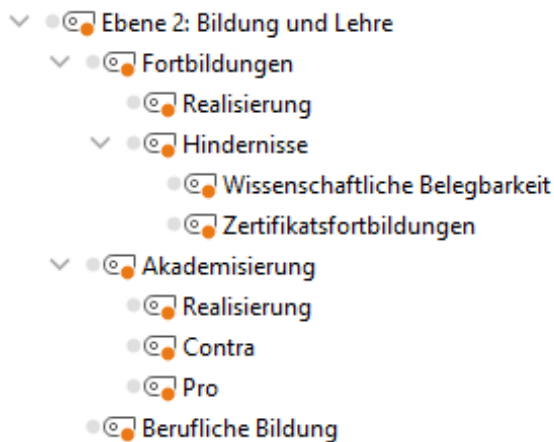


Abb. 6.13: Die zweite Ebene des Modells der physiotherapeutischen Realität (MPTR) als reguläres Kategoriensystem mit seinen Subkategorien

6.3.3.1 Fortbildung

6.3.3.1.1 Realisierung

An dieser Stelle wird die Brücke zum Fortbildungsmarkt geschlagen. Eine befragte Person stellt die Frage ins Zentrum, wie der Wunsch einer vollständigen Integration der Fortbildung in die Ausbildung realistisch umgesetzt werden kann. Wie sollen fehlende 300–500 Stunden der Zertifikatsfortbildungen in die Ausbildung übernommen werden? Das Augenmerk liegt dabei auf einer vollständigen Ausbildung der Therapierenden. Eine weitere Besonderheit ist, dass die Abschaffung der Zertifikate in der Physiotherapie in Deutschland aktuell mit einem Verlust der Abrechnungspositionen einhergeht. Infolgedessen muss ebenfalls an den finanziellen Ausgleich gedacht werden. Als möglicher Lösungsansatz zur Reduktion beziehungsweise Integration der vielen Fortbildungsstunden wird angemerkt, dass es sich lohnt, die Vorgehensweisen für genau diese Problematik in anderen Ländern zu beachten. In Australien beispielsweise sind die Physiotherapeuten hervorragend vorausgebildet. Im Prinzip muss das Wesen der Fortbildungsart verstanden und dann die Technik in der Folge auf die verschiedenen Gelenke selbstständig übertragen werden. Es wird zukünftig nicht mehr zielführend sein, Zeit und Geld dafür zu verwenden, jede Technik an jedem Gelenk vorzuzeigen. Außer Frage steht, dass die Expert*innen das Erfahrungswissen von externen Fortbildungen zur korrekten praktischen Durchführung

weiterhin als notwendig erachten. Möglicherweise werden diese zukünftig vermehrt mit Fachhochschulen oder Universitäten zusammenarbeiten.

„Gerade bieten wir auch Fortbildungen für Ärzte an, welche womöglich auch bald anerkannt sein werden. Ich bekomme immer mehr mit, wie Ärzte an uns Physiotherapeuten herantreten und Interesse zeigen. Ich kann nur sagen, dass wir Physiotherapeuten auch viel mehr auf Ärzte zugehen sollten. Vielleicht könnte man die externen Fortbildungen auch extern, also so wie es jetzt schon ist, lassen. Soweit ich weiß, ist das in der Medizin auch so geregelt.“

Fortbildungen werden auch als zukünftige Möglichkeit zur notwendigen interdisziplinären Zusammenarbeit am Patienten gesehen. Bei Aufweichung der Fortbildungsbedingungen ergäbe sich die Möglichkeit, Physiotherapeuten und Arztkollegen gemeinsam zu schulen.

6.3.3.1.2 Hindernisse

6.3.3.1.2.1 Wissenschaftliche Belegbarkeit nicht gegeben

Als Gegenargument für externe Fortbildung wird häufig der fehlende Wirkungsnachweis genannt. Das Problem sind die vielen Konzepte, welche bewusst auf eine wissenschaftliche Evaluierung verzichten und ihre Berechtigung im Vertrauen auf die Wirksamkeit rechtfertigen.

„Mein Problem ist diese Empfänglichkeit gegenüber eines Gurutums. Ich gebe auch außerschulische Fortbildungen und ich will das nicht verteufeln. Es ist nur so, dass ein Schulabsolvent, der nie gelernt hat kritisch zu reflektieren, der nicht weiß, wie er sich den wissenschaftlichen Hintergrund zusammenlesen kann, der nicht einordnen kann, was die methodische Qualität von Dingen ist, der ist so viel empfänglicher für einen charismatischen Guru, der sich hinstellt und Geld nimmt. Vielleicht hat der sogar noch ein Fortbildungszentrum, oder ein Buch geschrieben. Aber das kann jeder, auch ohne Evidenz. Ich halte das für sehr gefährlich für unseren Beruf. Es macht mir Angst, dass da draußen Therapeuten unterwegs sind, die den Patienten, die verletzlich und abhängig in ihrer Position sind, wissenschaftlich bewiesene und nicht bewiesene Therapien im gleichen Maße verabreichen, ohne darüber selbst Bescheid zu wissen, ob und wie diese belegt sind. Ich bin nicht gegen alternative Medizin. Aber die Frage ist, wie man das einordnet!“

Dabei entsteht die Gefahr, dass Physiotherapeuten unter Umständen einen immer schlechteren Ruf bekommen. Denn diese Patienten gehen selbstverständlich zum Arzt zurück. Generell sollte die Qualität einer physiotherapeutischen Behandlung professionell

sein. Auch wenn sich solche Inhalte von ärztlicher Seite selbstverständlich nicht verordnen lassen, muss in Zukunft garantiert werden, dass auch bei der Verordnung von Krankengymnastik diese Willkür endet.

6.3.3.1.2.2 Zertifikatsfortbildungen

Auch bezüglich der Zertifikate gilt es nach Ansicht der Expert*innen neu zu klären, inwieweit diese noch nötig sind. Die Zertifikatspositionen sind vor mehr als 20 Jahren entstanden, in der die zweijährige Ausbildung üblich war.

Es folgen zwei direkte Zitate von befragten Personen, welche die Antworten dieser Kategorie abschließen:

„Aber heute lernen die Schüler mehr, denn sie haben jetzt drei Jahre Zeit. Es sind auch ca. 100 Stunden manuelle Therapie im Lehrplan vorgesehen, welche später noch mal als Fortbildung besucht und zertifiziert werden müssen! Das ist eigentlich doppelt und kostet dazu noch mal Geld und Zeit. Zusätzlich bekommen die Schüler ja ohne dieses Zertifikat ihre Arbeit nicht vergütet, obwohl wir es Ihnen schon 100 Stunden lernen!“

„Es ist absolut notwendig, unsere Schüler und Studenten nach ihrer Ausbildung oder dem Studium nicht weiter finanziell aus Tradition zu belasten, sondern den Fokus auf vollständige berufliche oder akademische Bildungskonzepte zu richten!“

6.3.3.2 Akademisierte Ausbildung

6.3.3.2.1 Realisierung

Es muss sichergestellt werden, dass das Grundwissen als eine fundierte Basis bereitgestellt wird und die Spezialisierung danach erfolgt. Zuerst kommt das Grundstudium im Bachelor und dann die Spezialisierung im Master. Das physiotherapeutische Personal gilt es dementsprechend und vollständig auszubilden. Explizit dafür genannt werden die Fächer Differenzialdiagnose und Screening. Auf diesem Niveau können Physiotherapeuten die Leiden ihrer Patienten zukünftig sicher diagnostizieren, befunden und behandeln. Außerdem sollen sich diese mit Berufsethik, Forschung und Clinical Reasoning auseinandersetzen. Das muss automatisch in den Studiengängen verankert werden.

„Die Akademisierung sehe ich als primären Baustein, um eine Entlastung der Kollegen aus der Ärzteschaft zu erzeugen. Es geht um einen Bereich der

Qualifizierung, den die Physiotherapie vielleicht durch Akademisierung erreichen kann, um eine Entlastung des Arztes zu erzeugen, z. B. im Zuge des Direktzuganges. Dadurch können die Patienten besser versorgt werden, zeitgerechter und schneller. Man könnte das Wartezimmer des Arztes entlasten und weniger Wartezeit für Patienten in Kauf nehmen.“

Dieser Gedankengang wird von einer weiteren befragten Person vertieft und konkretisiert.

„Wir leben in einer arbeitsteiligen Welt und es ist nicht so, dass Physiotherapeuten Anteile ärztlicher Arbeit übernehmen, sondern sie können es einfach besser! Sie sind dafür ausgebildet! Sie sind die Bewegungsexperten. Es wird den Ärzten keine Arbeit abgenommen, sondern es ist ein eigenes Expertentum mit Evidenzdatenbanken, die international und groß sind.“

Die Ärzte haben auch alle studiert und sind größtenteils in der klinischen Versorgung geblieben. Im Gegensatz zu der beruflichen Bildung macht man an den Hochschulen beispielsweise zusätzlich eine wissenschaftliche Qualifikation. Das heißt, dass die Studierenden einen höheren Workload haben. Diese haben viel mehr Selbstlernleistung, und zusätzlich geht es um qualitative und quantitative Forschungsmethoden. Von einem Bachelor wird verlangt, sich selbst Evidenz zu besorgen und diese zu lesen, zu verstehen und qualitativ einzuordnen. Das kann ein Schulabsolvent nicht. Manche Hochschulen haben mittlerweile ein sehr gutes System, nämlich dass für das Schreiben eines Drittmittelantrages eine Minderung des Lehrdeputats beantragt werden kann. Wenn dies eingeworben ist, kann auch wieder eine Minderung des Lehrdeputates beantragt werden, um diese Forschung umsetzen zu können. Es gibt durchaus kreative Mittel und Wege, auch an Fachhochschulen gute Forschung zu machen. Das Wesentliche dabei ist, dass die dementsprechende Qualifikation der Kollegen und Kolleginnen in der Lehre vorhanden sein muss, damit den Auszubildenden am Patienten keine Fehler passieren.

„Da ich lange in England war, konnte ich feststellen, dass die Physiotherapeuten dort verschiedene Verantwortlichkeiten und damit auch verschiedene Gehaltsstufen haben, und zwar für Menschen, in den unterschiedlichen Ausbildungsgraden. Man fängt unten also mit dem Bachelor an, mit einem breiten, aber noch nicht so ausgeprägten Wissen. Ich finde dieses Konzept sehr gut, weil Menschen immer Ziele brauchen.“

Die befragte Person bemerkt, dass vielleicht dieses System als Vorbild für Deutschland dienlich sein könnte.

6.3.3.2.2 Contra

Als Gegenargument der Akademisierung wird angeführt, dass die Physiotherapie in ihrem Kern ein handwerklicher und praktischer Beruf ist.

„Was das große Problem der akademischen Ausbildung ist, das sehen wir an der Front, sowohl in den Fortbildungszentren als auch in den Praxen, dass die Leute dadurch, dass sie so theoretisch ausgebildet werden, an praktischen Inhalten extrem rückläufig sind. Ich habe Kontakt zu einigen Praktikumsstellen, die Praktikanten aus akademischen Ausbildungsstellen haben. Dabei kommt es zur Rückmeldung, dass diese tatsächlich ins Praktikum ohne vorherige praktische Ausbildung starten. Diese stehen am Patienten und haben von Tuten und Blasen keine Ahnung und dabei irgendetwas über Studien zu erzählen, bringt einfach gar nichts. [...] Wir müssen uns zuerst über die Basis unseres Berufes Gedanken machen und im Anschluss über die Akademisierung. Sollen die Physiotherapeuten selbstverantwortliche arbeiten? Wollen sie den Ärzten assistieren? Was sind ihnen ihre Tätigkeiten wert? Die Akademisierung ist erst im Folgeschritt interessant. Die Akademisierung geht auch von ihren Fachrichtungen extrem weit auseinander.“

Wenn Physiotherapeuten gegen Akademisierung sind, symbolisiert dies häufig die Angst davor, dass die praktische Ausbildung am Patienten darunter leidet. Es wird befürchtet, dass der praktische Unterricht in der Schule oder im Krankenhaus wegfällt oder man in der praktischen Ausbildung nicht mehr von einer Lehrerin begleitet wird. Es wird angemerkt, dass dies aufgrund des Föderalismus jetzt schon unterschiedlich gehandhabt wird.

6.3.3.2.3 Pro

Es werden zukünftig Physiotherapeuten gebraucht, die bestehende Konzepte hinterfragen, jedoch auch evaluieren können. In diesem Zug ist es möglich, international vergleichbar wettbewerbsfähig und zusätzlich im Ausland anerkannt zu sein. Es wird ein Bachelor mit erweiterten Fähigkeiten gesucht. Das sind Fähigkeiten, welche sich für die Behandlung als unverzichtbar erweisen. Als Beispiel können Diagnostik und Screening angeführt werden.

„Diese Fähigkeiten bekommen wir nur zeitlich nicht mehr in die Ausbildung. Generell sollte die Ausbildungszeit ausreichend sein, um einen Abschluss, eine Qualifikation zu erreichen, die erst mal keine weiteren privaten Ausgaben für den Zertifikatserwerb bedarf. Ist dies aus verschiedenen Gründen nicht mehr möglich, weil beispielsweise die Berufsrealität umfangreicher und komplexer wird, ist es selbstverständlich eine Überlegung, akademisch auszubilden.“

Viele Hochschulen unterstützen den Prozess der Akademisierung, jedoch können die Zahlungsbedingungen dadurch nicht direkt beeinflusst werden.

„Es gibt auch Leute die sagen, da macht ihr eine Akademisierung und die Physios verdienen immer noch dasselbe. Das ist auch ein berechtigter Vorwurf. Unsere Antwort war dann, dass wir irgendwo anfangen müssen. Wir machen Akademisierung, um immer mehr Druck zu schaffen, dass die Physios dann mehr einfordern. Sonst wäre die Konsequenz gewesen, wir machen es gar nicht und warten auf die Bedingungen, dass sie sich ändern und fangen dann ein Studium an.“

Die Expert*innen schätzen die Studierenden so ein, dass diese über die Umstände in der Physiotherapie Bescheid wissen. Daraufhin überlegen sich diese genau, warum und wofür sie einen Master benötigen. Sie haben einen genauen Plan, was sie aus dem Master mitnehmen möchten.

„Meiner Erfahrung nach werden die Stellen für den Master in Physiotherapie zwar noch nicht auf dem Stellenmarkt ausgeschrieben, jedoch kenne ich viele Fälle mit internen Regelungen. Unsere Masterabsolventen sind in der Regel so selbstbewusst und clever, dass sie es schaffen, sich gut zu vermarkten. Gerade in Zeiten des Fachkräftemangels hat man auch relativ viel Verhandlungsspielraum. Da kann man schon mal was Besonderes vereinbaren. Das kann beispielsweise so aussehen, dass ein Master weniger Patientenkontakt hat, aber dafür hin und wieder ein Paper schreibt. [...] Auch die Bachelorstudenten werden am Patienten arbeiten. Es wird nur einen großen Unterschied geben. Ich bin mir sehr sicher, dass die Bachelor- aber auch die Masterabsolventen in die Patientenversorgung gehen werden, aber als solche, die viel informierten Entscheidungen treffen, die viel kritischer denken, die reflektieren was sie tun und die möglicherweise effizienter sind, weil sie nicht irgendwas ausprobieren oder bzw. nur nach Anweisung handeln, sondern viel strukturierter und informierter vorgehen. Ich denke, dass man keine Angst haben muss, dass die Versorgung nicht gewährleistet ist, weil die Physiotherapeuten einen akademischen Abschluss haben. Außerdem ist es absolut notwendig, dass ein Physiotherapeut so ausgebildet ist, dass er selbst entscheiden kann, ob er einen Patienten direkt behandeln kann oder zum Arzt schicken muss.“

6.3.3.3 Darstellung der beruflichen Bildung

An den Berufsfachschulen für Physiotherapie wird bundesweit einheitlich das gelehrt, was in der Ausbildungs- und Prüfungsordnung steht. Ziel ist der Erwerb des Staatsexamens. Das Problem der Absolvierenden der berufsschulischen Ausbildung ist, dass diese keine andere Wahl haben werden, als am Patienten zu arbeiten. Das Problem ist nur, dass

zu viele Physiotherapeuten frustriert aufgeben, weil es beispielsweise trotz aller Bemühungen keine Aufstiegsmöglichkeiten gibt. Verglichen mit England überzeugt die berufliche Ausbildung in Deutschland mit einem praktischen Schwerpunkt. Des Weiteren bedarf es dringend einer unabhängigen Institution, welche das Handeln, die Techniken und Erfolge der traditionellen Physiotherapie belegen oder widerlegen kann, sodass nicht mehr ständig der Berufsstand infrage gestellt werden kann.

6.3.4 Darstellung der Ebene der beruflichen Realität

Zur besseren Übersicht der Ebene 1 der beruflichen Realität wurde die Abb. 6.14 erstellt.

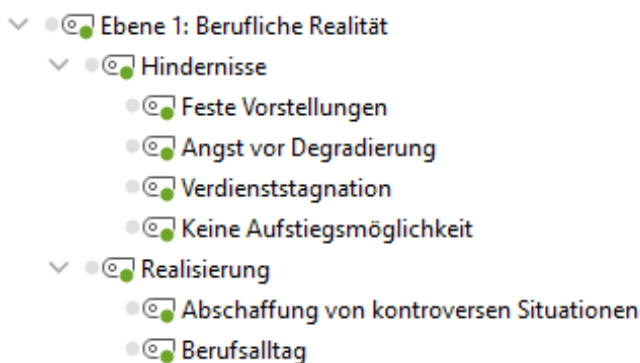


Abb. 6.14: Die erste Ebene des Modells der physiotherapeutischen Realität (MPTR) als reguläres Kategoriensystem mit seinen Subkategorien

6.3.4.1 Hindernisse

6.3.4.1.1 Feste Vorstellungen

In diesem Teil sprechen die Expert*innen über die Funktion des akademisierten, physiotherapeutischen Personals in der beruflichen Realität. Begonnen wird mit einer Aussage, dass die akademisierten Therapierenden lieber in Leitungspositionen gesehen würden. Im gleichen Atemzug wird genannt, dass diese in der Praxis nicht mehr verdienen werden. Es wäre bekannt, dass die Praxisinhaber einen größeren Widerstand gegen die akademisierten Physiotherapeuten leisten.

„Die Inhaber der Praxen sagen ganz deutlich, wenn die Physiotherapeuten alle nur noch ihren Doktorhut aufhaben, dann fehlt es uns weiterhin an Fachkräften an der Bank!“

Das Problem, welches die Praxisinhaber sehen, ist, dass die Arbeit am Patienten ein Handwerk bleibt und die Löhne für akademisiertes, physiotherapeutisches Personal von den Krankenkassen nicht berücksichtigt werden.

„Denn wenn sich zurzeit jemand bei mir mit einem Bachelor oder Masterstudium bewirbt, dann hat er entweder ganz absurde Gehaltsvorstellungen im Bereich Physiotherapie, oder es kommt zum Anspruch, Chefsein zu wollen, also als Leiter eine Therapieeinrichtung führen zu wollen. So viele Therapieabteilungen haben wir wahrscheinlich in ganz Deutschland nicht, wie wir jetzt so an Führungskräften produzieren.“

6.3.4.1.2 Angst vor weiterer Degradierung

Die befragten Personen sprechen über die wachsende Sorge der traditionellen Physiotherapeuten, durch die voranschreitende Akademisierung degradiert werden zu können, jedoch auch über den Bestandsschutz dieser Gruppe.

“Wir brauchen selbstverständlich eine vernünftige Regelung für diejenigen Physiotherapeuten, die schon aktiv sind, um eine zukünftige Diskrepanz der Berufsgruppe zukünftig in sich zu verhindern. Ich möchte natürlich auch nicht, dass es Menschen gibt mit einem Berufsfachschulabschluss, der dann nichts mehr wert ist. Das ist einfach Blödsinn. Da kann man ganz einfach schauen, wie es in den anderen Ländern gelaufen ist. Da gab es überall Übergangsregelungen auf dem Weg zur Vollakademisierung. Es war wichtig, dass man es geschafft hat, diese Menschen auf dem Weg zur Vollakademisierung als gleichberechtigt anzusehen, weil sie sonst tatsächlich keine Chance hätten. Die Kunst wird sein, alles zu integrieren und niemanden auf der Strecke zu lassen. Wenn sie sich vorstellen, seit 30 Jahren eine wahnsinnige Berufserfahrung und einen guten Kontakt zu Patienten zu haben und super Ergebnisse, aber keinen Bachelor, dann geht das natürlich nicht, dass diese Personen an Wert verlieren.“

Zudem geht es um die Befürchtung, dass es einen akademisierten Praxisinhaber geben und die beruflich gebildeten Physiotherapeuten zum Hilfspersonal herabgestuft werden könnten. Eine ähnlich problematische Einschätzung erfahren die Behandlungsbedingungen mit der verbundenen Bezahlung. Diese werden als nicht gerade lukrativ wie beginnend im Zitat und anschließend im folgenden Kapitel beschrieben.

„Es ist derzeit so gewollt, dass die Dokumentation und Evaluation in der Behandlungszeit ablaufen muss. Häufig sitzen wir damit nach der Arbeit noch da oder müssen uns vor den Patienten rechtfertigen, warum dass in ihrer Behandlungszeit geschehen muss. Als ich begonnen hatte mit meiner

Arbeit, haben wir im 30 Minuten Takt gearbeitet, dann waren es 25 Minuten, jetzt im Durchschnitt 20 Minuten und brauchen unter Umständen eine Rezeptionskraft, für die es wieder keine Vergütung gibt. Wir brauchen nicht darüber reden, wann ein Therapeut dann mal zur Toilette geht oder einen Schluck trinken kann. Unter diesen Umständen nämlich gar nicht! Auch hier müssen wir aufpassen, dass die Physiotherapeuten nicht in die Osteopathie abwandern, weil es mehr Geld und mehr Zeit für den gleichen Patienten gibt.“

6.3.4.1.3 Verdienststagnation

Die Situation in der beruflichen Realität stellt sich so dar, dass Praxisinhabende nach Arbeitskräften suchen, bei denen die Gehaltsvorstellungen im Rahmen bleiben. Es gilt zu bedenken, dass die Praxis auch nur die Löhne zahlen kann, die von den Krankenkassen für die jeweilige Leistung vorgesehen sind. Wie schon gesagt, richtet sich der Lohn nicht nach der Qualifikation eines Therapeuten, sondern nach den absolvierten Zertifikaten nach der Ausbildung.

Die Löhne betreffend wird die Situation vonseiten der Expert*innen als bedenklich wahrgenommen. Es ist bekannt, dass immer mehr Therapierende einen Ausweg aus den jetzt bestehenden Bedingungen hin zu einer guten Behandlung und besseren beruflichen Umständen suchen.

„Was die Bezahlung angeht, orientieren sich einige am Tarifvertrag öffentlicher Dienst. Es werden jedoch keine Unterschiede bei der Bezahlung von akademisch und beruflich ausgebildeten physiotherapeutischen Personal gemacht, da die gesetzlichen Krankenkassen das in der Heilmittelverordnung ebenfalls nicht berücksichtigen. In einer kleinen Praxis ist es angemessener weise noch viel schwieriger den Tarif des öffentlichen Verdienstes zu erhalten. In der Praxis kann ich mir unter den jetzigen Umständen wirklich nicht vorstellen, dass die Vergütung durch ein Studium in die Höhe gehen kann.“

6.3.4.1.4 Keine Aufstiegsmöglichkeit

Nachvollziehbare Spannungen bringt es mit sich, dass die Physiotherapierenden für den Rest ihres Lebens im gleichen Job, in der gleichen Gehaltsstufe bleiben und nur hin und wieder die Räumlichkeit wechseln. Diese Situation entsteht durch das Fehlen von Aufstiegsmöglichkeiten oder differenzierten Stellen im Bereich der Physiotherapie. Es folgen zwei Zitate von zwei befragten Personen:

„Es ist sehr schwer motiviert zu bleiben, wenn man weiß, nach seinem Abschluss als Physiotherapeut ist man für den Rest seines Lebens im gleichen Job, in der gleichen Gehaltsstufe und wechselt nur hin und wieder mal die Räumlichkeiten. Ich denke schon je mehr auf den Markt kommen, die höhere Abschlüsse haben, dass die auch mehr Forderungen stellen werden. Es wird sich da dann hoffentlich über kurz oder lang herausstellen, dass es Unterschiede in der Qualität einer Behandlung bzw. der Ausbildung gibt. Folglich sollte es eben auch höhere Bezahlungen geben für die verschiedenen Posten.“

„Ich persönlich denke, dass das größere Risiko im Moment darin besteht, dass viele Auszubildende einfach keinen Bachelor machen und somit auf Qualifikation und Qualität bewusst verzichten, weil sie danach auch nicht bessergestellt sind.“

6.3.4.2 Realisierung

6.3.4.2.1 Abschaffung kontroverser Situationen

Zur Verbesserung einer beruflichen Realität werden wesentliche Vorschläge genannt. Beispielsweise sehen es die Expert*innen als untragbar an, dass die Professionalisierung in der Physiotherapie in ihrer Gesamtheit blockiert wird, um weiterhin möglichst billige Arbeitskräfte zu halten. Des Weiteren ist es nötig, dass die Schüler der Berufsfachschulen, welche gewöhnlich 100 Stunden Unterricht in der manuellen Therapie erhalten, damit selbstverständlich am Patienten arbeiten dürfen. Zur Veranschaulichung der Situation soll ein kurzes Zitat folgen:

„Unsere Schüler haben 100 Stunden Unterricht in der manuellen Therapie, dürften es aber eigentlich am Patienten aufgrund der Zertifikatspflicht nicht anwenden. Zusätzlich dürfen sie es in der Praxis nicht abrechnen. Außerdem dürften sie neurologische Patienten nur krankengymnastisch behandeln.“

Zusätzlich fehlen die Zeit und Bezahlung zur ordentlichen Durchführung eines Befundes. Das ist immer ein Dilemma, vor allem in der ersten Einheit des Rezeptes, da die Therapierenden in ihren durchschnittlichen 20 Minuten gleichzeitig befunden, behandeln und dokumentieren sollen.

„Wenn wir einen guten Befund machen und wissen, worum es bei diesem Menschen geht, bekommt dieser nur eine sehr kurze Behandlung! Legen wir gleich mit einer 20-minütigen Behandlung los, muss ich während der Behandlung meinen Befund machen oder notiere ihn nach meiner Arbeitszeit unbezahlt.“

Eine befragte Person spricht darüber, dass es zukünftig nötig wäre, den Patienten mitzuteilen, was eine physiotherapeutische Leistung wert ist. Hier in Deutschland ist es ein Problem für einen Patienten, dies herauszufinden. In der Tat ist es auch an der Zeit, den Patienten mehr Verantwortung zu übergeben. Dann hat der Physiotherapeut weniger Verwaltungsaufwand und der Patient mehr Eigenverantwortung. Dies wird ebenso als wichtiger Schritt in Richtung der Professionalisierung des Berufes angesprochen. Des Weiteren ist es angebracht, dass der Physiotherapeut dem Patienten eine Therapiezeitverlängerung anbieten darf. Das untersagen die gesetzlichen Krankenkassen momentan.

„Aber es müsste mir als Therapeut freistehen, zu sagen, dass die Krankenkassen 15 Minuten bezahlen und wenn der Patient eine sinnvolle längere Behandlungszeit vorzieht, diese auch per privater Zuzahlung realisieren zu dürfen. Ich bin persönlich davon überzeugt, dass eine Behandlungszeit von zweimal 60 Minuten deutlich effektiver ist, als die vorgegebenen sechs mal 20 Minuten.“

Es wird als sinnvoll erachtet, den Patienten über die gegebenen Rahmenbedingungen der Behandlung aufzuklären, um etwas Last vom Therapierenden zu nehmen.

„Natürlich muss man einen Befund machen und wenn die Zeit noch so kurz ist. Dann ist es eben ein abgekürzter Befund. Es ist immer gut, immer wieder zu sagen, dass die Zeit nicht reicht und man noch eine Verordnung braucht.“

Eine weitere befragte Person führt den Gedanken an, dass bei aller Akademisierung und Spezialisierung nicht vergessen werden darf, dass ein wesentlicher Teil des Behandlungserfolges vom Zwischenmenschlichen abhängt, also wenn der Physiotherapeut im richtigen Ausmaß das Selbstheilungsvermögen des Patienten aktivieren kann.

6.3.4.2.2 Berufsalltag

Zuletzt machen die Expert*innen darauf aufmerksam, dass es selbstverständlich nötig ist, die berufliche Realität anzupassen. Es wird beispielsweise angesprochen, dass flächendeckendes, wissenschaftliches Arbeiten mit dem Patienten in der Physiotherapie ganz selbstverständlich stattfinden soll und die nötigen Umstände dafür geschaffen werden müssen. Leider ist derzeit so geplant, dass die gesamte Dokumentation (einschließlich der Ergebnisse) in der Behandlungszeit erfolgen sollte, ebenso wie der Befund. Es folgen Zitate von zwei befragten Personen, mit denen das Kapitel abgeschlossen werden soll:

„Eigentlich sollte doch eine gute Physiotherapie immer so ablaufen: PDCA (PLAN-DO-CHECK-ACT) Zyklus = Planen – Behandeln – Checken – Anpassen der Therapiestrategie etc. und dann noch die Dokumentation. Bei uns im Haus gilt die Behandlung erst als abgeschlossen, wenn die Dokumentation vollständig eingereicht wurde. Wir sind der Meinung, dass wir auch jetzt schon gute Anfangsbefunde, Zwischenuntersuchungen und Abschlussbefunde machen, auch ohne Zusatzzeit, aber eine definierte Zeit und überhaupt eine Bezahlung für eine erfolgte Leistung ist wirklich wünschenswert. Es ist wichtig den Behandlungsfortschritt in jeder Einheit zu dokumentieren.“

„Die Physiotherapeuten und generell die Therapeuten sind in ihrer Stellung aus unserem Gesundheitssystem nicht mehr loslösbar oder wegdenkbar. Sie können wirklich primäre Sachen im Bereich der Prävention, aber auch viel im Bereich der Nachsorge machen und sogar zur Vermeidung von Operationen beitragen. Auf diesem Gebiet halte ich das Wissen der Therapeuten für gut, sodass dadurch ein Mehrwert erzeugt werden kann. Das muss man einfach besser abholen.“

6.4 Validierung des Modells

Zu Beginn der vorliegenden Arbeit wurde davon ausgegangen, dass die Frage, die der jeweiligen Ebene entspringt, darin auch beantwortet wird. Von Interesse ist nun, ob sich die Antworten im Zusammenhang mehrerer Ebenen bewegen. Somit geht es nun um die Beantwortung der vierten und letzten Forschungsfrage:

Lassen sich im Modell der physiotherapeutischen Realität Zusammenhänge zwischen den Ebenen feststellen?

Codesystem	A	B	C	D	E	F	SUMME
Reguläres Kategoriensystem							0
> Ebene 4: Innovation und Fortschritt	7	4	7	9	4	4	35
> Ebene 3: Institutionen und Politik	6	8	8	11	4	8	45
> Ebene 2: Bildung und Lehre	7	6	5	4	13	2	37
> Ebene 1: Berufliche Realität	11	6	4	2	3	3	29
SUMME	31	24	24	26	24	17	146

Abb. 6.15: Die Häufigkeit der codierten Segmente einzelner Expert*innen (A, B, C, D, E, F) in jeder Ebene des regulären Kategoriensystems

Jede Person antwortet auf jeder Ebene des regulären Kategoriensystems zwei- bis dreizehnmal. Insgesamt können so 146 kodierte Segmente gezählt werden. Was die Ebene 3

der Institution und Politik betrifft, zeigt sich, dass die Befragten in 45 kodierten Segmenten und somit am häufigsten darüber sprechen (siehe Abb. 6.15).

RKS: Ebene 4: Innovation und Fortschritt	RKS: Ebene 3: Institutionen und Politik	RKS: Ebene 2: Bildung und Lehre	RKS: Ebene 1: Berufliche Realität	ZFK: Ebene 4:	ZFK: Ebene 3:	ZFK: Ebene 2:	ZFK: Ebene 1:	Segmente	Prozent	Anzahl Codes	
0	0	0	1	0	0	0	0	10	6,85	1	
1	0	0	0	0	0	0	0	11	7,53	1	
0	1	0	0	0	0	0	0	11	7,53	1	
0	0	1	0	0	0	0	0	12	8,22	1	
0	0	1	0	0	1	0	0	1	0,68	2	
0	0	0	1	0	1	0	0	2	1,37	2	
0	0	0	1	0	0	1	0	2	1,37	2	
1	0	0	0	0	0	1	0	4	2,74	2	
0	0	1	0	0	0	0	1	6	4,11	2	
1	0	0	0	0	1	0	0	6	4,11	2	
0	1	0	0	0	0	0	1	7	4,79	2	
0	1	0	0	1	0	0	0	7	4,79	2	
0	1	0	0	0	0	1	0	9	6,16	2	
0	0	1	0	1	0	0	0	10	6,85	2	
0	0	0	1	1	0	0	0	10	6,85	2	
1	0	0	0	0	0	0	1	11	7,53	2	
0	0	0	1	1	1	0	0	1	0,68	3	
1	0	0	0	0	1	0	1	1	0,68	3	
1	0	0	0	0	1	1	0	1	0,68	3	
0	0	1	0	0	1	0	1	2	1,37	3	
0	0	0	1	0	1	1	0	2	1,37	3	
0	1	0	0	1	0	0	1	2	1,37	3	
0	0	0	1	1	0	1	0	2	1,37	3	
0	1	0	0	0	0	1	1	4	2,74	3	
0	1	0	0	1	0	1	0	5	3,42	3	
0	0	1	0	1	0	0	1	5	3,42	3	
0	0	1	0	1	1	0	1	1	0,68	4	
1	0	0	0	0	1	1	1	1	0,68	4	
								Summen:	146	100,00	66

Tabelle 6.2: Die Abbildung im gelben Kasten zeigt, dass 44 Segmente in den einzelnen Ebenen des regulären Kategoriensystems (RKS) keiner weiteren Ebene zugeordnet sind

Wie soeben beschrieben, werden auf diese Weise insgesamt 146 Aussagen als Segmente den Kategorien des regulären Kategoriensystems zugeordnet. 44 Segmente (30,1 %) stehen für sich selbst, enthalten keinerlei weitere Sinneinheiten in Bezug zu anderen Ebenen und weisen daher die *Anzahl Codes 1* auf (siehe Tabelle 6.2, gelber Kasten).

Es folgen drei Beispiele von drei verschiedenen Expert*innen, welche der Ebene Bildung und Lehre zugeordnet wurden. Diese beziehen sich als Segmente nur auf sich selbst und werden somit nicht mit einer weiteren Ebene verbunden:

„Diese haben ihre Berechtigung! Aber natürlich dürfen diese nicht nur gemacht werden zum Zertifikatserwerb. Des Weiteren muss ganz klar die Wirksamkeit erwiesen werden. Wie ich schon sagte, ist es absolut notwendig unsere Schüler und Studenten nach ihrer Ausbildung /Studium nicht weiter finanziell aus Tradition zu belasten, sondern den Fokus auf vollständige berufliche oder akademische Bildungskonzepte zu richten! “

„Jetzt schlage ich die Brücke noch zum Fortbildungsmarkt, weil es immer der Wunsch ist, die Fortbildungen vollständig in die Ausbildung zu integrieren. Wenn man das machen möchte, muss man den Lehrplan für Physiotherapie studieren und sich überlegen, wo man die fehlenden ca. 300–500 Stunden für die Fortbildung hernehmen möchte, um ein Bobath-, Manuelle-, oder Lymphdrainage –Zertifikat zu integrieren.“

„Dabei muss aber sichergestellt werden, dass das Grundwissen, also die Basis fundiert gelegt wird und die Spezialisierung danach losgeht. Das ist ganz gut mit dem Studium vergleichbar. Zuerst kommt das Grundstudium und dann die Spezialisierung.“

Die übrigen 102 (69,1 %) von allen 146 (100 %) Segmenten weisen eine bis zu drei weiteren Kodierungen (Verbindungen den Ebenen) im Zusammenhänge fokussierenden Kategoriensystem auf (siehe Tabelle 6.3).

ZFK: Ebene 4:	ZFK: Ebene 3:	ZFK: Ebene 2:	ZFK: Ebene 1:	Segmente	Prozent	Anzahl Codes
■				27	26,47	1
			■	24	23,53	1
		■		15	14,71	1
	■			9	8,82	1
■			■	7	6,86	2
■		■		7	6,86	2
		■	■	4	3,92	2
	■	■		3	2,94	2
	■		■	3	2,94	2
■	■			1	0,98	2
	■	■	■	1	0,98	3
■	■		■	1	0,98	3
				102	100,00	22

Tabelle 6.3: Die Konfiguration der 102 übrigen Segmente im Zusammenhänge fokussierenden Kategoriensystem (ZFK) mit der Anzahl Codes 1 bis 3

Es folgen die beiden Segmente, welche mit drei weiteren Ebenen in Verbindung stehen:

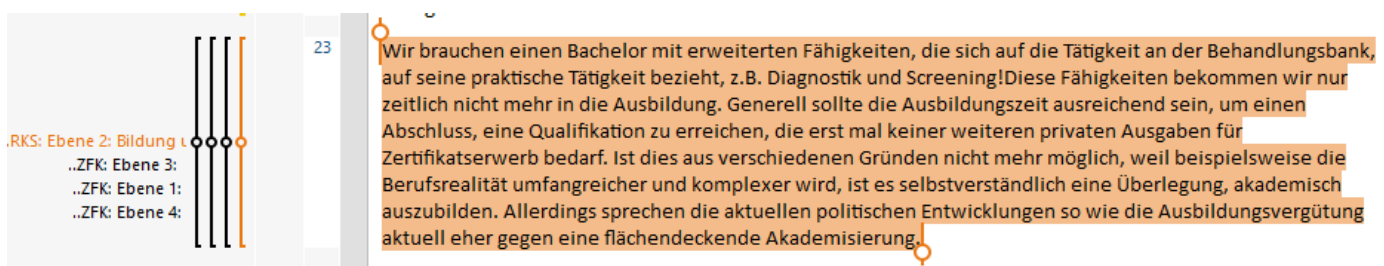


Abb. 6.16: Das erste Segment, welches mit drei weiteren Ebenen in Verbindung steht

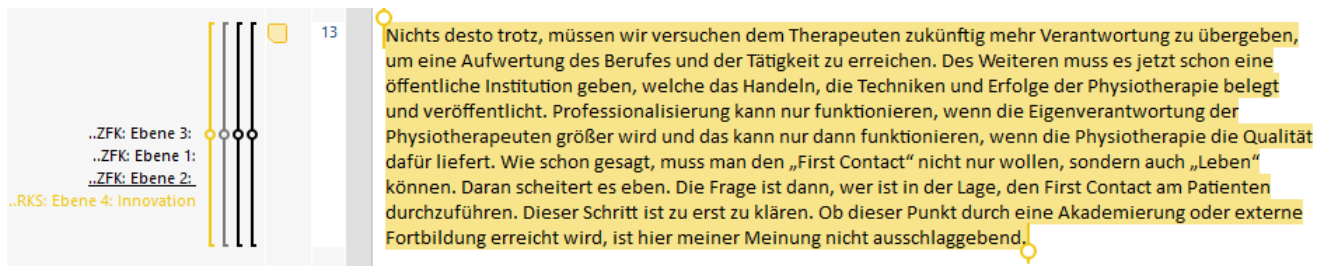


Abb. 6.17: Das zweite Segment, welches mit drei weiteren Ebenen in Verbindung steht

In Abb. 6.16 spricht die Person zuerst in der Ebene der Bildung und Lehre (RKS) über den Bachelor mit seinen erweiterten Fähigkeiten. Dabei bezieht er sich auf die Tätigkeit an der Behandlungsbank, welches der Ebene 1 (ZFK) entspricht. Später bezieht sich die Person auch auf die berufliche Realität, welche ebenfalls dieser Ebene entspricht. Zudem sind die aktuellen, politischen Entscheidungen der Ebene 3 (ZFK) einbezogen, welche eine zukünftige flächendeckende Akademisierung (Ebene 4, ZFK) wenig möglich machen. In Abb. 6.17 spricht die Person über die Zukunft des Berufsbildes mit mehr Verantwortung und der nötigen Aufwertung der beruflichen Tätigkeit (Ebene 4, RKS). Zudem geht es um den derzeitigen Bedarf einer institutionellen Einrichtung, welche die Methoden der Physiotherapie erforschen und veröffentlichen kann (Ebene 3, ZFK). Der First Contact ist als ein Element der praktischen Ausübung am Patienten zu verorten in Ebene 1 (ZFK). Am Ende des Segments wird der Bezug zu Bildung und Lehre (Ebene 2, ZFK) hergestellt.

Es soll zusätzlich eine detaillierte, prozentuale Codekonfiguration im Zusammenhänge fokussierenden Kategoriensystem für 102 Segmente erstellt werden, welches die Abb. 6.18 zeigt. Es können 12 von 15 theoretisch möglichen Kombinationen von Codes (Ebenen) nachgewiesen werden. Das bedeutet, dass folgende Verbindungen hergestellt werden:

- 26,5 % der Verbindungen mit dem Code Fortschritt
- 23,5 % der Verbindungen mit dem Code Berufliche Bildung
- 14,7 % der Verbindungen mit dem Code Bildung und Lehre
- 8,8 % der Verbindungen mit dem Code Institutionen und Politik
- 6,9 % der Verbindungen mit den zwei Codes Fortschritt und berufliche Realität
- 6,9 % der Verbindungen mit den zwei Codes Fortschritt und Bildung und Lehre
- 3,9 % der Verbindungen mit den zwei Codes Bildung und Lehre und berufliche Realität

- 2,9 % der Verbindungen mit den zwei Codes Institutionen und berufliche Realität
- 2,9 % der Verbindungen mit den zwei Codes Institutionen und Bildung und Lehre
- 1,0 % der Verbindungen mit den drei Codes Fortschritt und Institutionen und berufliche Realität
- 1,0 % der Verbindungen mit zwei Codes Fortschritt und Institution
- 1,0 % der Verbindungen mit drei Codes Institution, Bildung und Lehre und berufliche Realität.

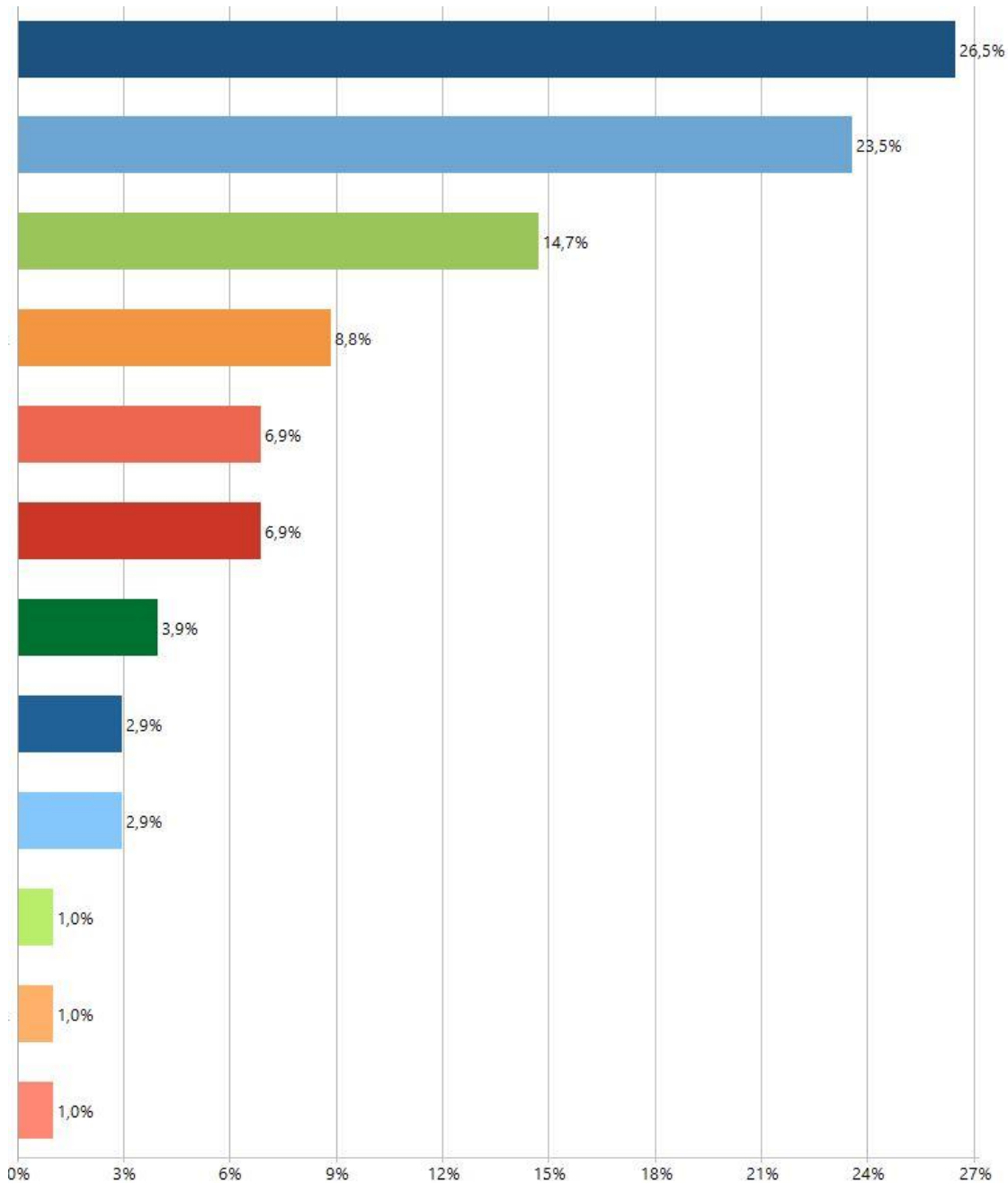


Abb. 6.18: Die weiteren Codekonfigurationen im Zusammenhänge fokussierenden Kategoriensystem mit Vervollständigung der Legende in Abb. 6.19

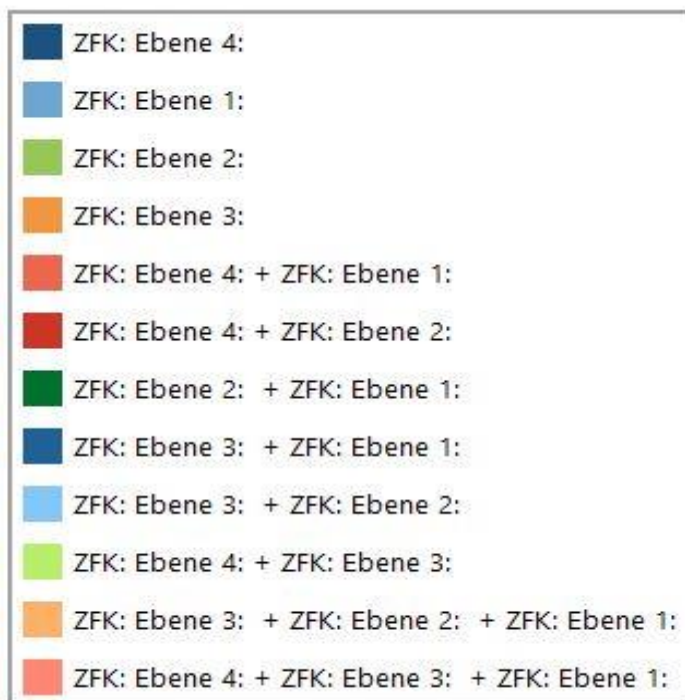


Abb. 6.19: Die Legende zu Abb. 6.18

In der Zusammenfassung kann für das Zusammenhänge fokussierende Kategoriensystem mit den 102 Segmenten gesagt werden, dass

- 73,5 % keine weitere Verbindung mit einer Ebene des Zusammenhänge fokussierenden Modells aufweisen.
- 24,5 % eine weitere Codekonfigurationen aufweisen.
- 2 % zwei weitere Codekonfigurationen aufweisen.

Das MPTR kann 100 % der empirischen Daten als codierte Segmente in seinen Ebenen integrieren. Eine vertiefte Analyse zeigt die Codekonfigurationen des Zusammenhänge fokussierenden Kategoriensystems im Detail. Ausgehend von den 69,1 % (102), die eine Verbindung zum Zusammenhänge fokussierenden System haben, weisen 73,5 % (75) eine weitere Verbindung mit einer Ebene (zwei Ebenen), 24,5 % (25) zwei weitere Codekonfigurationen (drei Ebenen) und 2 % (2) das Maximum von drei weiteren Codekonfigurationen (vier Ebenen) auf. Damit kann ein vernetzter Zusammenhang und Komplexität der physiotherapeutischen Realität gezeigt werden (siehe Abb. 6.20). Zudem stellte sich heraus, dass alle vier Ebenenbereiche etwa gleichwertig und häufig für die einmal codierten Antworten (Segmente) der Experten*innen zwischen 6,8 % und 8,2 % in ihrer isolierten Form Verwendung fanden.

28 Ebenenkombinationen zwischen RKS und ZFK aus den 6 Interviews

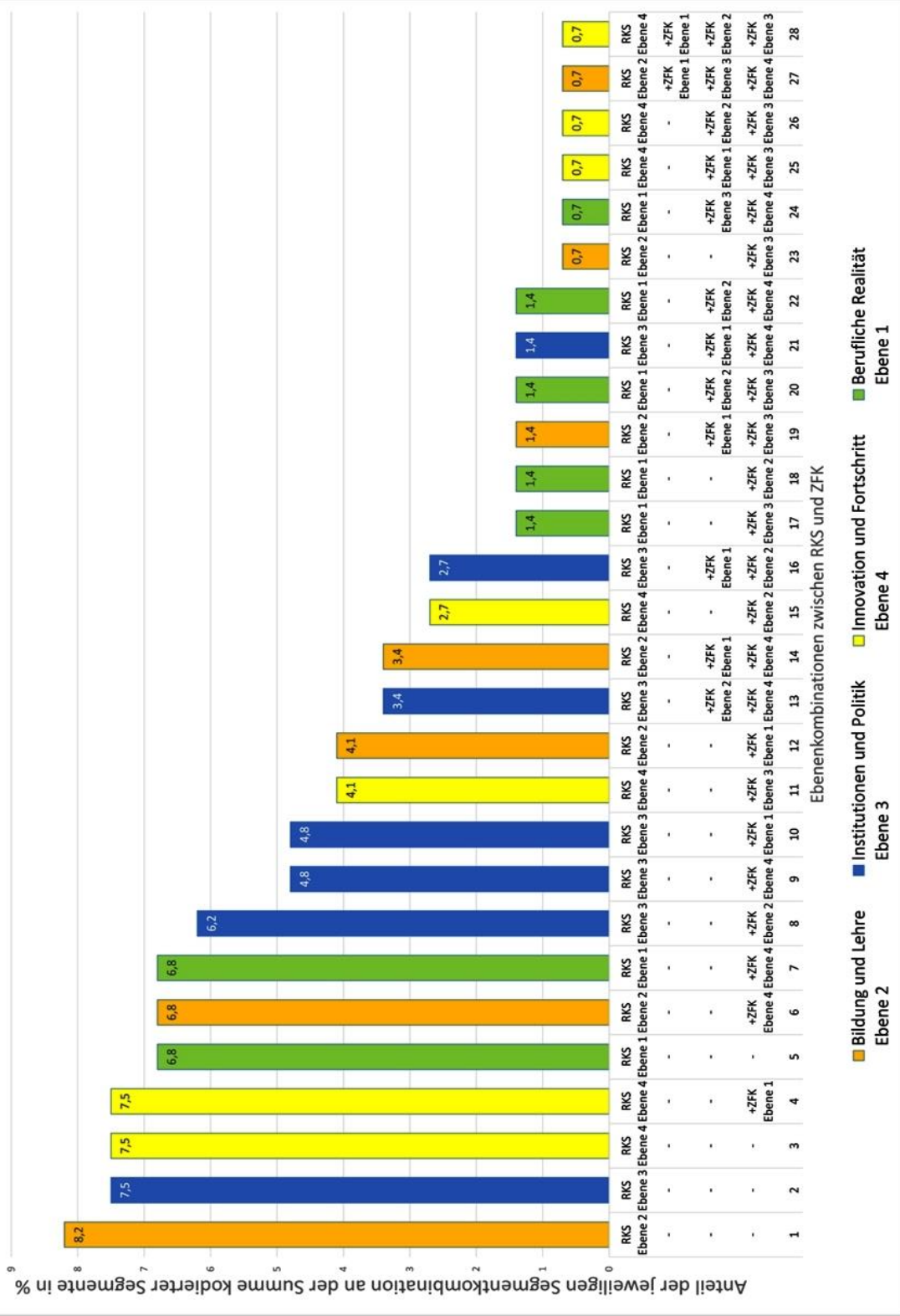


Abb. 6.20: Die Verbindung der einzelnen Ebenen des regulären Kategoriensystems (RKS) mit den weiteren Ebenen des Zusammenhänge fokussierenden Kategoriensystems (ZFK) (Anzahl Codes 1 bis 4). Legende siehe Tabelle 6.4

<input type="checkbox"/>	Ebene reguläres Kategoriensystem (RKS)	+In Verbindung gebrachte Ebene(n) des Zusammenhänge fokussierenden Kategoriensystems (ZFK)			Anteil der Antworten in %
1	RKS Ebene 2: Bildung und Lehre				8,2
2	RKS Ebene 3: Institutionen und Politik				7,5
3	RKS Ebene 4: Innovation und Fortschritt				7,5
4	RKS Ebene 4: Innovation und Fortschritt	+ZFK Ebene 1			7,5
5	RKS Ebene 1: Berufliche Realität				6,8
6	RKS Ebene 2: Bildung und Lehre	+ZFK Ebene 4			6,8
7	RKS Ebene 1: Berufliche Realität	+ZFK Ebene 4			6,8
8	RKS Ebene 3: Institutionen und Politik	+ZFK Ebene 2			6,2
9	RKS Ebene 3: Institutionen und Politik	+ZFK Ebene 4			4,8
10	RKS Ebene 3: Institutionen und Politik	+ZFK Ebene 1			4,8
11	RKS Ebene 4: Innovation und Fortschritt	+ZFK Ebene 3			4,1
12	RKS Ebene 2: Bildung und Lehre	+ZFK Ebene 1			4,1
13	RKS Ebene 3: Institutionen und Politik	+ZFK Ebene 4	+ZFK Ebene 2		3,4
14	RKS Ebene 2: Bildung und Lehre	+ZFK Ebene 4	+ZFK Ebene 1		3,4
15	RKS Ebene 4: Innovation und Fortschritt	+ZFK Ebene 2			2,7
16	RKS Ebene 3: Institutionen und Politik	+ZFK Ebene 2	+ZFK Ebene 1		2,7
17	RKS Ebene 1: Berufliche Realität	+ZFK Ebene 3			1,4
18	RKS Ebene 1: Berufliche Realität	+ZFK Ebene 2			1,4
19	RKS Ebene 2: Bildung und Lehre	+ZFK Ebene 3	+ZFK Ebene 1		1,4
20	RKS Ebene 1: Berufliche Realität	+ZFK Ebene 3	+ZFK Ebene 2		1,4
21	RKS Ebene 3: Institutionen und Politik	+ZFK Ebene 4	+ZFK Ebene 1		1,4
22	RKS Ebene 1: Berufliche Realität	+ZFK Ebene 4	+ZFK Ebene 2		1,4
23	RKS Ebene 2: Bildung und Lehre	+ZFK Ebene 3			0,7
24	RKS Ebene 1: Berufliche Realität	+ZFK Ebene 4	+ZFK Ebene 3		0,7
25	RKS Ebene 4: Innovation und Fortschritt	+ZFK Ebene 3	+ZFK Ebene 1		0,7
26	RKS Ebene 4: Innovation und Fortschritt	+ZFK Ebene 3	+ZFK Ebene 2		0,7
27	RKS Ebene 2: Bildung und Lehre	+ZFK Ebene 4	+ZFK Ebene 3	+ZFK Ebene 1	0,7
28	RKS Ebene 4: Innovation und Fortschritt	+ZFK Ebene 3	+ZFK Ebene 2	+ZFK Ebene 1	0,7

Tabelle 6.4: Die Legende zu Abb. 6.20

Tabelle 6.4 zeigt noch einmal deutlich die aus den Experteninterviews heraus gefilterten, hochkomplexen Zusammenhänge der Ebenen des regulären Kategoriensystems (RKS) mit den Ebenen des Zusammenhänge fokussieren Kategoriensystems (ZFK). So ist klar zu erkennen, dass häufig eine betrachtete Ebene nicht nur für sich selbst stehen kann, sondern auch in Verbindung mit den anderen Ebenenbereichen betrachtet werden muss.

7. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

*Nachdem alle Ergebnisse in Kapitel 6 ausführlich dargestellt wurden, sollen diese in Kapitel 7.1 diskutiert und interpretiert werden. Dafür gilt das Dreidimensionale Pyramidenmodell als Fundament für die weitere Diskussion und Interpretation der Forschungsergebnisse. Die Basis dafür lieferte der paradigmensorientierte Ansatz nach Törnebohm (1985), zitiert aus Noronen und Wikström-Grotell (1999, S.175-183). In Kapitel 7.2 folgt eine Diskussion über die Passgenauigkeit der Ausbildung mit der beruflichen Realität auf der Basis der Online-Fragebögen von 120 befragten Physiotherapeut*innen in Deutschland. Ebenso liefert diese empirische Erhebung die Datenbasis zur Diskussion des Kapitels 7.3 mit dem aktuellen Professionsverständnis im Zentrum. Die sechs Experteninterviews hinterlegen die Inhalte des Kapitels 7.4. Diese umfassen die Diskussion der physiotherapeutischen Realität (PTR). In Kapitel 7.5 folgt die Triangulation sämtlicher im Rahmen der vorliegenden Arbeit erhobenen Daten, welche ebenso Einfluss auf die Schlussfolgerungen in Kapitel 7.6 haben.*

7.1 Die Physiotherapie anhand des Pyramidenmodells

Schon zu Beginn der Forschungsarbeit stellt sich die Notwendigkeit einer Modellentwicklung heraus, um die physiotherapeutische Realität in Deutschland in seiner Gesamtheit zu erfassen. Wie in Kapitel 6.4 dargestellt, vermag das Modell der physiotherapeutischen Realität (MPTR) alle 146 codierten Segmente in seine vier Ebenenbereiche einzuordnen. Dazu gehören neben dem „Ebenenbereich der beruflichen Realität“ (Ebene 1), der „Ebenenbereich der Bildung und Lehre“ (Ebene 2), der „Ebenenbereich der Institutionen und Politik“ (Ebene 3) sowie der „Ebenenbereich der Innovation und Fortschritt“ (Ebene 4). Den Zahlen eins bis vier der Ebenen liegen keinerlei Wertungen zugrunde, sondern sie dienen lediglich als Kurzbeleg einer einfacheren Handhabung im verwendeten Analyseprogramm MAXQDA. Ein vernetzter Zusammenhang und eine hohe Komplexität der *physiotherapeutischen Realität* (PTR) können in Folge aufgezeigt werden. Somit ist das MPTR nicht starr zu betrachten, sondern eher als ein Tetraeder. Je nach Betrachtungswinkel steht beim dreidimensionalen Pyramidenmodell immer ein anderer Ebenenbereich als Eckpunkt an der Spitze (im Zentrum) der Pyramide, jedoch bleiben die Beziehungen zu den drei weiteren Ebenenbereichen, welche nun als Eckpunkte bezeichnet werden, immer bestehen (siehe *Abb. 7.1*). Es gibt im dreidimensionalen Pyramidenmodell somit

- den „Eckpunkt der beruflichen Realität“,
- den „Eckpunkt der Bildung und Lehre“,
- den „Eckpunkt der Institutionen und Politik“ und
- den „Eckpunkt des Fortschritts und der Innovation“.

Nach Stichweh (1984, S.7–14) ist eine Kommunikation über die Wirklichkeit gegeben, sofern es Wissenschaftlern gelingt, eine unstrukturierte Gesamtheit möglicher Problemstellungen in strukturierte Bahnen zu lenken. Durch das *dreidimensionale Pyramidenmodell* kann es gelingen, viele der sehr komplexen Problemstellungen in der Physiotherapie einzuordnen und zu benennen. Aus diesen Erkenntnissen resultieren die beiden Folgerungen, dass die Physiotherapie im Rahmen des *dreidimensionalen Pyramidenmodells* immer mit ihren vier Eckpunkten ganzheitlich als PTR betrachtet und somit als zweite Folgerung den Status einer wissenschaftlichen Disziplin erhalten sollte. Es zeigt sich, dass Veränderungen in einem Eckpunkt wie etwa dem Eckpunkt der beruflichen Bildung mit dem Ziel einer Erweiterung des Behandlungsspektrums (siehe Kapitel 2.1.2) nur dann gelingend umgesetzt werden kann, wenn alle weiteren Eckpunkte wie der Eckpunkt Bildung und Lehre, der Eckpunkt Innovation und Fortschritt sowie der Eckpunkt Institutionen und Politik, ebenso Beachtung finden. Konkret bedeutet dies, dass eine Erweiterung des beruflichen Spektrums wie etwa das Stellen von Diagnosen, die freie Auswahl an Maßnahmen, die Verordnung von Medikamenten und Hilfsmitteln sowie das Veranlassen von Krankenschreibungen und Röntgenbildern (World Physiotherapy 2019, S.1-3; Lehne 2014, S.441-446; Department of health 2008, Weeber 2017. S. 5-73; Kammel 2005, S.56-58) nur durch eine Anpassung der Lehre und folglich der politischen Rahmenbedingungen ermöglicht werden kann. Dazu bedarf es wissenschaftlichen Erhebungen zur umfangreichen Klärung offener Fragestellungen alle Eckpunktbereiche betreffend. Bezüglich des dreidimensionalen Pyramidenmodells gilt: Wird die Position eines Eckpunktes verändert, so hat dies automatisch Auswirkungen auf die Positionen der anderen drei Eckpunkte. Die Physiotherapie kann nicht nur bezüglich ihres Eckpunktes der beruflichen Realität betrachtet werden, sondern erfordert immer eine Betrachtung aller Eckpunkte im dreidimensionalen Pyramidenmodell als physiotherapeutische Realität.

Die physiotherapeutische Realität (PTR) dargestellt anhand des dreidimensionalen Pyramidenmodells

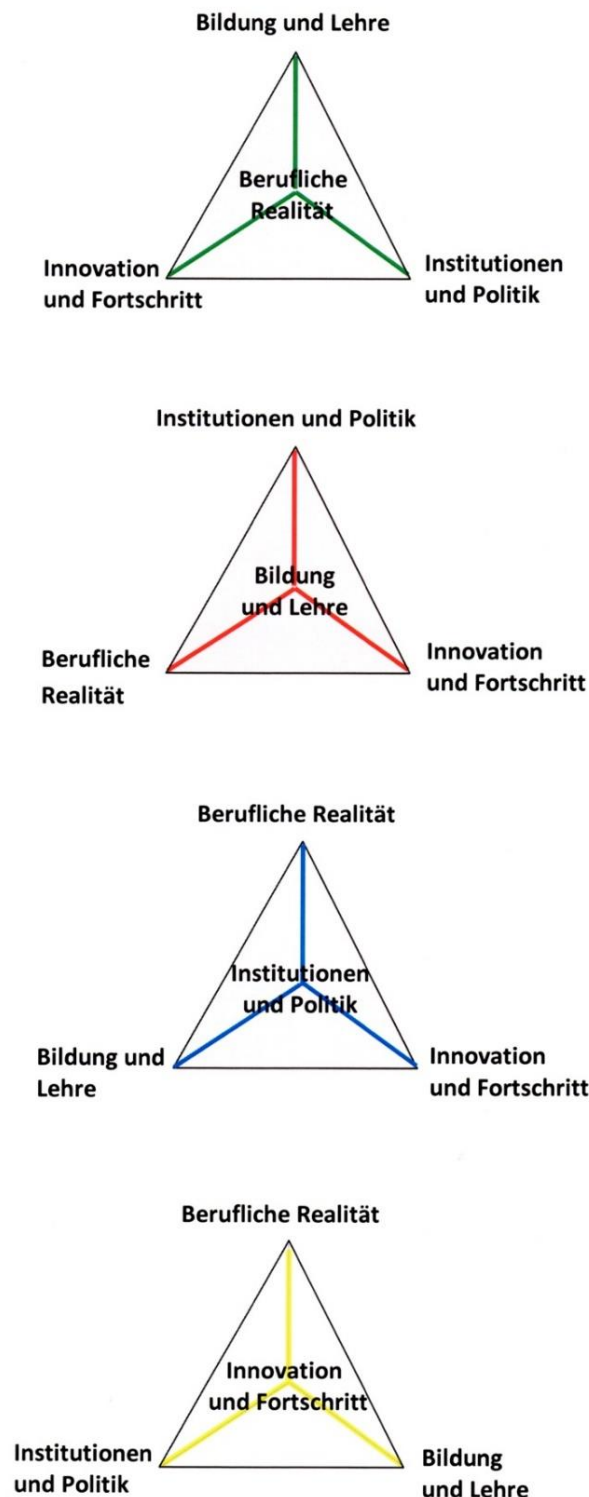


Abb. 7.1: Das dreidimensionale Pyramidenmodell der physiotherapeutischen Realität. Je nach Fokus liegt ein anderer Ebenenbereich als Eckpunkt an der Spitze (im Zentrum) des Tetraeders. Jedoch bleiben die Verbindungen zwischen allen Eckpunkten (dargestellt als die weiteren Eckpunkte der Pyramide) immer bestehen

7.2 Die Passgenauigkeit zwischen Ausbildung und beruflicher Realität basierend auf den Ergebnissen der Online-Fragebögen

Wie in der Einleitung beschrieben, steht die Physiotherapie in Deutschland vielschichtigen Herausforderungen gegenüber (siehe Kapitel 1). Zum einen ist der Fachkräftemangel seit längerem in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens angekommen (Bundesagentur für Arbeit 2018, S.10–14; Bundesagentur für Arbeit 2023, S.15, S.19). Zusätzlich verschärft der demografische Wandel in Deutschland die vorliegende Situation. Durch die Verlängerung der Lebensdauer, den Geburtenrückgang und die damit veränderte Altersstruktur steigt auch die Komplexität des Versorgungsauftrages in der Physiotherapie. Kurz gesagt, entsteht durch die demografische Entwicklung in Deutschland ein großer Druck auf die Personalsituation in der Physiotherapie, wobei das statistisch höhere Lebensalter mit einer zunehmenden Anzahl an Krankheiten verbunden ist (Statistisches Bundesamt 2020; Wissenschaftsrat 2012, S.14–16; Giger 2015, S.31). Deswegen ist es von Bedeutung, dass Physiotherapeut*innen ihre Arbeit an Patient*innen möglichst effektiv durchführen und die in der Ausbildung sowie die im Studium gelernten Tätigkeiten unverzüglich einsetzen dürfen. Eine Basis für Veränderung liefern dafür häufig Studien, welche in der Vergangenheit schon auf Potenzialdefizite verweisen. Eine davon ist beispielsweise die Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2014, S.115, S.121, S.194). Diese zeigt auf, dass „[...] in D zwölf der 16 Expert/-innen, die auf diese Frage geantwortet haben, keine Passung von Ausbildung und Berufspraxis [sahen] [...]“ (ebd., S.121). Es folgt eine Empfehlung für vertiefende Forschung (ebd., S.133, S.142, S.194). Die Ergebnisse aus der in dieser Arbeit durchgeführten Studie (siehe Kapitel 6.1) bezüglich der physiotherapeutischen Basistätigkeiten im beruflichen Alltag (Befunderhebung, Planung der Therapie, Durchführung geeigneter Maßnahmen, Dokumentation und Evaluation der Behandlungsergebnisse) abgeleitet in Kapitel 4.1.2, bestätigen, dass 115 von 120 befragten Physiotherapeut*innen (95,9 %) die genannten Basistätigkeiten in ihrer Gesamtheit selten oder nie, lediglich vier Befragte (3,3 %) fast immer und eine Person (0,8 %) immer durchführen. Die Ergebnisse bestätigen erneut eine Diskrepanz zwischen der Physiotherapie-Ausbildung.

Kapitel 6.1.7 zeigt zudem auf, dass es 98,33 % der Stichprobe der Physiotherapeut*innen ein Anliegen ist, ihr gesamtes Wissen und Können im Sinne der Patient*innen einzusetzen

und geeignete Maßnahmen aus mehreren Therapiearten kombinieren zu dürfen. Möglicherweise ist die durchschnittliche Behandlungszeit von 22 Minuten pro Patient*in zu gering, um standardmäßig schriftliche Befunderhebung, Planung, Dokumentation und Evaluation in die Therapie zu integrieren. In Kapitel 6.1.7 wurden als Hauptargumente für dieses Unterlassen der Tätigkeit der Zeit-Faktor (244 mal), sowie die fehlende Vergütung (63 mal) genannt. Die mit 1,31 % am wenigsten häufig genannte Begründung ist, dass es nicht Teil der Ausbildung war. Dies erlaubt den Rückschluss, dass die im Ergebnisteil genannten Limitierungen erst einmal nicht auf die Art der Ausbildung zurückgeführt werden können. Um auf die Absolventenbefragung von Rübiger und Blümke (2018, S.1) zurückzukommen, kann ergänzend mit dieser Erhebung verdeutlicht werden, dass die Gruppe aller Physiotherapeut*innen von den aktuell gültigen Rahmenbedingungen behindert wird und daher nur einen Teil ihrer Qualifikation im Arbeitsalltag einbringen kann. Es kann davon ausgegangen werden, dass dieser Faktor mit steigender akademischer Qualifikation der Physiotherapeut*innen verstärkt zum Tragen kommt. Als ein wesentliches Problem für die Potenzialentfaltung sowie für die Entwicklungsmöglichkeiten der akademisch ausgebildeten Physiotherapeut*innen wird die bestehende nationale Gesetzgebung gesehen, welche die Befragten nicht benennen, sondern sich erst in der Triangulation der Daten durch die Experteninterviews herauskristallisiert (siehe Kapitel 7.5.1).

So bedarf es für die Feststellung, Heilung oder Linderung der Krankheiten nach § 1 (1) HeilprG immer noch einer Erlaubnis (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1939). Eine staatlich anerkannte Ausbildung als Physiotherapeut oder Physiotherapeutin gilt nicht als Erlaubnis zur Ausübung dieser Heilkunde, auch nicht nach § 8 MPhG (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1994b). Somit dürfen in Deutschland physiotherapeutische Leistungen berufs- oder gewerbsmäßig nur erbracht werden, wenn ein zugelassener Arzt oder eine Ärztin diese Form der Heilbehandlung erlaubt oder verordnet. Ebenso ist die Anzahl und Art der Behandlungsmaßnahme festgelegt (Westerholt 2004, S.109–110). Abhilfe dafür soll zukünftig durch den § 125a SGB V geschaffen werden, welcher eine Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung beinhaltet (Gemeinsamer Bundesausschuss 2022, S.16). Diese sogenannte Blankoverordnung bedeutet eine Vergrößerung der Einflussnahme der Physiotherapeut*innen „[...] über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten [...]“ (§

125a SGB V (1)) und kann als ein weiterer Schritt auf dem Weg zu mehr Autonomie gesehen werden. Die Einführung dieses Paragraphs erweist sich für 98,33 % der Befragten vorteilhaft. Denn diese möchten in der physiotherapeutischen Behandlung gerne ihr gesamtes Wissen und Können einsetzen und geeignete Maßnahmen aus mehreren Therapiearten im Sinne der Patient*innen kombinieren (siehe Kapitel 6.1.7).

Zusätzlich haben ebenso die Heilmittelrichtlinien Auswirkungen auf die Autonomie in der Physiotherapie. Ein Beispiel wird aus § 3 HeilM-RL angeführt:

(1) Die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen setzt eine Verordnung durch eine Vertragsärztin, einen Vertragsarzt oder bei Abgabe von Ergotherapie eine Verordnung nach Maßgabe des § 35 Absatz 4 durch die dort genannten Berufsgruppen voraus. Die Therapeutin oder der Therapeut, die oder der die verordnete Leistung erbringt, ist grundsätzlich an die Verordnung gebunden, es sei denn im Rahmen dieser Richtlinie ist etwas anderes bestimmt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2022, S.9).

Dies bedeutet, dass Physiotherapeut*innen, welche gesetzlich versicherte Patient*innen zu Lasten der Krankenkassen behandeln, lediglich dann eine Erstattung der Kosten erfahren, wenn als Voraussetzung eine Verordnung eines Arztes oder einer Ärztin vorliegend ist.

Zudem sind Physiotherapeut*innen, welche an einer Hochschule für den Direct Access beispielsweise an der OTH Regensburg (2022), der TH Rosenheim (2022), der Universität zu Lübeck (2022, 2024) HS Osnabrück (2022) etc. ausgebildet wurden, grundsätzlich in der Lage, unmittelbar eine Diagnose zu stellen und eine qualifizierte Behandlung zu beginnen, wenn Patient*innen spontan und ohne Verordnung mit Beschwerden in eine Praxis kämen.

Neben den nationalen Gesetzen (Westerholt 2004, S.109–110; Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1939; Alt und Doepp 2015, S.8–60), welche der spontanen Hilfeleistung (Direktzugang) entgegenstehen, wird im vorliegenden Beispiel ebenso eine Unstimmigkeit zwischen dem ethischen Prinzip Nr. 2

*Physiotherapeut*innen halten die Gesetze und Bestimmungen ein, welche die Berufsausübung in Physiotherapie in dem Land, in dem sie praktizieren, regulieren [...] (Ethische Prinzipien WCPT 2015, S.3)*

und dem ethischen Prinzip Nr. 3

*[...] Physiotherapeut*innen sind professionell unabhängige und autonome Praktiker*innen. Sie nehmen unabhängige Beurteilungen in der Leistungserbringung vor, wofür die sie das Wissen und die Fähigkeiten haben. [...] (Ethische Prinzipien WCPT 2015, S.3)*

bezüglich der Ausübung der Physiotherapie in Deutschland festgestellt. Fordert das ethische Prinzip Nr. 3 unabhängige und autonome Praktiker*innen (ebd.), wird diese durch die nationalen Gesetze in Deutschland, deren Einhaltung das Ethische Prinzip Nr. 2 verlangt, stark eingeschränkt (Westerholt 2004, S.109–110; Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1939; Alt und Doepf 2015, S.8–60). Kapitel 2.3 der vorliegenden Arbeit beinhaltet eine Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland und geht in Kapitel 2.3.5 näher auf die ethischen Prinzipien sowie die bioethischen Grundprinzipien nach Beauchamps und Childress (2019) ein. Nach deren Definition könnte sogar von einem ethischen Dilemma auf Systemebene gesprochen werden (siehe Kapitel 2.3.5), wenn die Physiotherapeut*innen die Hilfebedürfnis des Patienten erkennen, die Kenntnisse für die richtige (Be-)handlung besitzen, jedoch rechtlich gesehen nicht autonom agieren dürfen.

Daraus ergibt sich an dieser Stelle die Schlussfolgerung, dass die nationalen gesetzlichen Rahmenbedingungen (siehe Kapitel 2.3) mit den internationalen ethischen Prinzipien der Physiotherapie sowie mit den bioethischen Grundprinzipien vereinbar sein sollten (siehe Kapitel 2.3.5). Zudem soll davon unabhängig die Einführung von Standards zu einer regelmäßigen Durchführung physiotherapeutischer Basistätigkeiten in der derzeitigen beruflichen Realität führen.

Mit dem Ende dieses Kapitels soll auch dem §10 der Berufsordnung nachgekommen werden, indem gefordert wird, dass „[...] die ethischen Prinzipien, die der physiotherapeutischen Praxis zugrunde liegen, Vorrang gegenüber jeglichen Geschäfts- und Beschäftigungspraktiken [haben]. Wenn diesbezüglich Konflikte entstehen, sollen Physiotherapeuten alles tun, um Probleme und Fehlverhalten zu beseitigen [...]“ (ebd., S.7).

7.3 Die Physiotherapie als Profession basierend auf den Ergebnissen der Online-Fragebögen

In der vorliegenden Arbeit wird die *Bedeutung des Begriffs der Profession* von den Physiotherapeut*innen erfragt. Das Kernziel der Physiotherapie ist, „[...] die maximale Bewegung und Funktionsfähigkeit der Menschen [zu]entwickeln, aufrecht[zu]erhalten und wieder her[zu]stellen [...]“ (World Physiotherapy 2019, S.1).

Die Bedeutung der Physiotherapie als Profession ist den Ergebnissen der in der Arbeit durchgeführten Studie (Kapitel 6.2.) vielen Physiotherapeut*innen in Deutschland wenig bekannt. Mit 44 Nennungen (36,7 %) wurde die Frage gar nicht oder ungültig beantwortet. Die 23malige Nennung des induktiven Merkmals zur optimalen Patientenversorgung kristallisiert sich überraschenderweise als zentrales Kennzeichen einer Profession für die befragten Physiotherapeut*innen heraus. Im Gegensatz dazu werden wesentliche Merkmale, welche eine Profession nach Zalpour (2008) definieren, nicht einmal erwähnt. Dazu gehört etwa die Möglichkeit eines beruflichen Aufstiegs, die Einführung von Standards, aber auch die Beschäftigung mit den ethischen Werten in der Physiotherapie (siehe Kapitel 6.2.3).

Ebenso sollte es in der Physiotherapie in Deutschland zukünftig Beachtung finden, dass es zunehmend nötig ist, die Berufsorganisation und Disziplinargewalt, d. h. die Verfügung über den eigenen Beruf zu erhalten (siehe Kapitel 6.2.3). Dazu gehört beispielsweise auch ein Mitspracherecht, bei der Festlegung der Therapiemethoden zur Aufnahme in den Heilmittelkatalog, was im gemeinsamen Bundesausschuss (Bundesministerium für Gesundheit 2020a, S.17-20) geregelt wird (siehe Kapitel 2.2.1). Die Quintessenz daraus ist, dass die Physiotherapie derzeit keine eigene Vertretung aufweisen kann, sondern lediglich ein Anhörungsrecht hat (Borgetto und Siegel 2009, S.332).

Im Rahmen der Physiotherapie als Profession ist zudem eine Erweiterung des beruflichen physiotherapeutischen Spektrums entscheidend. Dazu gehören das Stellen von Diagnosen, die freie Auswahl an Maßnahmen, die Verordnung von Medikamenten und Hilfsmitteln sowie das Veranlassen von Krankschreibungen und Röntgenbildern (World Physiotherapy 2019, S.1-3; Lehne 2014, S.441-446; Department of health 2008; Weeber 2017, S.5-73; Kammel 2005, S.56-58).

Auf internationaler Ebene konnten zudem Vorteile eines Direktzuges in der Physiotherapie, wissenschaftlich belegt werden (Daker-White et al. 1999; Ojha et al. 2014). Nur durch die Akademisierung kann die Möglichkeit einer Durchführung von Studien und eines durchgängigen Bildungswegs bis hin zur Promotion im Bereich Physiotherapie geschaffen werden. Eine eigenständige Forschung ist erst dann als Grundvoraussetzung gegeben. Ebenso zeigt es sich als dringlich, dass sich die Physiotherapeut*innen ihres eigenen physiotherapeutischen Kompetenzmonopols bewusst werden. In Kapitel 6.3.1.1 geht lediglich eine befragte Person auf den spezifischen physiotherapeutischen Wissensschatz ein, zu dem beispielsweise gehört, wie physiotherapiespezifisch ein Gelenk untersucht wird. Zusätzlich vermissen die befragten Physiotherapeut*innen Ansehen, Anerkennung und Wertschätzung für ihr Handeln (siehe Kapitel 6.2.2). Es scheint auffällig, dass eine eigene, wissenschaftliche Disziplin und die Entwicklungsmöglichkeiten der Physiotherapie in ihrer Gesamtheit wenig präsent sind. Ebenso gibt schon der historische Hintergrund des Berufes in Kapitel 2.1.1 zu erkennen, dass die Physiotherapie durch ihre eigene, bisher kaum vorhandene Wissenschaft die klaffende Lücke fehlender wissenschaftlicher Erkenntnisse noch nicht selbst schließen konnte (Hüter-Becker 2004). Daraus resultiert die Schlussfolgerung, dass sich die Physiotherapie als und in ihrer eigenen wissenschaftlichen Disziplin entwickeln sollte.

7.4 Die physiotherapeutische Realität basierend auf den Ergebnissen der Experteninterviews

*Wie in Kapitel 7.1 anhand des Pyramidenmodells gezeigt, ist eine Forschung im Bereich Physiotherapie auch in größerem Umfang möglich. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse sollen im Folgenden anhand der zusammengefassten Beiträge der Expert*innen aus Kapitel 6.3 wiedergegeben und diskutiert werden.*

7.4.1 Ebene der Innovation und des Fortschritts

Die Expert*innen sehen die großflächige Einführung der physiotherapeutischen Forschung derzeit tendenziell in Krankenhäusern oder Kliniken (siehe Kapitel 6.3.1.2.1.2). Diese bestätigen die eher monoperspektivische Sichtweise der Physiotherapie auf den Körper beziehungsweise die Bewegung, welche Nicholls und Gibson (2010), Scheel (2013) und Höppner (2018) kritisch beleuchten. Vor diesem Hintergrund könnte auch

eine eigene Forschung in der ambulanten Praxis oder direkt in der Lebenswelt der Patient*innen (häusliches Umfeld) mit deren subjektiven Empfindungen ergänzend vorgeschlagen werden. Die befragten Personen stellen zudem fest, dass es zur Durchführung großer wissenschaftlicher Studien im Bereich Physiotherapie auch einen Studienleiter mit Sitz an einer Universität geben sollte (siehe Kapitel 6.3.1.2.1.2). Es zeigt sich klar, dass die Expert*innen eine Entwicklung im Bereich der Physiotherapie für den Bereich der Physiotherapie anstreben. Eine andauernde unbezahlte Verbandsaktivität im Sinne eines Forschungsersatzes wird abgelehnt (siehe Kapitel 6.3.1.2.1). An diesem Punkt lässt sich die notwendige Betrachtung der Physiotherapie in ihrer Gesamtheit (PTR) anbringen. Wie in Kapitel 7.1 mit dem Pyramidenmodell gezeigt, können Forschungsgebiete von allen Eckpunkten aus gesehen und diskutiert werden, wie beispielsweise im Bereich Bildungsforschung der Physiotherapie. Es stellt sich als wesentlich heraus, dass Physiotherapeut*innen zukünftig über Hochschulen, jedoch auch an Universitäten selbst in der eigenen Disziplin promovieren können. Ebenso kann über diese Möglichkeit der Promotion das Angebot mit Lehrpersonal an Hochschulen und Universitäten sichergestellt werden. Aus Kapitel 6.3.3.2.2 resultiert, dass die praktische Basis (Bachelor) eines Studienganges im Bereich Physiotherapie allgemein befürwortet wird. Die Expert*innen gehen davon aus, dass durch Forschung und Wissenschaft in der Physiotherapie eine derzeit unentdeckte Fehlversorgung der Patient*innen sowie eine Verschwendung von Potenzialen im Bereich der Physiotherapie selbst aufgedeckt und dieser folglich entgegengewirkt werden kann (siehe Kapitel 6.3.1.2.1). Dafür ist es nötig, unabhängige Forschungsinstitute für Physiotherapie zu eröffnen, welche sich der vielfältigen wissenschaftlichen Klärung offener Fragen auf höchster wissenschaftlicher Ebene annehmen.

Institute dieser Art sind beispielsweise die akademische Lehr- und Forschungspraxis, wie sie im Bereich der hausärztlichen Versorgung in Verbindung mit der TU München schon bestehen (TU München 2023) sowie im Bereich der Physiotherapie das Institut für angewandte Physiotherapie Osnabrück (HS Osnabrück 2024). Ein zukünftiges Ziel könnte dabei auch die Durchführung von Studien und der Gewinn wissenschaftlicher Erkenntnisse, ausgehend vom Eckpunkt der Innovation und des Fortschritts des Pyramidenmodells, in der eigenen wissenschaftlichen Disziplin der Physiotherapie, sein. Ebenso könnten diese Institute eine Schnittstelle für berufsübergreifendes Ausbildung und Arbeiten werden, wie diese in Heidelberg (Universität Heidelberg 2024), Lübeck (Universität zu

Lübeck 2024a) oder Regensburg (Mahnke und Loibl 2021, S.18-21) als interprofessionelle Ausbildungsstationen (Pflege, Medizin, Ergo – und Physiotherapie) schon existieren (Ballnus 2019, S.58-60).

7.4.2 Ebene der Institutionen

Zu der Ebene der Institutionen und Politik gehören beispielsweise die Krankenkassen und Verbände. Eine Vereinbarkeit der existierenden Krankenkassenleistungen mit der Entwicklung innovativer Berufsfelder scheint nach Ansicht der Expert*innen unvereinbar, da diese am Ort der Entscheidung, dem Gemeinsamen Bundesausschuss grundsätzlich keine Vertretung vorweisen. Zusammenfassend konnte in Kapitel 2.2.1 festgestellt werden, dass die Physiotherapie, Logopädie oder Ergotherapie keine eigene oder ständige Vertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss, sondern lediglich ein Anhörungsrecht haben (Borgetto und Siegel 2009, S.332; Bundesministerium für Gesundheit 2020a, S.17; Bundesministerium für Gesundheit 2020a, S.19–20).

Viele seit Langem bestehende Diskrepanzen zwischen den Krankenkassen und Verbänden scheinen unüberwindbare Hindernisse geworden zu sein. (siehe Kapitel 6.3.2.3.2). Als Beispiel kann die Diskussion zur Akademisierung der Physiotherapie genannt werden. Es zeigt sich zunehmend, dass so weitreichende Entscheidungen nicht mehr hauptsächlich auf der Grundlage besten (Erfahrungs-) Wissens und Gewissens gefällt werden können, jedoch der Untermauerung einer validen wissenschaftlichen Basis bedürfen. Durch das Pyramidenmodell (siehe Kapitel 7.1) ist nun eine wissenschaftliche Grundlage der beruflichen Realität, der Bildung und Lehre und der Innovation mit den Institutionen gegeben. Wissenschaftliche Erhebungen können durch neue Erkenntnisse zur Entscheidungsfindung beitragen und ermöglichen auch eine Rückmeldung zum Gelingen der Umsetzung. Die Expert*innen sprechen an, ob es nicht sinnvoller wäre, die Physiotherapeut*innen nach Berufsschulabschluss oder akademischer Qualifikation anstelle der Fortbildungspositionen zu bezahlen. Die Anzahl der nötigen Nachverhandlungen (siehe Kapitel 6.3.2.1) schätzen Expert*innen so hoch, dass auch eine Erneuerung des Systems angedacht werden kann.

Zudem konnte in Kapitel 2.3.5 gezeigt werden, dass die vorherrschenden Arbeitsbedingungen in der Physiotherapie in Deutschland, den Physiotherapeut*innen bereits auf Sys-

temebene in Dilemmata nach Beauchamp und Childress (2019) stürzen. Vielversprechend zeigt sich an dieser Stelle auch eine zukünftige, wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiet der Physiotherapie zum Prinzip der Gerechtigkeit, um eine zielgerechte Verteilung monetärer Ressourcen sicherzustellen. Errungenschaften, wie beispielsweise der Heilpraktiker für Physiotherapie, welcher beispielsweise autonom agieren darf und einen Erstkontakt zulässt, wird von allen Befragten abgelehnt (siehe Kapitel 6.3.2.3.2). Es sollte nicht weiterhin darum gehen, für mehr Autonomie und den Direktzugang in den Heilpraktikerberuf wechseln zu müssen (Alt und Doepp 2015, S.8–60), sondern um den Aufbau eines durchgängigen Bildungsweges mit dem Erhalt aller rechtlichen Grundlagen, welche im Rahme der Autonomiebestrebungen benötigt werden (siehe Kapitel 2.3). Um die genannten Forderungen umzusetzen, müssen politische Akteure die entsprechenden Entscheidungen treffen. Eine befragte Person weist darauf hin, dass die Politik für Vorschläge der Wissenschaft offen ist (siehe Kapitel 6.3.2.3.1.1).

Einige Expert*innen gehen auf die nötigen Nachverhandlungen zwischen Krankenkassen, Berufsfachschulen und Politik ein. In der vorliegenden Arbeit wird der Forderung nach Vollständigkeit der Ausbildung (siehe Kapitel 6.3.2.2) nachgekommen, indem beispielsweise eine Erweiterung des beruflichen Spektrums im Bereich der Physiotherapie (Eckpunkt der beruflichen Realität) - wie etwa der Direktzugang - in Kapitel 7.4.3.2 aufgezeigt wird. In den Experteninterviews zeigt sich, dass daraufhin eine Ergänzung mit den Fächern Diagnostik, Screening Verfahren, Berufsethik und Clinical Reasoning nötig ist (siehe Kapitel 6.3.3.2.3 und 6.3.3.2.1). Dabei bleibt offen, wie viele Stunden und welche Inhalte rechtlich gesehen für den Direktzugang und autonomes Handeln in Deutschland qualifizieren sollen.

Nach Analyse der Experteninterviews und ergänzender Diskussion ergeben sich im Rahmen dieser Arbeit weitere Themen für politische Nachverhandlungen:

- Abschaffung der allgegenwärtigen nicht lösbaren ethischen Dilemmasituation nach Beauchamp und Childress (2019) der Physiotherapie in Deutschland (siehe Kapitel 2.3.5) mit Hinweis auf die ethischen Prinzipien sowie §10 der Berufsordnung (Berufsordnung 2019, S.7)
- Analysiert wurde ein direkter Konflikt zwischen ethischen Prinzip Nr. 2 mit dem ethischen Prinzip Nr. 3 (Ethische Prinzipien WCPT 2015, S.3) und den rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland (siehe Kapitel 2.3.5) in Verbindung mit Kapitel 2.3

- Anpassung der nationalen rechtlichen Rahmenbedingungen (siehe Kapitel 2.3)
- Erweiterung des beruflichen Spektrums im Eckpunkt berufliche Realität (siehe Kapitel 7.4.3)
- Aufnahme einer physiotherapeutischen Befundposition in den Heilmittelkatalog zur Verbesserung der derzeitigen Arbeitsbedingungen (siehe Kapitel 6.3.2.1.1)
- Mitspracherecht bei der Aufnahme von Heilmitteln in den Heilmittelkatalog (siehe Kapitel 2.2.1)

Ebenso diskutieren die Expert*innen darüber, ob die Ärzteschaft durch die Physiotherapie Entlastung erfahren kann. Dabei geht es nicht nur um eine Übernahme ärztlicher Tätigkeit, sondern die Etablierung der Physiotherapie als eigenes Expertentum (siehe Kapitel 6.3.3.1.1). Die Physiotherapeut*innen sehen jetzt schon als Kern der Profession die optimale Patientenversorgung (siehe Kapitel 6.2.3) und fordern diese mit der freien Wahl aller zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ein (siehe Kapitel 6.1.7). 98,33 % der befragten Physiotherapeut*innen möchten in der physiotherapeutischen Behandlung gerne ihr gesamtes Wissen und Können einsetzen und geeignete Maßnahmen aus mehreren Therapiearten im Sinne der Patient*innen kombinieren (siehe Kapitel 6.1.7);

Zudem zeigt der internationale Vergleich (siehe Kapitel 2.1.2, Tabelle 2.1), dass es Länder gibt, in denen Physiotherapeut*innen längst Tätigkeiten in einem erweiterten beruflichen Spektrum (Eckpunkt berufliche Realität) übernehmen, um dieser Anforderung gerecht zu werden (siehe Kapitel 2.1.2). Dazu gehören etwa das Stellen von Diagnosen, die freie Auswahl an Maßnahmen, die Verordnung von Medikamenten und Hilfsmitteln sowie das Veranlassen von Krankschreibungen und Röntgenbildern (World Physiotherapy 2019, S.1-3; Lehne 2014, S.441-446; Department of health 2008; Weeber 2017, S.5-73; Kammel 2005, S.56-58).

Auf internationaler Ebene konnten Vorteile eines Direktzuges in der Physiotherapie mit den positiven Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit sowie den Behandlungserfolg aufgezeigt werden (Daker-White et. al 1999; Ojha et al. 2014, S.14-30). Dieser führt zudem zu einer Reduktion der Verabreichung von Medikamenten im Vergleich zu Kontrollregionen (Department of health 2008). Es ist durchaus vorstellbar, dass Physiotherapeut*innen im Vergleich zu Ärzten weniger Medikamente verschreiben würden, da zuletzt genannte über ein anderes Maßnahmenspektrum mit einem eigenen Wissensmonopol verfügen. Weitere wissenschaftliche Erkenntnisse sind von Bedeutung.

Es darf auch nicht vergessen werden, dass es in der Physiotherapie laut internationaler Definition um das physische, psychische, emotionale und soziale Wohlergehen der Patient*innen geht (World Physiotherapy 2019, S.1). Eine ähnliche Definition findet sich im Deutschen Berufsgesetz § 8 MPhG vom 26. Mai 1994 (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1994b). Hier steht, dass der Patient „[...] Hilfen zur Entwicklung, zum Erhalt oder zur Wiederherstellung aller Funktionen im somatischen und psychischen Bereich gegeben und bei nicht rückbildungsfähigen Behinderungen Ersatzfunktionen geschult werden“ (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1994b). Dies könnte ebenso dazu führen, dass Physiotherapeut*innen jetzt schon, jedoch zukünftig noch mehr, die Aufgaben eines Coaches übernehmen und nicht nur Ärzte, sondern auch Psychologen im Rahmen der Heilung von psychosomatischen Erkrankungen der Patient*innen unterstützen können.

Daraus resultiert erneut, dass die nationalen gesetzlichen Rahmenbedingungen mit den internationalen ethischen Prinzipien (Ethische Prinzipien WCPT 2015) harmonisieren sollten. Ebenso folgt daraus die Forderung nach der gesetzlichen und rechtlichen Einführung weiterer Spektren des Berufsfeldes innerhalb der Physiotherapie bezüglich des Eckpunktes der beruflichen Realität im dreidimensionalen Pyramidenmodell.

7.4.3 Ebene der Bildung

Wie in Kapitel 2.4 beschrieben, gibt es derzeit zahlreiche Möglichkeiten des beruflichen und akademischen Bildungswegs, welcher zur Berufsbezeichnung Physiotherapeut/Physiotherapeutin führt (Physio Deutschland 2021a; Physio Deutschland 2021c; Deutscher Bundestag 2009, S.3159). Ein wesentlicher Aspekt ist dabei zukünftig die Vollständigkeit der akademischen Ausbildung oder / und des Studiums. Studenten sollen auf jeden Fall nicht weiter aus Tradition finanziell belastet werden, um nach dem erfolgreichen Berufsabschluss vorgegebene Zusatzqualifikationen erwerben zu müssen (siehe Kapitel 6.3.3.1.2.2). Um diese berufliche Ausbildung zu modernisieren und die akademische Ausbildung dazu zielgerichtet aufzubauen, erweist sich der Einsatz von Bildungsforschung im Bereich Physiotherapie als hilfreich. Besonders von Bedeutung scheint dafür die Fragestellung zu sein, wie viele Stunden und welche fachlichen Inhalte des Studiums nötig sind, um im erweiterten physiotherapeutischen beruflichen Spektrum tätig sein zu können und von rechtlicher Seite zu dürfen.

Diese könnte sich beispielsweise ebenso damit beschäftigen, ob es nötig ist, eine Technik an jedem Gelenk vor- und nachzumachen, oder ob auch ein selbstständiges Übertragen auf andere Gelenke den Lernenden zuzumuten ist. Eine befragte Person spricht in Kapitel 6.3.3.1.1 bezüglich dieses Kontexts die Vorbildung der Lernenden an. Sollen diese beispielsweise bereits Anatomiekenntnisse haben, auf denen aufgebaut werden kann, sodass im Unterricht schneller vorangegangen werden kann? Viele Fragen gilt es im Rahmen der Bildungsforschung mit Hilfe des Pyramidenmodells (siehe Kapitel 7.1) zukünftig zu klären.

7.4.3.1 Fortbildungen

Fortbildungseinrichtungen, welche ein Interesse an der wissenschaftlichen Belegung ihrer Angebote haben, sollten zukünftig Unterstützung erfahren. Da in der Regel weder das Lehrpersonal noch die Inhaber der Fortbildungseinrichtungen Wissenschaftler sind, wird auch an dieser Stelle die Notwendigkeit für ein unabhängiges Institut für Physiotherapie zum Beweis der Evidenz der in physiotherapeutischen Fortbildungen gelehrt Techniken angesprochen. Fortbildungen werden weiterhin als notwendig betrachtet, wenn auch aus einem anderen Blickwinkel heraus. Möglicherweise lässt sich eine Kooperation mit Hochschulen oder Universitäten einführen (siehe Kapitel 6.3.3). Während die Fortbildungseinrichtungen auf die praktisch korrekte Anwendung spezialisiert bleiben, können sich Wissenschaftler vor Ort mit ihrer Wirkungsweise beschäftigen. Wie schon angesprochen, könnte auf diesem Weg eine interprofessionelle Lehre und Ausbildung im Sinne der Patient*innen stattfinden.

Nach Kapitel 6.3.3.1.2.1 wünschen sich die Expert*innen eine klare Abgrenzung von evidenzbasierten physiotherapeutischem Wissen, von Erfahrungswissen, Methoden der alternativen Medizin, Esoterik und Wellness. Dies wird auch im Sinne der Anerkennung und Wertschätzung der Therapierenden als unverzichtbar gesehen.

Ebenso sollte das Lehrpersonal jeglicher Bildungseinrichtung in der Physiotherapie zusätzlich zu seinen praktischen Fähigkeiten bezüglich des Eckpunktes berufliche Realität standardmäßig akademisch ausgebildet sein. Ein Standard für eine einheitliche und akademische Ausbildung bei Lehrenden hierzulande käme ebenso der Forderung von *Physio Deutschland (2018)* nach:

Bezüglich der fachlichen Qualifikation der Lehrenden an Schulen der Physiotherapie gibt es unterschiedliche Regelungen in den Bundesländern. Aufgrund fehlender bundeseinheitlicher, verbindlicher Anforderungen an die fachlichen und pädagogischen Qualifikationen der Lehrenden und soweit möglich der Leitenden entstehen regionale Unterschiede in den Ausbildungsanforderungen [...] (ebd., S.1–10).

Auch weist der Wissenschaftsrat schon seit dem Jahr 2012 darauf hin:

[...] In diesem Zusammenhang ist kritisch zu bewerten, dass das Lehrpersonal an den berufsbildenden Schulen derzeit nur zu einem vergleichsweise geringen Anteil über einen Hochschulabschluss verfügt. Der Wissenschaftsrat weist darauf hin, dass die hier empfohlene Akademisierung eines Teils der Beschäftigten in den Gesundheitsfachberufen einen wesentlichen Beitrag zur besseren Qualifizierung des Lehrpersonals an den berufsbildenden Schulen und damit zu einer Professionalisierung dieser Einrichtungen leisten kann (Wissenschaftsrat 2012, S.84).

7.4.3.2 Akademisierung und berufliche Bildung

Aus dem Kapitel 6.3.3.2 resultiert die Empfehlung, bei der akademisierten Ausbildung sowie für die primär qualifizierenden Studiengänge, die Basis der traditionellen Physiotherapie mit zentralen, praktischen Inhalten und Patientenkontakt weiterhin beizubehalten. In anderen Worten scheint es essentiell, die Basis der Physiotherapie bezüglich des Eckpunktes der beruflichen Realität zu legen. Es bedarf genau dieser gemeinsamen Basis, welche das Arbeiten am und mit dem Menschen in das Zentrum der Betrachtung stellt. Zudem benötigt es dafür eine Erweiterung des beruflichen Spektrums in Bezug auf den soeben genannten Eckpunkt der beruflichen Realität. Dazu gehören etwa das Stellen von Diagnosen, die freie Auswahl an Maßnahmen, die Verordnung von Medikamenten und Hilfsmitteln sowie das Veranlassen von Krankschreibungen und Röntgenbildern (World Physiotherapy (2019, S.1-3; Lehne 2014, S.441-446; Department of health 2008; Weeber 2017, S. 5-73; Kammel 2005, S.56-58).

Es liegt eine einstimmige Befürwortung der Expert*innen zur akademischen Laufbahn bis hin zur Promotion im Bereich der Physiotherapie vor. Wie in Kapitel 2.4 aufgezeigt wird, liegt im Bereich der Physiotherapie in Deutschland eine sehr inhomogene Bildungslandschaft mit einem vielfältigen Angebot an Studiengängen vor, welche jedoch nicht die Erlaubnis zum Einsatz in einem erweiterten Tätigkeitsbereich mit sich bringen. Dies ist u.a. auf die rechtlichen Rahmenbedingungen zurückzuführen (Westerhold 2004, S.109-110), welche es anzupassen gilt.

Entnommen aus der *Description of physical therapy* soll der Passus beachtet werden, dass die Physiotherapie aus internationaler Sicht als ein einheitlicher Beruf gesehen und dessen erste erworbene Qualifikation zum Tragen der Berufsbezeichnung mit unabhängiger Berufsausübung führt (World Physiotherapy 2019, S.2). Die Berufsordnung (2019, S.7) in Kombination mit den Internationalen ethischen Prinzipien Nr. 3 (Ethische Prinzipien WCPT 2015) bestätigt, dass generell im Eckpunkt der beruflichen Realität (siehe Kapitel 7.1) ein autonomes und unabhängiges Handeln ermöglicht werden muss.

*[...] Physiotherapeut*innen sind professionell unabhängige und autonome Praktiker*innen. Sie nehmen unabhängige Beurteilungen in der Leistungserbringung vor, wofür die sie das Wissen und die Fähigkeiten haben. [...] (Ethische Prinzipien WCPT 2015, S.3).*

Weeber (2017) stellte in ihren internationalen Beobachtungen in der Physiotherapie fest, dass einem hohen Freiheitsgrad beruflicher Tätigkeiten der Physiotherapie eine Akademisierung mit anschließender Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen vorangegangen ist. Eine zwingende Adaption der rechtlichen Rahmenbedingungen ist dafür erforderlich. Kammel (2005) beschreibt die Physiotherapie in den USA sehr detailliert und spricht über den Beruf der Physiotherapie-Assistent*innen (PTA). Diese Ausbildung dauert an Universitäten oder Colleges zwei Jahre und unterscheidet sich von der Physiotherapie-Hilfskraft, welche nach der Behandlung desinfiziert, Behandlungsräume aufräumt und terminiert. Physiotherapeut*innen diagnostizieren, befunden und entwickeln selbst den Therapieplan, während die eigentliche Behandlung Assistent*innen ausführen. Im Gegensatz zur Vorgehensweise in den USA sprechen sich die Expert*innen in der vorliegenden Arbeit jedoch für eine akademische Ausbildung mit Diagnostik, Therapieplanung und Behandlung aus, wohingegen die in Koexistenz arbeitenden beruflichen ausgebildeten Physiotherapeut*innen wie bisher agieren sollen (siehe Kapitel 6.3.2.3.2). Diese Koexistenz von beruflichen und akademischen Physiotherapeut*innen ist für fünf der sechs Expert*innen vorstellbar. Zudem gilt es zukünftig zu klären, wie das internationale berufliche Spektrum der Physiotherapie wie beispielsweise die Veranlassung von Krankenschreibungen, das Verordnen von Medikamenten und Hilfsmittel sowie bildgebenden Verfahren (Lehne 2014; Department of health 2008; Weeber 2017) für Physiotherapeut*innen auch in Deutschland umsetzbar werden.

In der Zusammenfassung führt der Direktzugang zu einer höheren Patientenzufriedenheit den Behandlungserfolg betreffend (Daker-White et. al 1999; Ojha et al. 2014, S.14-30). Dieser führt zudem zu einer Reduktion der Verabreichung von Medikamenten im Vergleich zu Kontrollregionen (Department of health 2008).

Daraus resultiert die Forderung nach einem Direktzugang mit vollständiger Autonomie für Physiotherapeut*innen im Rahmen der Akademisierung sowie der Ausbau des physiotherapeutischen Spektrums innerhalb der Physiotherapie bezüglich des Eckpunktes der beruflichen Realität des dreidimensionalen Pyramidenmodells mit der Möglichkeit auf Promotion in der eigenen Disziplin.

Aussagen über die berufliche Bildung werden von allen Expert*innen zögerlich getroffen. Im Gegensatz dazu wird die Akademisierung, vor allem der primär qualifizierenden Studiengänge bis hin zur Promotion, stark befürwortet (siehe Kapitel 6.3.1.1). Eine Abschaffung der beruflichen Bildung wird nicht einheitlich gefordert, sondern deutlich darauf hingewiesen, dass sich die Lernenden von Beginn an in eine dauerhafte und abhängige Position hinsichtlich Bildung und selbstfinanzierten Fortbildungen begeben (siehe Kapitel 6.3.3.1.2.2). Es wird in Kapitel 6.3.3 deutlich ausgesprochen, dass für die Absolvierenden des berufsschulischen Zweiges derzeit keinerlei Aufstiegsmöglichkeiten gegeben sind. Laut einer Aussage im Experteninterview ist bekannt, dass die Fluktuationsrate im Beruf der Physiotherapie hoch ist, da kaum monetäre Anreize gegeben sind. Die befragten Expert*innen sprechen in Kapitel 6.3.2.3.2 deutlich aus, dass Missstände einer unvollständigen beruflichen Ausbildung auf diese Art und Weise traditionell auf das Individuum verlagert werden, welches mit eigenem Gehalt finanziell für externe Fortbildung aufkommen muss.

7.4.4 Ebene der beruflichen Realität der beruflich und akademisch gebildeten Physiotherapeut*innen

Die Aussage von Baeumer (2007, S.9) kann in der vorliegenden Arbeit bestätigt werden. Es gibt keinerlei Anzeichen dafür, dass die traditionellen, beruflich ausgebildeten Physiotherapeut*innen durch den Aufbau der Akademisierung degradiert werden. Es zeigt sich in Kapitel 6.3.4, dass ausgehend von der aktuellen beruflichen Ausbildung die Professionalisierung der Physiotherapie aufgebaut werden sollte.

Ebenso konnte international ein breites berufliches Spektrum analysiert werden (Lehne 2014; Department of health 2008; Weeber 2017), um welches die Physiotherapie im Rahmen ihres Professionalisierungsprozesses erweitert werden könnte. Dazu gehören etwa das Stellen von Diagnosen, die freie Auswahl an Maßnahmen, die Verordnung von Medikamenten und Hilfsmitteln sowie das Veranlassen von Krankschreibungen und Röntgenbildern (World Physiotherapy 2019, S.1-3; Lehne 2014, S.441-446; Department of health 2008; Weeber 2017, S.5-73; Kammel 2005, S.56-58), wie in Kapitel 2.1.2 beschrieben und Tabelle 2.1 dargestellt.

Zudem gilt es aufgrund des Fachkräftemangels (Statistisches Bundesamt 2020, S.10-12; Erhart 2020, S.141) alle derzeit verfügbaren Physiotherapeut*innen unter besseren beruflichen Rahmenbedingungen möglichst im Beruf zu behalten (siehe Kapitel 1). In der derzeitigen beruflichen Realität der GesinE-Studie war die Dokumentation nach „individuell festgelegten Abständen“ (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2014, S.133) bekannt und wurde durch Erhebungen im Rahmen der vorliegenden Arbeit mit 70,83 % in einer vierstufigen-Likert-Skala mit der Rubrik „immer oder fast immer“ zusammengefasst konkretisiert (siehe Kapitel 6.1.3). Fachliche Standards sind kaum neben den strengen Richtlinien und Gesetzen zur Berufsausübung zu finden (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2014, S.190–191). Somit bedarf es unter den aktuellen Umständen einer Festlegung von Standards mit dementsprechender Bezahlung und bereitgestellter Zeit, etwa dass ein physiotherapeutischer Befund erfolgt und direkt im Anschluss die Dokumentation im aktuellen Alltag der Physiotherapeut*innen durchgeführt wird (siehe Kapitel 6.3.4.1.3). Zudem könnten auch Leitlinien definiert werden, wie etwa ein Gelenk untersucht oder daraus spezifische Behandlungsmaßnahmen beispielsweise in Frequenz oder Progression davon abgeleitet werden sollen.

Zudem stellt Weeber (2017) fest, dass ethische Werte in der Physiotherapie zunehmend an Bedeutung gewinnen. Dies gilt im Besonderen, wenn in einer Berufsgruppe eine Bewegung von rechtlichen Rahmenbedingungen hin zu autonomen Handeln stattfindet, wie beispielsweise in Australien (siehe Kapitel siehe Kapitel 2.1.2, Abb. 2.2 und 2.3) geschehen (Weeber 2017, S.72–73). In der vorliegenden Arbeit wurde ein mögliches ethisches Dilemma nach Beauchamp und Childress (2019) in Kapitel 2.3.5 für diese relativ jungen akademischen Praktiker aufgezeigt. Beispielsweise zeigen sich in den Modulplänen vieler Hochschulen schon Fächer wie *Kompetenzen für den Direct Access, wie etwa Red Flag*

Screening (Universität zu Lübeck 2024b) oder *Anthropologische und ethische Grundlagen*, die die notwendigen Fähigkeiten bereitstellen können (OTH Regensburg 2022; TH Rosenheim 2022, HS Osnabrück 2022, 2024). Zudem sollten die Physiotherapeut*innen mit den Patient*innen darüber entscheiden, wie lange und welche Therapie diese erhalten sollten.

7.5 Triangulation der Ergebnisse verschiedener Methoden mit Interpretation

*Die Auswahl zur Anlage des Forschungsprojektes der vorliegenden Arbeit fällt auf das sequenziell vertiefende Mixed-Methods-Design. Daraus resultierend erfolgt eine Triangulation, wobei das Vorgehen in Kapitel 5.3 beschrieben wurde. In diesem Teil der Arbeit geht es um eine Triangulation der Ergebnisse der Fragebögen von 120 in Deutschland arbeitenden Physiotherapeut*innen mit den Ergebnissen der Experteninterviews. Die verwendeten Suchbegriffe aus den Fragebögen werden **hervorgehoben** und direkte Zitate mit Anführungszeichen gekennzeichnet.*

7.5.1 Übereinstimmung von gelehrten Tätigkeiten der Ausbildung mit der beruflichen Realität auf Datenbasis des Online-Fragebogens mit Ergänzung der Experteninterviews

Hier wird in einer kurzen Zusammenfassung das quantitative Ergebnis der Befragung von 120 Berufstätigen in der Physiotherapie aus Kapitel 6.1 mit den qualitativen Aussagen der Experteninterviews aus Kapitel 6.3 ergänzend zueinander wiedergegeben:

- 29 % machen selten oder nie eine schriftliche **Erstbefunderhebung**

Das sagen die befragten Expert*innen:

„Das ist immer ein Dilemma vor allem in der ersten Einheit des Rezeptes. Wenn wir einen guten Befund machen und wissen, worum es bei diesem Menschen geht, bekommt dieser nur eine sehr kurze Behandlung! Legen wir gleich mit einer 20minütigen Behandlung los, muss ich während der Behandlung meinen Befund machen oder notiere ihn nach meiner Arbeitszeit unbezahlt“(siehe Kapitel 6.3.4.2.1).

Die Expert*innen nennen zudem zwei zukünftige Möglichkeiten. Zum einen: Wenn das Krankenkassensystem so bleibt wie es ist, müsste eine Befundposition in den Heilmittelkatalog eingeführt und den Therapierenden dafür 20 Minuten vergütet werden (siehe Kapitel 6.3.2.1.1). Dabei wird auf den Beruf der Ergotherapeuten hingewiesen, welche eine Bezahlung des Befundes politisch erreicht haben. Der Befund wird als derart zentral erachtet, sodass in jedem Fall ein angemessener Rahmen dafür gegeben sein sollte (siehe Kapitel 6.3.2.2). Zum anderen

gehen die Expert*innen davon aus, dass sich das Vergütungssystem der Krankenkassen komplett verändern könnte. Als Beispiel wird eine Bezahlung über die Qualifikation des beruflichen oder akademischen Abschlusses gesprochen, wie auch die Streichung sämtlicher nicht wissenschaftlich bewiesener Leistungen (siehe Kapitel 6.3.2.1.1). Für eine Neubewertung des Berufes wird die Blankoverordnung nur als ein kleiner Zwischenschritt gesehen. Ziel ist eindeutig der Direktzugang (siehe Kapitel 6.3.2.3.2). Die Notwendigkeit einer Anpassung der Ausbildung und Prüfungsordnung an die internationalen Standards wird direkt gefordert. Während die Krankenkassen noch darüber diskutieren, ob ein Befund überhaupt bezahlt werden soll, sprechen die Expert*innen bereits über die Einführung der Diagnostik und Screeningverfahren (siehe Kapitel 6.3.3.2.1), welche für die Autonomie in der Physiotherapie notwendig sind.

Dazu meint eine weitere befragte Person:

„Es muss dringend sichergestellt werden, dass sich die Bedingungen der beruflichen Realität so schnell wie möglich mit der beruflichen und akademischen Ausbildung decken“ (siehe Kapitel 6.3.4.2.2).

- 90 % verfassen selten oder nie eine schriftliche **Therapieplanung** (siehe Kapitel 6.1.7)

Von einer befragten Person wird eine gelingende Physiotherapie-Behandlung mithilfe des PDCA-(Plan-Do-Check-Act)-Zyklus beschrieben. Mit „Plan“ wird das Ausarbeiten eines Therapieplans benannt, jedoch nicht vertieft beschrieben (siehe Kapitel 6.3.4.2.2).

Es lässt sich erkennen, dass die Therapieplanung als ein wesentlicher Bestandteil des Behandlungszyklus genannt wird, jedoch zur Praxis eine Diskrepanz zu erkennen ist.

- 33 % dokumentieren selten oder nie ihre **Behandlungsergebnisse**. Das sagen die befragten Expert*innen:

„Es ist derzeit so geplant, dass ebenso die gesamte Dokumentation (einschließlich der Ergebnisse) in der Behandlungszeit erfolgen sollte, ebenso wie der Befund“ (siehe Kapitel 6.3.4.2.2).

Diese ist eine der Situationen, welche die Physiotherapeut*innen in eine überfordernde Situation aufgrund eines zeitlichen Dilemmas von Befunden, Behandeln und Dokumentieren in nur einem Zeitintervall, bringt.

- 56 % **evaluieren** selten oder nie ihre Behandlungsergebnisse schriftlich. Von einer befragten Person wird eine gelingende Physiotherapie-Behandlung mithilfe des PDCA-(Plan-Do-Check-Act)-Zyklus beschrieben. Mit „Check“ wird das Anpassen, also die Evaluation der Therapiestrategie genannt. Außerdem wird betont, dass der Behandlungsfortschritt in jeder Einheit zu dokumentieren ist (siehe Kapitel 7.3.4.2.2).

- 67 % der befragten arbeitenden Physiotherapeut*innen fertigen selten oder nie einen schriftlichen **Abschlussbefund** an.
Die befragten Expert*innen sprechen den Abschlussbefund im Speziellen nicht an.

Aus dem Gespräch mit den Expert*innen ergeben sich keine neuen Erkenntnisse zum Abschlussbefund.

Jedoch resultieren aus den Fragebögen 459 Gründe (mit erlaubter Mehrfachnennung) für das Weglassen einzelner beruflicher Tätigkeiten in folgender Aufteilung, wie in Kapitel 6.1 beschrieben:

- Keine dafür vorgesehene Zeit (244mal)
- Sonstiges (70mal)
- Keine Vergütung (63mal)
- Kein Teil der Verordnung (46mal)
- Unnötig (30mal)
- Kein Bestandteil der Ausbildung (6mal).

Es folgt eine paraphrasierte Zusammenstellung von Auszügen der qualitativen Experteninterviews aus Kapitel 6.3, welche Antworten zu den soeben genannten Schwierigkeiten in der beruflichen Realität enthalten:

Die Expert*innen monieren das Fehlen einer gesonderten Befundposition im Heilmittelkatalog mit extra Zeiteinheit. Hinsichtlich der Leistungen der Krankenkassen mit der beruflichen Realität wird über Nachverhandlungen gesprochen, wobei aufgrund der als „extrem verfahren“ wahrgenommenen Situation eine komplette Systemänderung mehrfach in Erwägung angesprochen wurde (siehe Kapitel 6.3.2.1). Ebenso werden in diesem Zug die Zertifikatspositionen erwähnt:

„Auch die Frage mit den Zertifikaten wäre neu zu klären! Inwieweit sind diese noch nötig? Die Zertifikate sind aus der Zeit, in der die zweijährige Ausbildung üblich war. Das ist schon ca. 20 Jahre her! Aber heute lernen die Schüler mehr, denn sie haben jetzt 3 Jahre Zeit. Es sind auch ca. 100 Stunden manuelle Therapie im Lehrplan vorgesehen, welche später nochmal als Fortbildung besucht und zertifiziert werden müssen! Das ist eigentlich doppelt und kostet dazu noch mal Geld und Zeit. Zusätzlich bekommen

die Schüler ja ohne dieses Zertifikat ihre Arbeit nicht vergütet, obwohl wir es Ihnen schon 100 Stunden lernen“ (siehe Kapitel 6.3.4.2.1)!

Die Antworten der Expert*innen, welche in der Rubrik „**Sonstiges**“ die Ergebnisse der 120 befragten Therapierenden ergänzen, enthalten Hinweise auf eine mangelnde Passgenauigkeit nationaler Rahmenbedingungen, welche zum Zeitpunkt der Befragung vom 14.01.2019 bis zum 24.01.2019 vorliegend war. Diese könnten sich auf die Heilmittelrichtlinien (§ 3 HeilM-RL), das Sozialgesetzbuch (§ 30 SGB VII) oder auf das Heilpraktikergesetz von 1939 beziehen (siehe Kapitel 2.3). Das bedeutet, dass Therapierende nur die ausgeführten Leistungen des Heilmittelkataloges für eine Preispauschale und eine vorgegebene Zeit vergütet bekommen (Verband der Ersatzkassen 2021, S.1–8), wobei auf Grundlage des § 30 SGB VII, des § 3 HeilM-RL und des HeilprG eine Verordnung eines Arztes oder einer Ärztin vorliegen muss. Zusätzlich kann im Heilmittelkatalog noch keine Befundposition gefunden werden. Auch zeigten sich schon in Kapitel 2.3 widersprüchliche Verbindungen zwischen den ethischen Prinzipien (Ethische Prinzipien WCPT 2015, S.3; World Physiotherapy 2022, S.2) und den bioethischen Grundprinzipien (Iseron 1999, S.39–64; Beauchamp und Childress 2019) der Physiotherapie mit den nationalen Gesetzen und Richtlinien auf (Westerholt 2004, S.109–110; Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1939; Alt und Doepp 2015, S.8–60).

Auf der beschriebenen Grundlage bestätigt sich die Vermutung, dass die vollen Potenziale der beruflichen und folglich auch der akademisch ausgebildeten physiotherapeutischen Kollegen nicht vollständig genutzt werden können. Möglicherweise erweist sich die Aufnahme einer Befundposition in den Heilmittelkatalog als hilfreich sowie eine Festlegung von Standards mit den darauf aufgebauten Bedingungen an Zeiteinheit und Bezahlung, welche im Alltag für die Physiotherapeut*innen besser umsetzbar sind. Im Kern stellt sich jedoch die Frage, wie die akademisierten Physiotherapeut*innen ihr zusätzliches Potenzial (Fähigkeiten) im Rahmen der Professionalisierung entfalten können. Die in der vorliegenden Arbeit herausgearbeiteten Entwicklungspotenziale werden an späterer Stelle als Schlussfolgerungen in Kapitel 7.6 dargestellt.

7.5.2 Bedeutung der Profession auf Datenbasis des Online-Fragebogens mit Ergänzung der Experteninterviews

Während die befragten 120 in Deutschland arbeitenden Physiotherapeut*innen einige der Merkmale der Profession nach Zalpour (2008) kaum oder gar nicht erwähnen (siehe Kapitel 6.2.1), nennen die Expert*innen Beiträge zu allen Merkmalen (siehe Kapitel 6.3). Zuerst soll noch einmal auf die wenig genannten Merkmale der 120 befragten Therapierenden eingegangen werden, wobei die Anzahl der Nennungen in den Klammern dahintersteht. Diese werden anschließend mit den Vorschlägen der Experten ergänzt:

- **Berufsorganisation und Disziplinargewalt (1)**

Dazu gibt es lediglich eine Antwort. Diese beinhaltet, dass die Physiotherapie als Profession eine größere Lobby und mehr Gelder vom Staat bekommen sollte.

Dazu sagt ein / eine Expert*in:

„Es braucht unbedingt eine starke einheitliche berufsständische Vertretung oder besser, eine Disziplinargewalt. Wesentlich ist zukünftig eine Forcierung der Kräfte, wenn möglich sogar in einer Kammer“ (siehe Kapitel 6.3.1.1).

- **Beruflicher Aufstieg (0)**

Dazu gibt es keine formulierten Antworten in den Online-Fragebögen.

Dazu sagen die Expert*innen:

„Die Frage ist: Was funktioniert in anderen Ländern gut, und wie können wir dies zukünftig auch erreichen? Diese Entwicklung kann dann in einen beruflichen Aufstieg münden. Die Situation in Norwegen soll als Beispiel dienen. Physiotherapeuten mit Masterabschluss dürfen dort bei Erkrankungen des Bewegungsapparates bis zu acht Wochen krankschreiben. Zusätzlich dürfen diese Röntgenbilder und Laborbilder anordnen. Es gibt dort eine sehr hohe Berufsautonomie. Interessant ist die Frage, warum die Norweger das machen, wie gut es funktioniert und ob das Modell eine Möglichkeit für Deutschland bietet? Selbstverständlich gilt es, den Vergleich verschieden zu interpretieren und auf nationale Gegebenheiten anzupassen“ (siehe Kapitel 6.3.1.2.1).

- **Standard (1)**

Eine befragte Person schreibt im Online-Fragebogen nieder, dass die Physiotherapie als Profession standardisiert werden soll. Diese geht jedoch nicht näher darauf ein.

Dazu sagt ein(e) Expert*in:

„Was den internationalen Standard angeht, ist Deutschland selbstverständlich hinterher. Das bedeutet natürlich auch, dass verpulvert wird,

kurz gesagt, wird so Humankapital und Effektivität nicht genutzt. Im Umkehrschluss bedeutet das, je mehr Bachelorarbeiten geschrieben werden, umso mehr Erkenntnisse, je mehr Masterarbeiten, umso mehr Promotionen. Selbstverständlich gibt es dann mehr Wissen und Wissenschaft“ (siehe Kapitel 6.3.2.3.2).

An dieser Stelle lässt sich vermuten, dass die beiden befragten Parteien den Begriff „Standard“ nicht im identischen Sinn verwenden. Während befragte Physiotherapeut*innen an mehr Einheitlichkeit im Sinne von Qualität und die Verwendung evidenzbasierter Behandlungsmaßnahmen denken, geht es den Expert*innen um das internationale Niveau. In Anhang D wird auf das unterschiedliche Verständnis in Bezug auf bestimmte Begriffe eingegangen.

- Die Physiotherapie mit eigenem **Kompetenzmonopol** (0)

Auch hierzu gibt es keine Antworten aus den Online-Fragebögen.

Dazu sagen die Expert*innen: *„Ein Beispiel für ein erfülltes Kompetenzmonopol ist der eigene, spezifische Wissensschatz, beispielsweise wie ein Gelenk untersucht wird“* (siehe Kapitel 6.3.1.1).

- Ebenso wird das eigene **Berufsethos /Ethik** (0) im Rahmen der Online-Fragebögen nicht genannt.

Dazu sagen die Expert*innen: *„Außerdem soll sich mit Berufsethik, Forschung und Clinical Reasoning auseinandergesetzt werden“* (siehe Kapitel 6.3.3.2.1).

- **Spezialisierung der Berufsposition** (3)

Einer der 120 Teilnehmenden sieht drei Jahre Ausbildungszeit als zu wenig und zu oberflächlich an. Deshalb sollten Spezialisierungen als Inhalt der Zertifikatsfortbildungen für alle kostenlos und schon im Studium enthalten sein. Es wird erwartet, dass dann alle Physiotherapeuten die gleichen praktischen Voraussetzungen [...] haben und kostenintensive Zertifikatsfortbildungen überflüssig werden. Ein weiterer Teilnehmer schreibt den Begriff der Spezialisierung in der Physiotherapie nieder, geht jedoch nicht näher darauf ein. Außerdem folgt die Nennung des Begriffs Fachrichtungen.

Dazu sagen die Expert*innen:

Eine befragte Person geht darauf ein, dass das Grundwissen als eine fundierte Basis bereitgestellt wird und die Spezialisierung danach erfolgt. *„Zuerst kommt das Grundstudium im Bachelor und dann die Spezialisierung im Master“* (siehe Kapitel 6.3.3.2.1).

Wenn von einer beruflichen Spezialisierung in der Physiotherapie gesprochen wird, fällt wiederholt auf, dass sich die Antworten der interviewten Expert*innen von den Antworten der 120 befragten Physiotherapeut*innen unterscheiden. Die zuletzt genannten verstehen unter dem Begriff „Spezialisierung“ eine in der medizinischen Fachrichtung (Neuro, Innere etc.) oder in den verschiedenen Fortbildungsrichtungen (Bobath oder Manuelle Therapie etc.), während die Expert*innen auf die Fachrichtung mit ihrer jeweiligen Spezialisierung im Bachelor oder Master Bezug nehmen. Die Expert*innen nennen zudem als ein Zeichen der Profession eine vollständige Qualifikationsbasis (siehe Kapitel 6.3.1.1).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Akademisierung, welche die Basis für Forschung an Hochschulen und an Universitäten bietet, zur Klärung solcher Fragen erforderlich.

7.6 Schlussfolgerungen

Es ergeben sich acht Schlussfolgerungen resultierend aus dem Ergebnissteil (Kapitel 6) und der durchgeführten Diskussion und Interpretation (Kapitel 7.1 bis 7.5), welche Hinweise dazu liefern, wie die Entwicklungspotentiale der Physiotherapie zukünftig besser ausgeschöpft werden können.

1. Die Physiotherapie sollte ganzheitlich als physiotherapeutische Realität (PTR) betrachtet werden (Kapitel 7.1).

Darauf lässt sich direkt eine weitere Forderung aufbauen (siehe Kapitel 7.1):

2. Basierend auf ihrer PTR sollte die Physiotherapie als eine eigene wissenschaftliche Disziplin anerkannt werden.

Um auf den Bereich Disziplinbildung nach Stichweh (1984) zurückzukommen, kann die Physiotherapie in dieser Form komplexe Probleme ihres Gegenstandsbereiches analysieren und aus sich selbst Lösungen generieren. Die Ansiedlung der Physiotherapie an Universitäten erscheint den befragten Expert*innen sinnvoll. Ebenso wird ein durchgängiger Bildungsweg bis hin zur Promotion gefordert (siehe Kapitel 6.3.1.1). Daraus lässt sich ableiten, dass die Physiotherapie hervorragend ausgebildetes Lehrpersonal benötigt, um qualitativ hochwertigste Forschung durchführen zu können. Somit bedarf es der Forderung resultierend aus Kapitel 7.4.1:

3. Promotionsmöglichkeiten an Hochschulen und Universitäten für Physiotherapeut*innen in der eigenen wissenschaftlichen Disziplin.

Des Weiteren zeigen die Ergebnisse der durchgeführten Studie in Kapitel 6.1.7, dass 95,9 % der 120 befragten in Deutschland arbeitenden Physiotherapeut*innen den Basistätigkeiten wie eigenständige Befunderhebung, Planung der Therapie, Durchführung geeigneter Maßnahmen, Dokumentation und Evaluation der Behandlungsergebnisse „selten oder nie“ nachkommen (Berufsordnung 2019, S.7; Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2013, S.3-4). Die Schlussfolgerung lautet daher:

4. Es bedarf einer Festlegung von Standards.

Auch zeigt der internationale Vergleich (siehe Kapitel 2.1.2 mit Kapitel 2.4.3.4), dass es Länder gibt, in denen Physiotherapeut*innen längst Tätigkeiten in einem erweiterten beruflichen Rahmen übernehmen, um den Anforderungen einer optimalen Patientenversorgung gerechter werden zu können (siehe Kapitel 7.4.2). Dazu gehören etwa das Stellen von Diagnosen, die freie Auswahl an Maßnahmen, die Verordnung von Medikamenten und Hilfsmitteln sowie das Veranlassen von Krankschreibungen und Röntgenbildern (World Physiotherapy 2019, S.1-3; Lehne 2014, S.441-446; Department of health 2008; Weeber 2017, S. 5-73; Kammel 2005, S.56-58).

5. Somit lautet die Forderung, dass das berufliche Spektrum der Physiotherapie im Rahmen einer optimalen Patientenversorgung erweitert werden sollte (siehe Kapitel 7.4.4).

Die folgende Forderung geht einher mit der Notwendigkeit der Anpassung gesetzlicher nationaler Rahmenbedingungen (Kapitel 2.3), welche sich derzeit mit den internationalen ethischen Prinzipien Nr. 2 (Ethische Prinzipien WCPT 2015, S.3) und Nr. 3 (Ethische Prinzipien WCPT 2015, S.3; World Physiotherapy 2022, S.2) nur im sehr reduzierten Umfang umsetzbar zeigen (Westerholt 2004, S.109–110).

6. Der nationale gesetzliche Rahmen sowie die damit verbundenen Richtlinien sollen sich mit den internationalen ethischen Prinzipien der Physiotherapie vereinbaren lassen.

An dieser Stelle lässt sich das Ergebnis aus Kapitel 6.1.7 anfügen, dass 98,33% der 120 befragten Physiotherapeut*innen im Zentrum der Physiotherapie als Profession die optimale Patientenversorgung sehen. Dies führt zur Forderung nach Mitsprache bei der Aufnahme von physiotherapeutischen Heilmitteln in den Heilmittelkatalog, was im G-BA verhandelt wird (siehe Kapitel 2.2.1). Es konnte festgestellt werden, dass die Physiotherapie keine eigene Vertretung aufweisen kann, sondern lediglich ein Anhörungsrecht hat (Borgetto und Siegel 2009, S.332; Galert 2016, S.52-53). Daraus resultiert die Forderung:

7. Die Physiotherapeut*innen sollten zukünftig die Bedingungen und Heilmittel selbst bestimmen können, welche ihnen eine optimale Patientenversorgung ermöglichen.

Die letzte Schlussfolgerung basiert auf dem Kapitel 7.4.3.2 in Kombination mit Alt und Doepp (2015, S.8–60):

8. Der Direktzugang mit vollständiger Autonomie sollte in der Physiotherapie eingeführt werden, um nicht weiterhin dafür in den Heilpraktikerberuf wechseln zu müssen.

8. Ausblick

Durch das vorgestellte dreidimensionale Pyramidenmodell der physiotherapeutischen Realität kann die Physiotherapie ganzheitlich betrachtet werden (siehe Kapitel 7.1). Dies könnte einen Einfluss darauf nehmen, die Physiotherapie in Deutschland aber auch international in ihrer relativ jungen wissenschaftlichen Disziplin voranzubringen. Zudem lässt sich vermuten, dass sich das Pyramidenmodell ebenso auf andere Berufe übertragen lässt. Dies würde in einem weiteren Schritt zur Validierung des Modells beitragen. Die so gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse können in Entscheidungsfindungen einfließen und so zu einem Mehrwert für alle Beteiligten, auch für die Gesellschaft führen. An dieser Stelle sollte noch die relativ geringe Anzahl an Interviewpartnern (n=6) Beachtung finden, welche im Kontext der anspruchsvollen Auswahlkriterien zustande kam (siehe Tabelle 4.1 und Tabelle 4.2). Durch deren hohe Expertise antworteten diese jedoch detailliert und mit einem immensen Informationsgehalt, was für das Gelingen der empirischen Analyse maßgebend war (siehe Kapitel 6.1 bis 6.3). Anschließende Arbeiten könnten hier weiter ansetzen und Daten in großer Breite erheben.

Wenn der bestehenden internationalen Forderung nach Direktzugang mit vollständiger Autonomie nachgekommen werden soll (Ethische Prinzipien WCPT 2015, S.2-3; World Physiotherapy 2019, S.2; World Physiotherapy 2022, S.2), sind in der Physiotherapie in Deutschland der generelle Erwerb von Fähigkeiten im Bereich Diagnostik und vertiefte Kenntnisse in Berufsethik, Forschung und Clinical Reasoning nötig (siehe Kapitel 7.4.2). Es ist zu erkennen, dass einige der akademisierten Physiotherapeut*innen in Deutschland diese notwendigen Fähigkeiten längst erworben haben. Beispielsweise zeigen sich in den Modulplänen einiger Hochschulen Fächer wie Kompetenzen für den Direct Access oder anthropologische und ethische Grundlagen, die die notwendigen Fähigkeiten bereitstellen könnten (OTH Regensburg 2022; TH Rosenheim 2022, HS Osnabrück 2022, 2024; Universität zu Lübeck 2024). Welche Module in welchem zeitlichen Rahmen zur rechtlichen Eröffnung eines Direktzuges und autonomen Handeln führen, wäre Inhalt für eine weitere Studie und weist auf die Dringlichkeit der Forschung hin.

Eine mehrstufige Problematik basiert auf dem Widerspruch der bestehenden nationalen Gesetzgebungen, ausgearbeitet in Kapitel 2.3, in Kombination mit den internationalen ethischen Prinzipien der Physiotherapie (Ethische Prinzipien WCPT 2015, S.2-3; Wester-

holt 2004, S.109–110). Es lässt sich zudem in Ansätzen vermuten, dass sich bei den aktuellen Arbeitsbedingungen der Physiotherapeut*innen in Deutschland bereits auf Systemebene ethische Dilemmata nach Beauchamp und Childress (2019) anbahnen (siehe Kapitel 2.3.5). Eine Anschlussforschung zu diesem Thema würde dazu Gewissheit bringen.

Nach den empirischen Analysen der vorliegenden Arbeit ist bekannt, dass für die Stichprobe von 120 in Deutschland arbeitenden Physiotherapeut*innen eine optimale Patientenversorgung im Zentrum ihrer Profession steht (siehe Kapitel 6.2.3). Zudem fordern die Physiotherapeut*innen diese mit der freien Wahl aller zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ein (siehe Kapitel 6.1.7), indem 98,33 % im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung gerne ihr gesamtes Wissen und Können einsetzen und geeignete Maßnahmen aus mehreren Therapiearten im Sinne der Patient*innen kombinieren wollen. Ein internationaler Vergleich zeigt auf (siehe Kapitel 2.1.2 und 2.4.3), dass es Länder gibt, in denen Physiotherapeut*innen längst Tätigkeiten in einem erweiterten physiotherapeutischen beruflichen Spektrum erfüllen (Lehne 2014; Department of health 2008; Weeber 2017), was auch auf ein durchgängiges Bildungssystem bis hin zur Promotion an Universitäten zurückzuführen ist (siehe Kapitel 7.4.3.2).

Dazu gehören beispielsweise

- der Direktzugang,
- das Stellen von Diagnosen,
- die Freie Auswahl an Art und Anzahl der Therapiemaßnahmen,
- die Verordnung von Hilfsmitteln,
- die Verordnung von Medikamenten,
- die Veranlassung von Krankschreibungen sowie
- die Veranlassung von Röntgenbildern (Lehne 2014; Department of health 2008; Weeber 2017).

Auch für die Physiotherapie in Deutschland wird diese Autonomie gefordert. Dies dient keinesfalls einem Selbstzweck, sondern soll den Patient*innen eine optimale Versorgung sichern und somit der Gesellschaft als Mehrwert dienen. Es hat sich schon gezeigt, dass

die Physiotherapie – frühzeitig angewendet– nebenwirkungsreiche und riskante medizinische Weiterbehandlungen abzuwenden vermag (Daker-White et. al. 1999; Ojha et al. 2014, S.14-30; Department of health 2008).

Besonders von Bedeutung scheint dafür die Fragestellung zu sein, wie viele Stunden und welche fachlichen Inhalte des Studiums, beleuchtet von pädagogischer, aber auch rechtlicher Seite nötig sind, um im erweiterten physiotherapeutischen beruflichen Spektrum tätig sein zu können und von rechtlicher Seite auch zu dürfen.

Als Bindeglied zwischen Praxis und Hochschulen oder Universitäten scheint die Einführung von Instituten der Physiotherapie zielführend. Vorstellbar sind der Art nach akademische Lehr- und Forschungspraxen, wie sie beispielsweise im Bereich der hausärztlichen Versorgung in Verbindung mit der TU München bestehen (TU München 2023) sowie an der Hochschule Osnabrück im Bereich Physiotherapie (HS Osnabrück 2024).

Eine Übertragung des im Rahmen der vorliegenden Arbeit entwickelten dreidimensionalen Pyramidenmodells (siehe Kapitel 7.1) ist auch auf andere Berufsgruppen zur unterstützenden Ausarbeitung deren eigener wissenschaftlicher Disziplinen denkbar, ebenso wie eine Anwendung auf internationaler Ebene. Zudem wurde in der vorliegenden Arbeit begonnen, das Potenzial der Physiotherapie von vier Ländern zu beleuchten (siehe Kapitel 2.1.2), was zu einem umfassenden, gemeinsamen internationalen Entwicklungspotenzial der Physiotherapie ausgebaut werden könnte.

9. Zusammenfassung

Fragestellung

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit lautet: Wie gestalten sich die Entwicklungsmöglichkeiten der Physiotherapie am Beispiel von Deutschland? Diese resultiert aus einem Forschungsinteresse hinsichtlich zweier Blickrichtungen. Ein empirisches zur Umsetzbarkeit der physiotherapeutischen Tätigkeiten im beruflichen Alltag sowie zur Bedeutung der Physiotherapie als Profession. Zudem soll eine Beschreibung der physiotherapeutischen Realität in ihrer Ganzheitlichkeit vorgenommen werden. Die zweite Blickrichtung fokussiert den theoretischen Rahmen der Physiotherapie.

Material und Methoden

Das verwendete Mixed-Methods-Design gibt in seinem Fragebogen Auskunft über die Umsetzbarkeit der physiotherapeutischen Tätigkeiten im beruflichen Alltag. Dafür werden 120 in Deutschland arbeitende Physiotherapeut*innen befragt, welche in der Erhebung zusätzlich zur Bedeutung der Physiotherapie als Profession Auskunft geben. Sechs Experteninterviews vervollständigen den Datensatz und tragen zur gesamtheitlichen Darstellung der physiotherapeutischen Realität in Deutschland bei.

Ergebnisse

Die Ergebnisse des Surveys zeigen viele unausgeschöpfte Potenziale im beruflichen Alltag sowie eine enge Sicht auf die Vorstellung der Profession. Die Antworten der befragten Expert*innen bestätigen: Die Physiotherapie ist ein hochkomplexes Gebiet. Mithilfe eines in der Arbeit hergeleiteten Modells kristallisieren sich vielfältige Entwicklungsmöglichkeiten auf dem Gebiet der Physiotherapie in Deutschland heraus.

Diskussion

Aus den Fragebögen resultieren Schlussfolgerungen, welche sich einer zukünftigen Entwicklung der Physiotherapie dienlich zeigen. Durch das im Laufe der Arbeit weiterentwickelte dreidimensionale Pyramidenmodell der physiotherapeutischen Realität kann die Physiotherapie ganzheitlich betrachtet werden. Eine Übertragung des entwickelten Modells auf andere Berufsgruppen ist denkbar, ebenso wie eine Anwendung auf internationaler Ebene.

10. Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Beschreibung
Abs.	Absatz
AprO	Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Krankengymnasten
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BFSO HeilB	Berufsfachschulordnung nichtärztliche Heilberufe
BGB	Bundesgesetzbuch
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPS-Modell	Bio-Psycho-Soziales-Modell
DA	Direct Access; Direkter Zugang zum Physiotherapeuten
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
FCP	First Contact Practitioner
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GesinE	Europäische Vergleichsstudie zur Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen
GG	Grundgesetz
ggf.	Gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GVWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
HeilM-RL	Heilmittelrichtlinien
HeilprG	Heilpraktikergesetz
HVG	Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe
HWS	Halswirbelsäule
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KG-ZNS	Krankengymnastik zentrales Nervensystem
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
LWS	Lendenwirbelsäule

MCT	Movement Continuum Theory of Physical Therapy
ML	Manuelle Lymphdrainage
MPhG	Masseur- und Physiotherapeutengesetz
MPTR	Modell der physiotherapeutischen Realität
OMT	Orthopädische Manuelle Therapie
PDCA	Plan-Do-Check-Act
PhysTh- APrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten
PNF	Propriozeptive Neuromuskuläre Facilitation
PTR	Physiotherapeutische Realität
RKS	Reguläres Kategoriensystem
SGB	Sozialgesetzbuch
u. a.	Unter anderem
Vdek	Verband der Ersatzkassen
WCPT	World Confederation for Physical Therapy
ZFK	Zusammenhänge fokussierendes Kategoriensystem

11. Abbildungsverzeichnis

ABB. 2.1: DAS NEUE DENKMODELL IN SEINER DARSTELLUNG (HÜTER-BECKER 2006, S.4).....	51
ABB. 2.2: THE MOVEMENT CONTINUUM THEORY OF PHYSICAL THERAPY (COTT ET AL. 1995, S.90).....	53
ABB. 2.3: DAS PROFESSIONELLE PARADIGMA MIT SEINEN KERNBEGRIFFEN FORSCHUNG, BILDUNG UND PRAXIS NACH TÖRNEBOHM (1985) MIT VEREINFACHTER DARSTELLUNG, ENTNOMMEN AUS NORONEN UND WIKSTRÖM-GROTELL 1999, S.181.....	55
ABB. 2.4: DAS PROFESSIONELLE PARADIGMA MIT SEINEN KERNBEGRIFFEN FORSCHUNG, BILDUNG UND PRAXIS NACH TÖRNEBOHM (1985) MIT VEREINFACHTER DARSTELLUNG, ENTNOMMEN AUS NORONEN UND WIKSTRÖM-GROTELL (1999, S.181) UND ERGÄNZT UM DEN EBENENBEREICH INSTITUTIONEN (INSTITUTIONS), WELCHER DIE RECHTLICHEN RAHMENBEDINGUNGEN (LEGAL FRAMEWORK) ENTHÄLT	57
ABB. 5.1: DAS REGULÄRE KATEGORIENSYSTEM	83
ABB. 5.2: EIN BEISPIELHAFT AUSGEWÄHLTES SEGMENT, WELCHES ZWEI SINNEINHEITEN ENTHÄLT UND MIT SEINER ERSTEN SINNEINHEIT DER EBENE 3 INSTITUTIONEN UND POLITIK, DER SUBKATEGORIE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG, ZUGEORNET WIRD.....	84
ABB. 5.3: DIE ZWEITE SINNEINHEIT BEZÜGLICH DER AUSWIRKUNGEN AUF EBENE 2 BILDUNG UND LEHRE	84
ABB. 5.4: DAS REGULÄRE KATEGORIENSYSTEM (GELB, BLAU, ORANGE, GRÜN) IN GEGENÜBERSTELLUNG MIT DEM ZUSAMMENHÄNGE FOKUSSIERENDEN KATEGORIENSYSTEM (SCHWARZ)	85
ABB. 5.5: DIE ANTWORTHÄUFIGKEIT DER SECHS EXPERT*INNEN (A, B, C, D, E, F) ZU DEN VIER EBENEN DES REGULÄREN KATEGORIENSYSTEMS	89
ABB. 5.6: DIE ANTWORTHÄUFIGKEITEN DER SECHS EXPERT*INNEN (A, B, C, D, E, F) ZU DEN VIER EBENEN DES ZUSAMMENHÄNGE FOKUSSIERENDEN KATEGORIENSYSTEMS, NACHDEM EINE ERSTZUORDNUNG IM REGULÄREN KATEGORIENSYSTEM ERFOLGT IST	89
ABB. 6.1: GRAFIK FÜR DIE ANZAHL DER SCHRIFTLICHEN BEFINDERHEBUNG DER 120 BEFRAGTEN PHYSIOTHERAPEUT*INNEN, ZUSAMMENGEFASST IN DER ZUORDNUNG „IMMER ODER FAST IMMER“ UND „SELTEN ODER NIE“ MIT BEGRÜNDUNG.....	92
ABB. 6.2: GRAFIK FÜR DIE ANZAHL ZUR ERSTELLUNG EINES SCHRIFTLICHEN BEHANDLUNGSPLANS DER 120 BEFRAGTEN PHYSIOTHERAPEUT*INNEN, ZUSAMMENGEFASST IN DER ZUORDNUNG „IMMER ODER FAST IMMER“ UND „SELTEN ODER NIE“ MIT BEGRÜNDUNG	93
ABB. 6.3: GRAFIK ZUR ANZAHL DER SCHRIFTLICHEN BEHANDLUNGSDOKUMENTATION DER 120 BEFRAGTEN PHYSIOTHERAPEUT*INNEN, ZUSAMMENGEFASST IN DER ZUORDNUNG „IMMER ODER FAST IMMER“ UND „SELTEN ODER NIE“ MIT BEGRÜNDUNG	94
ABB. 6.4: GRAFIK ZUR ANZAHL DER ERSTELLUNG EINER SCHRIFTLICHEN EVALUATION DER 120 BEFRAGTEN PHYSIOTHERAPEUT*INNEN, ZUSAMMENGEFASST IN DER ZUORDNUNG „IMMER ODER FAST IMMER“ UND „SELTEN ODER NIE“ MIT BEGRÜNDUNG	95
ABB. 6.5: GRAFIK ZUR ANZAHL DER ERSTELLUNG EINES SCHRIFTLICHEN ABSCHLUSSBEFUNDES DER 120 BEFRAGTEN PHYSIOTHERAPEUT*INNEN, ZUSAMMENGEFASST IN DER ZUORDNUNG „IMMER ODER FAST IMMER“ UND „SELTEN ODER NIE“ MIT BEGRÜNDUNG	96
ABB. 6.6: GRAFIK ZUR ANZAHL VON „SCHULUNG UND BERATUNG“ DER 120 BEFRAGTEN PHYSIOTHERAPEUT*INNEN ZUSAMMENGEFASST IN DER ZUORDNUNG „IMMER ODER FAST IMMER“ UND „SELTEN ODER NIE“	97
ABB. 6.7: ALS DEDUKTIVES KATEGORIENSYSTEM WERDEN DIE MERKMALE NACH ZALPOUR (2008, S.105) FÜR DIE AUSWERTUNG VERWENDET. ES FOLGT EINE ANZAHL DER NENNUNGEN DER BEFRAGTEN PHYSIOTHERAPEUT*INNEN AM RECHTEN BILDRAND.....	100
ABB. 6.8: DAS KATEGORIENSYSTEM ZUR BEDEUTUNG DER PHYSIOTHERAPIE ALS PROFESSION MIT INDUKTIVEN KATEGORIEN UND NICHT AUSWERTBAREN ANTWORTEN	104
ABB. 6.9: MERKMALE NACH DER GENANNTEN HÄUFIGKEIT DER BEFRAGTEN PHYSIOTHERAPEUT*INNEN ZUR BEDEUTUNG DER PHYSIOTHERAPIE ALS PROFESSION AUS INDUKTIVEN UND DEDUKTIVEN KATEGORIEN.....	108
ABB. 6.10: DAS REGULÄRE KATEGORIENSYSTEM MIT DEN ANGELEGTE SUBKATEGORIEN	109
ABB. 6.11: DIE VIERTE EBENE DES MODELLS DER PHYSIOTHERAPEUTISCHEN REALITÄT (MPTR) IM REGULÄREN KATEGORIENSYSTEM MIT SEINEN SUBKATEGORIEN	110
ABB. 6.12: DIE DRITTE EBENE DES MODELLS DER PHYSIOTHERAPEUTISCHEN REALITÄT (MPTR) ALS REGULÄRES KATEGORIENSYSTEM MIT SEINEN SUBKATEGORIEN	115
ABB. 6.13: DIE ZWEITE EBENE DES MODELLS DER PHYSIOTHERAPEUTISCHEN REALITÄT (MPTR) ALS REGULÄRES KATEGORIENSYSTEM MIT SEINEN SUBKATEGORIEN	122
ABB. 6.14: DIE ERSTE EBENE DES MODELLS DER PHYSIOTHERAPEUTISCHEN REALITÄT (MPTR) ALS REGULÄRES KATEGORIENSYSTEM MIT SEINEN SUBKATEGORIEN	128

ABB. 6.15: DIE HÄUFIGKEIT DER CODIERTEN SEGMENTE EINZELNER EXPERT*INNEN (A, B, C, D, E, F) IN JEDER EBENE DES REGULÄREN KATEGORIENSYSTEMS	133
ABB. 6.16: DAS ERSTE SEGMENT, WELCHES MIT DREI WEITEREN EBENEN IN VERBINDUNG STEHT	135
ABB. 6.17: DAS ZWEITE SEGMENT, WELCHES MIT DREI WEITEREN EBENEN IN VERBINDUNG STEHT.....	136
ABB. 6.18: DIE WEITEREN CODEKONFIGURATIONEN IM ZUSAMMENHÄNGE FOKUSSIERENDEN KATEGORIENSYSTEM MIT VERVOLLSTÄNDIGUNG DER LEGENDE IN ABB. 6.19	137
ABB. 6.19: DIE LEGENDE ZU ABB. 6.18.....	138
ABB. 6.20: DIE VERBINDUNG DER EINZELNEN EBENEN DES REGULÄREN KATEGORIENSYSTEMS (RKS) MIT DEN WEITEREN EBENEN DES ZUSAMMENHÄNGE FOKUSSIERENDEN KATEGORIENSYSTEMS (ZFK) (ANZAHL CODES 1 BIS 4). LEGENDE SIEHE TABELLE 6.4.....	139
ABB. 7.1: DAS DREIDIMENSIONALE PYRAMIDENMODELL DER PHYSIOTHERAPEUTISCHEN REALITÄT. JE NACH FOKUS LIEGT EIN ANDERER EBENENBEREICH ALS ECKPUNKT AN DER SPITZE (IM ZENTRUM) DES TETRAEDERS. JEDOCH BLEIBEN DIE VERBINDUNGEN ZWISCHEN ALLEN ECKPUNKTEN (DARGESTELLT ALS DIE WEITEREN ECKPUNKTE DER PYRAMIDE) IMMER BESTEHEN	143
ABB. 12.1: AUSBILDUNGSRORTE DER UMFRAGETEILNEHMENDEN	196

12. Tabellenverzeichnis

TABELLE 2.1: BERUFLICHES SPEKTRUM DER PHYSIOTHERAPIE IM VERGLEICH MIT FOLGENDEN LÄNDERN UNTER VERWENDUNG DER KENNZEICHEN: AUSTRALIEN (AU), ENGLAND (E), VEREINIGTE STAATEN VON AMERIKA (USA), NORWEGEN (NO) MIT OMT-ABSCHLUSS RESULTIEREND AUS DEM KAPITEL 2.1.2.....	25
TABELLE 2.2: DAS BERUFLICHE SPEKTRUM DER PHYSIOTHERAPIE IN DEUTSCHLAND (D) IM VERGLEICH MIT DEM DER FOLGENDEN LÄNDERN UNTER VERWENDUNG DER KENNZEICHEN: AUSTRALIEN (AU), ENGLAND (E), VEREINIGTE STAATEN VON AMERIKA (USA), NORWEGEN (NO) MIT OMT-ABSCHLUSS BASIEREND AUF DEN KAPITELN 2.1.2 UND 2.4.....	44
TABELLE 2.3: VERSCHIEDENE ABSCHLUSSARTEN DER BERUFSGRUPPE DER PHYSIOTHERAPIE IN DEUTSCHLAND (D) IM VERGLEICH MIT FOLGENDEN LÄNDERN UNTER VERWENDUNG DER KENNZEICHEN: AUSTRALIEN (AU), ENGLAND (E), VEREINIGTE STAATEN VON AMERIKA (USA), NORWEGEN (NO) BASIEREND AUF DEN KAPITELN 2.1.2 UND 2.4.....	45
TABELLE 4.1: DIE VERBINDUNG DER EBENEN DES MODELLS MIT DEN KOMPETENZBEREICHEN DER EXPERT*INNEN UND DEN FRAGEN IM LEITFADENGESTÜTZTEN EXPERTENINTERVIEW.....	76
TABELLE 4.2: ZUORDNUNG DER EXPERT*INNEN NACH KOMPETENZBEREICHEN, DIE AUS DEN VIER EBENEN RESULTIEREN	77
TABELLE 6.1: ORIGINALANTWORTEN ZUR KATEGORIE WEITERENTWICKLUNG DES BERUFES.....	106
TABELLE 6.2: DIE ABBILDUNG IM GELBEN KASTEN ZEIGT, DASS 44 SEGMENTE IN DEN EINZELNEN EBENEN DES REGULÄREN KATEGORIENSYSTEMS (RKS) KEINER WEITEREN EBENE ZUGEORDNET SIND.....	134
TABELLE 6.3: DIE KONFIGURATION DER 102 ÜBRIGEN SEGMENTE IM ZUSAMMENHÄNGE FOKUSSIERENDEN KATEGORIENSYSTEM (ZFK) MIT DER ANZAHL CODES 1 BIS 3.....	135
TABELLE 6.4: DIE LEGENDE ZU ABB. 6.20	140

13. Literaturverzeichnis

Alt, D. B.; Doepp, K.-W. (2015): Heilpraktiker für Physiotherapie. Der kompakte und verständliche Ratgeber zu den wichtigen praktischen und rechtlichen Themen. 2. Aufl. Aachen: Mainz.

Anger, G. (2006): Berufsordnung: Herz der Physiotherapie. In: *Physiopraxis* 4 (03), S.10. DOI: 10.1055/s-0032-1307949.

APTA (2022): Levels of Patient Access to Physical Therapists Services in the U.S. Online verfügbar unter <https://www.apta.org/advocacy/issues/direct-access-advocacy/direct-access-by-state>, zuletzt geprüft am 31.03.2025.

Australian Physiotherapy Association (2011): Standards for physiotherapy practices. Online verfügbar unter https://australian.physio/sites/default/files/tools/Resources_Private_Practice_Standards_for_physiotherapy_practices_2011.pdf, zuletzt geprüft am 31.03.2025.

Austrup, M.; Hoffmann-Kruse, D. (2019): Warum wir eine Therapeutenkammer brauchen. Dauerhafter, verbindlicher Einfluss – unabhängig und frei. In: *pt Zeitschrift für Physiotherapeuten* 71 (09), S.29–32.

Baeumer, F. (2007): „Wie viel Professionalisierung müsste es denn sein?“. Fragebogenuntersuchung: Einschätzungen und Meinungsbild zur Professionalisierung in der Physiotherapie - eine Fragebogenuntersuchung. In: *pt Zeitschrift für Physiotherapeuten* 59 (2), S.2–10.

Ballnus, R. (2019): Schweden: Praxisanleitung interprofessionell. In: *Heilberufe* 71 (10). S.58-60. DOI:10.1007/s 00058-019-0141-x.

Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2013): Lehrplan für die Berufsfachschulen für Physiotherapie. Theoretischer und fachpraktischer Unterricht 1. - 3. Schuljahr. Online verfügbar unter https://www.isb.bayern.de/fileadmin/user_upload/Berufliche_Schulen/Berufsfachschule/Lehrplan/bfs_lp_physiotherapie.pdf, zuletzt geprüft am 31.03.2025.

Beauchamp, T. L.; Childress, J. F. (2019): Principles of biomedical ethics. 8. Aufl. New York, Oxford: Oxford University Press.

Berufsordnung (2019): Berufsordnung für Physiotherapeuten. Online verfügbar unter https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/ZVK-Verband-Berufsordnung-A5-2019-Aufl03-RZ-web.pdf, zuletzt geprüft am 31.03.2025.

Berufsordnung des Schweizer Physiotherapie Verbandes (2022): Online verfügbar unter https://physioswiss.ch/gr/wp-content/uploads/sites/9/160509_d_berufsordnung_v-160423_logo.pdf, zuletzt geprüft am 04.04.2025.

Beyerlein, C. (2004): Berufsverband der USA. In: *physiopraxis* 2 (03), S.8–9. DOI: 10.1055/s-0032-1307697.

Beyerlein, C.; Stieger, A.; Wietersheim, J. (2011): Direktzugang in der Physiotherapie – Welche Faktoren beeinflussen die Einstellung zum Direktzugang? In: manuelletherapie 15 (01), S.3–9. DOI: 10.1055/s-0029-1246018.

Blatter, J.; Langer, P.; Wagemann, C. (2018): Qualitative Methoden in der Politikwissenschaft. Eine Einführung. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.

Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer VS. Online verfügbar unter <http://link.springer.com/book/10.1007/978-3-531-19416-5>.

Bollert, G.; Borgetto, B.; Geuter, G.; Höppner, H.; Hurrelmann, K.; Probst, A. (2009): Bezugswissenschaften der Physiotherapie. Soziologie und Gesundheitswissenschaften/Public Health. In: physioscience 5 (04), S.174–183. DOI: 10.1055/s-0028-1109890.

Borgetto, B. (2015): Zwischenbilanz und aktuelle Entwicklungen in der Akademisierung der Therapieberufe. S.265-290. In: Pundt, J. und Kälble, K. (Hg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. 1. Aufl. Bremen: Apollon Univ. Press (Themenband).

Borgetto, B.; Siegel, A. (2009): Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen Grundlagen des beruflichen Handelns. 1. Aufl. Bern: H. Huber (Verlag Hans Huber, Programmbeereich Gesundheit).

Bundesagentur für Arbeit (2018): Fachkräfteengpassanalyse 2018. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt Dezember 2018. Online verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201812/arbeitsmarktberichte/fk-engpassanalyse/fk-engpassanalyse-d-0-201812-pdf.pdf%3F_blob%3DpublicationFile%26v%3D1, zuletzt geprüft am 31.03.2025.

Bundesagentur für Arbeit (2021): Fachkräfteengpassanalyse 2021. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt Mai 2022. Online verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=27096&topic_f=fachkraefte-engpassanalyse, zuletzt geprüft am 31.03.2025.

Bundesagentur für Arbeit (2023): Fachkräfteengpassanalyse 2023. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt Juni 2024. Online verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=27096&topic_f=fachkraefte-engpassanalyse, zuletzt geprüft am 31.03.2025.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2014): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung. Online verfügbar unter https://bdsl-ev.de/wp-content/uploads/2019/11/berufsbildungsforschung_band_15.pdf, zuletzt geprüft am 31.03.2025.

Bundesministerium für Gesundheit (2020a): Das deutsche Gesundheitssystem. Leistungsstark. Sicher. Bewährt. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629_BMG_Das_deutsche_Gesundheitssystem_DE.pdf, zuletzt geprüft am 01.04.2025.

Bundesministerium für Gesundheit (2020b): Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. (Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz –

GVWG). Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GVWG_RefE.pdf, zuletzt geprüft am 01.04.2025.

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (1939): Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung. HeilprG. Online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/heilprg/BJNR002510939.html>, zuletzt geprüft am 01.04.2025.

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (1988): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V). SGB. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_70.html, zuletzt geprüft am 01.04.2025.

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (1994a): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten. PhysTh-APrV. Online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/physth-aprv/BJNR378600994.html>, zuletzt geprüft am 01.04.2025.

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (1994b): Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG). Online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/mphg/BJNR108400994.html>, zuletzt geprüft am 01.04.2025.

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (1996): Siebtes Buch Sozialgesetzbuch. SGB VII. Online verfügbar unter http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_7/_30.html, zuletzt geprüft am 01.04.2025.

Bundesrat (2021): Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages. Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz - GVWG). Online verfügbar unter https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2021/0501-0600/511-21.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 01.04.2025.

Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1997): Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). In: *Social science & medicine* (1982) 44 (5), S.681-692. DOI: 10.1016/s0277-9536(96)00221-3.

Cott, C.; Finch, E.; Gasner, A.; Yoshida, C.; Thomas, S.; Verrier, M. (1995): The Movement Continuum Theory of Physical Therapy. In: *Physiotherapy Canada* 47 (2), S.87-95.

Daker-White, G.; Carr, A.; Harvey, I.; Woolhead, G.; Bannister, G.; Nelson, I.; Kammerling, M. (1999): A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. In: *Journal of epidemiology and community health* 53 (10), S.643-650. DOI: 10.1136/jech.53.10.643 53.

Department of health (2008): Self-referral pilots to musculoskeletal physiotherapy and the implications for Self-referral pilots to musculoskeletal physiotherapy and the implications for improving access to other AHP services. Report. Online verfügbar unter <http://data.parliament.uk/DepositedPapers/Files/DEP2008-2505/DEP2008-2505.pdf>, geprüft am 01.04.2025.

Deutscher Bundestag (2009): Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. Bundes-

gesetzblatt 2009 (64), S.3158–3160. Online verfügbar unter <https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/modellklausel-bgb11-64-S3158-3160.pdf>, zuletzt geprüft am 01.04.2025.

Deutscher Bundestag (2021): Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz - GVWG). Online verfügbar unter <http://dipbt.bundestag.de/dip21/brd/2021/0012-21.pdf>, zuletzt geprüft am 01.04.2025.

Dewe, B. (2006): Professionsverständnisse - eine berufssoziologische Betrachtung. In: Pundt, J. (Hg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen, Potenziale, Perspektiven. 1. Aufl. Bern (Handbuch Gesundheitswissenschaften), S.23–35.

Dielmann, G. (2015): Neue Berufe zwischen Medizin und Pflege - Bedarfe und Regelungsnotwendigkeiten. In: Pundt, J. und Kälble, K. (Hg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. 1. Aufl. Bremen: Apollon Univ. Press (Themenband), S.229–263.

Döring, N.; Bortz, J. (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer (Springer-Lehrbuch).

El-Seoud, N. (2023): Perspektiven lebensweltorientierter Physiotherapie. Eine qualitative Studie. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer VS (Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung).

Erhart, M. (2020): Die Physiotherapie aus versorgungswissenschaftlicher Perspektive. Eine Bestandsaufnahme und Roadmap für zukünftige Entwicklungen. In: Höppner H.; Kühnast, P. und Winkelmann, C. (Hg.): Potenziale der Physiotherapie erkennen und nutzen. Von der Kompetenz zur Performanz in der Gesundheitsversorgung. 1. Aufl. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Gesundheitswesen in der Praxis), S.139–150.

Ethische Prinzipien WCPT (2015): Die Ethischen Prinzipien der WCPT – Deutsche Fassung. Online verfügbar unter https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Ehtik_WCPT_ger.pdf, zuletzt geprüft am 01.04.2025.

Fölsch, D.; Josten, S.(2020): Ethisch handeln. In: Al-Abtah, J; Ammann, A; Andreae, S.; Anton, W.; Bensch S. und Protz, K. (Hg.): Pflege. 2. Aufl. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag. S.280–288.

Frigg, R. (2020): Models in science. In: Stanford Encyclopedia of Philosophy. Center for the Study of Language and Information (CSLI), Stanford University. Online verfügbar unter <https://plato.stanford.edu/entries/models-science/#ModAndThe>, geprüft am: 01.04.2025.

Galert, J. (2016): Gesundheits- und Berufspolitik für Physiotherapeuten und weitere Gesundheitsberufe. Grundlagen, Stand und Ausblick: Ein praxisnahes Lehrbuch für Ausbildung, Studium und Beruf.1. Aufl. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Aus- und Weiterbildung).

Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): Entscheidungen zum Nutzen für Patienten und Versicherte. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3647/2018-12-12_G-BA_Infobrosch%C3%BCre_DE_bf.pdf, zuletzt geprüft am 01.04.2025.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2022): Heilmittel-Richtlinie. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3676/Heilm-RL_2024-10-29_iK-2025-01-01.pdf, zuletzt geprüft am 01.04.2025.

Giger, M. (2015): Die demographische Entwicklung und die Personalisierte Medizin fordern einen gemeinsamen und effizienten Einsatz in den Gesundheitsberufen. In: Heyse V.; und Giger M. (Hg.): Erfolgreich in die Zukunft. Schlüsselkompetenzen in Gesundheitsberufen; Konzepte und Praxismodelle für die Aus-, Fort- und Weiterbildung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. 1. Aufl. Heidelberg: medhochzwei-Verlag (Gesundheitsmarkt in der Praxis), S.31–41.

GKV-Spitzenverband (2024): Anlage 3a (notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung und einheitliche Regelungen zur Abrechnung „Ärzte“) zum Vertrag nach § 125a SGB V über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung der Physiotherapie und deren Vergütung vom 01.11.2024. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_nach_125a/physio/20240830_Anlage3a_Vertrag_nach_125a_SGB_V_Physiotherapie.pdf, zuletzt geprüft am 01.04.2025.

Grant, B.; Giddings, L. (2002): Making sense of methodologies: A paradigm framework for the novice researcher. In: Contemporary Nurse 13(1), S.10–28. DOI: 10.5172/conu.13.1.10.

Harms, J.; Rabe, K. (2019): Rechtlicher Rahmen der Ausbildung. In: Klemme, B.; Weyland, U. und Harms, J. (Hg.): Praktische Ausbildung in der Physiotherapie. 1. Aufl. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, S.70–80.

Hengeveld, E. (2004): Theoriemodell und ihre Bedeutung für die Physiotherapie. In: Hüter-Becker, A. und Dölken, M. (Hg.): Beruf, Recht, wissenschaftliches Arbeiten. 25 Tabellen. 1. Aufl. Stuttgart: Thieme (physiolehrbuch Basis), S.65–72.

Hochschule Fresenius (2022): Physiotherapie, B.Sc. Online verfügbar unter <https://www.hs-fresenius.de/studium/physiotherapie-bachelor-dual/#keyfacts>, zuletzt geprüft am 01.04.2025.

Höppner H. (2018): Inklusive Therapie - eine Leitperspektive für die Entwicklung der Physiotherapie. In: Höppner, H. und Richter, R. (Hg.): Theorie und Modelle der Physiotherapie. Ein Handbuch. 1. Aufl. Bern: Hogrefe, S.165-180.

Höppner, H. (2020): Warum dieses Buch? In: Höppner, H.; Kühnast, P. und Winkelmann, C. (Hg.): Potenziale der Physiotherapie erkennen und nutzen. Von der Kompetenz zur Performanz in der Gesundheitsversorgung. 1. Aufl. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Gesundheitswesen in der Praxis), S.1–17.

Höppner, H.; Richter, R. (2018): Denkwerkzeuge: Theorien und Modelle. In: Höppner, H. und Richter, R. (Hg.): Theorie und Modelle der Physiotherapie. Ein Handbuch. 1. Aufl. Bern: Hogrefe, S.19–27.

Hoßfeld, R. (2018): Das Neue Denkmodell der Physiotherapie. In: Höppner, H. und Richter, R. (Hg.): Theorie und Modelle der Physiotherapie. Ein Handbuch. 1. Aufl. Bern: Hogrefe, S.115–135.

HS Döpfer (2022): Studium an der HSD. Online verfügbar unter <https://www.hs-doepfer.de/studium/bsc-angew-therapiewissenschaften>, zuletzt geprüft am 01,04.2025.

- HS Osnabrück (2022): Physiotherapie (B.Sc.), berufsbegleitend. Hochschule Osnabrück. Online verfügbar unter <https://www.hs-osnabrueck.de/studium/studienangebot/bachelor/physiotherapie-bsc-berufsbegleitend/#c3080400>, zuletzt geprüft am 01.04.2025.
- HS Osnabrück (2024): Wir behandeln Sie individuell, aktuell und wirksam - INAP/O - Institut für angewandte Physiotherapie Osnabrück. Online verfügbar unter <https://www.inapo-osnabrueck.de/>, zuletzt geprüft am 01.04.2025.
- Hüter-Becker, A. (1997): Ein neues Denkmodell für die Physiotherapie. In: Krankengymnastik-Zeitschrift für Physiotherapeuten 49 (4), S.565–569.
- Hüter-Becker, A. (2014): Das Neue Denkmodell der Physiotherapie. Grundlage für Ausbildung und Studium. In: pt Zeitschrift für Physiotherapeuten 66, S.90–94.
- Hüter-Becker, A. (2004): Geschichte der Physiotherapie. In: Hüter-Becker, A. und Dölken, M. (Hg.): Beruf, Recht, wissenschaftliches Arbeiten. 25 Tabellen. 1. Aufl. Stuttgart: Thieme (physiolehrbuch Basis), S.5–32.
- Hüter-Becker, A. (2004a): Das berufliche Selbstverständnis von Physiotherapeuten. In: Hüter-Becker, A. und Dölken, M. (Hg.): Beruf, Recht, wissenschaftliches Arbeiten. 25 Tabellen. 1. Aufl. Stuttgart: Thieme (physiolehrbuch Basis), S.33–44.
- Hüter-Becker, A. (2006): Wo steht das "Neue Denkmodell" heute? In: Hüter-Becker A.(Hg.): Band 1: Bewegungssystem. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme. S.1-11.
- ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (2022). Online abrufbar unter https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html, zuletzt geprüft am 01.04.2025.
- ISB - Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung München (2016): Praktische Ausbildung an der Berufsfachschule für Physiotherapie. Empfehlungen zu Inhalten und Organisation. Handreichung. Online verfügbar unter https://www.isb.bayern.de/fileadmin/user_upload/Berufliche_Schulen/Berufsfachschule/Material/HR_Physiotherapie_2016.pdf, zuletzt geprüft am 01.04.2025.
- Iserson, K. (1999): Principles of biomedical ethics. The University of Arizona. In: Emergency Medicine Clinics of North America 17 (2), S.283-306. DOI:10.1016/S0035-9203(02)90265-8.
- Kälble, K. (2006): Gesundheitsberufe unter Modernisierungsdruck - Akademisierung, Professionalisierung und neue Entwicklungen durch Studienreform und Bologna-Prozess. In: Pundt, J. (Hg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen, Potenziale, Perspektiven. 1. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit), S.213-233.
- Kammel, D. (2005): Befunden, Managen und Delegieren. In: physiopraxis 3 (07/08), S.56–58. DOI: 10.1055/s-0032-1307896.
- Kamps, H. (2012): Zusammenspiel Medizin und Pflege am Beispiel Norwegen. In: Bechtel, P. und Smerdka-Arhelger, I. (Hg.): Pflege im Wandel gestalten - eine Führungsaufgabe. Lösungsansätze, Strategien, Chancen. 1. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer, S.243–247.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021): Vordruckerläuterungen zu Muster 13 zum 01.01.2021. Muster 13: Heilmittelverordnung. Online verfügbar unter

https://www.kbv.de/media/sp/Muster_13_Vordruckerlaeuterungen.pdf, zuletzt geprüft am 02.04.2025.

Klaus, A.; Beckmann, R. (2018): Fachkräfteengpassanalyse. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt Juni 2018. Agentur für Arbeit. Online verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201806/arbeitsmarktberichte/fk-engpassanalyse/fk-engpassanalyse-d-0-201806-pdf.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 01.04.2025.

Klemme, B.; Geuter, G.; Willimczik, K. (2007): Physiotherapie - über eine Akademisierung zur Profession. In: *physioscience* 3 (2), S.80–87. DOI: 10.1055/s-2007-963158.

Klemme, B.; Weyland, U.; Harms, J. (Hg.) (2019): Praktische Ausbildung in der Physiotherapie. 1. Aufl. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Kuckartz, U. (2014): Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch).

Kuckartz, U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).

Kühnast, P. (2018): Paradigmenorientierte Annäherung an die Physiotherapie. In: Höppner, H. und Richter, R. (Hg.): Theorie und Modelle der Physiotherapie. Ein Handbuch. 1. Aufl. Bern: Hogrefe, S.69–79.

Lehne, P. (2014): "First-Contact-Practitioner" - das norwegische Modell. In: Zalpour, C. (Hg.): Springer Lexikon Physiotherapie. 2. Aufl. Berlin: Springer, S.441-446.

Mahnke, A.; Loibl, J. (2021): Interprofessionell arbeiten: Das Regensburger Modell. In: Pflege Zeitschrift 74 (6), S.18-21. DOI: 10.1007/s41906-021-1045-3.

Mayer, H.; van Hilten, E. (2007): Einführung in die Physiotherapieforschung. 1. Aufl. Wien: Facultas.

Nast, I.; Mischker, A.; Repschläger, U.; Heine, M.; Scheermesser, M.; Wirz, M.; Schämamm, A. (2018): Das Modellvorhaben Physiotherapie der BIG direkt gesund und des IFK e. V. Welche Heilmittel wählen Physiotherapeuten bei Unabhängigkeit von der ärztlichen Verordnung? In: *physioscience* 14 (02), S.69–79. DOI: 10.1055/a-0602-0947.

Nicholls, D. (2009a). Qualitative research: Part two - Methodologies. In: *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16(11), S.586–592. DOI: 10.12968/ijtr.2017.24.2.71.

Nicholls, D. (2009b). Qualitative research: Part three - Methods. In: *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16(12), S.638–647. DOI:10.12968/ijtr.2009.16.12.45433.

Nicholls, D.; Gibson, B. (2010): The body and physiotherapy. In: *Physiotherapy Theory and Practice* 26 (8), S.497–509. DOI: 10.3109/09593981003710316.

Nicholls, D.; Gibson, B. (2018): Kommentar zu "The body and physiotherapy". In: Höppner, H. und Richter, R. (Hg.): Theorie und Modelle der Physiotherapie. Ein Handbuch. 1. Aufl. Bern: Hogrefe, S.151–164.

Nicholls, D.; Gibson, B. (2022): Physiotherapy otherwise. 1. Aufl. Tāmaki Makaurau: Verlag Tuwhera Open Books.

- Noronen, L.; Wikström-Grotell, C. (1999): Towards a paradigm-oriented approach in physiotherapy. In: *Physiotherapy Theory and Practice* 15 (3), S.175–184. DOI: 10.1080/095939899307720.
- Ojha, H.; Snyder, R; Davenport, T. (2014): Direct Access Compared With Referred Physical Therapy Episodes of Care: A Systematic Review. In: *physical therapy* 94 (1), S.14-30. DOI: 10.2522/ptj.20130096.
- OTH Regensburg (2022): Bachelor of Science (B.Sc.). Physiotherapie studieren. Online verfügbar unter <https://www.oth-regensburg.de/studiengang/physiotherapie-studieren-bachelor>, zuletzt geprüft am 02.04.2025.
- Physio Deutschland (2018): Bundesländerregelungen zur Qualifikation von Lehrkräften in der Physiotherapieausbildung. Online verfügbar unter https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Fort-_und_Weiterbildung/Bundesl%C3%A4nderregelungen_zur_Qualifikation_von_Lehrkr%C3%A4ften_an_Schulen_der_Physiotherapie_2020.pdf, zuletzt geprüft am 02.04.2025.
- Physio Deutschland (2019): Zahlen, Daten, Fakten zur Physiotherapie. Online verfügbar https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Zahlen_Daten_Fakten/Zahlen-Daten-Fakten.pdf, zuletzt geprüft am 02.04.2025.
- Physio Deutschland (2021a): Ausbildung. Online verfügbar unter <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung/ausbildung.html>, zuletzt geprüft am 02.04.2025.
- Physio Deutschland (2021b): Fort- und Weiterbildung. Online verfügbar unter <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung/fort-und-weiterbildung.html>, zuletzt geprüft am 02.04.2025.
- Physio Deutschland (2021c): Studiengänge für Physiotherapie. Online verfügbar unter https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Studium/StudienganglisteWeb_Januar24.pdf, geprüft am 02.04.2025.
- Physio Deutschland (2024): SHV als Sachverständiger bei Anhörung zum Pflegestudienstärkungsgesetz. Online verfügbar unter <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/news-bundesweit/einzelansicht/artikel/shv-als-sachverstaendiger-bei-anhoerung-zum-pflegestudiumstaerkungsgesetz.html>, zuletzt geprüft am 02.04.2025.
- Probst, A. (2004): Denkmodelle: Basis für die Professionalisierung. Mehr als graue Theorie. In: *physiopraxis* 2 (04), S.34–37. DOI: 10.1055/s-0032-1307783.
- Probst, A. (2007): Modell der menschlichen Bewegung in der Physiotherapie. Diskussionsbeitrag zur theoretischen Fundierung eines physiotherapeutischen Bewegungsbegriffs. Model of Human Motion in Physiotherapy. In: *physioscience* 3 (3), S.131–135. DOI: 10.1055/s-2007-963411.
- Pschyrembel (2022a): Pschyrembel Online. Phänomenologie. Online verfügbar unter <https://www.pschyrembel.de/Phänomenologie/K0GSA/doc/>, zuletzt geprüft am 02.04.2025.
- Pschyrembel (2022b): Pschyrembel Online. Pflegephänomen. Online verfügbar unter <https://www.pschyrembel.de/Pflegephänomen/T030J/doc/>, zuletzt geprüft am 02.04.2025.

- Räbiger, J.; Blümke, C. (2018): Ergebnisse der HVG-Absolventenbefragung. Primärqualifizierende Bachelor-Studiengänge für therapeutische Gesundheitsfachberufe (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie). Online verfügbar unter https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Impulsvortrag_Ergebnisse_Absolventenbefragung.pdf, zuletzt geprüft am 02.04.2025.
- Rädiker, S.; Kuckartz, U. (2019): Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA. Text, Audio und Video. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer.
- Rausch, A. (2016): Ethik in der Physiotherapie. In: *physioscience* 12 (04), S. 133-134. DOI: 10.1055/s-0035-1567136.
- Richter, R. (2016): Physiotherapie und Wissenschaft. Die wissenschaftliche Emanzipation der Physiotherapie im Spannungsfeld von Disziplinbildung und Professionalisierung. Online verfügbar unter https://publishup.uni-potsdam.de/opus4-ubp/frontdoor/deliver/index/docId/9470/file/richter_diss.pdf, zuletzt geprüft am 02.04.2025.
- Richter, R.; Höppner, H.; Schäfer, A. (2019): Was ist Physiotherapiewissenschaft? In: *physioscience* 15 (01), S.37–40. DOI: 10.1055/a-0832-9657.
- Riedl, A.; Schelten, A. (2013): Grundbegriffe der Pädagogik und Didaktik beruflicher Bildung. 1. Aufl. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- Rothstein, J. (2002): Wer wir sind und was wir tun. In: *Krankengymnastik* 54 (11), S.1826-1828.
- Sahm, I. (2004): Master- Studiengänge in Europa. Wege in die Wissenschaft. In: *physiopraxis* 6 (04), S.44–47. DOI: 10.1055/s-0032-1307818.
- Schäfer, A.; Braun, C.; Elsner, B.; Kopkov, C.; Lüdtke, K. (2018): Das Leitbild der Deutschen Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft (DGPTW). Vision, Mission und Werte. In: *physioscience* 2018 14 (4), S.194–196. DOI: 10.1055/a-0749-0782.
- Scheel, K. (2013): Modelle und Praxiskonzepte der Physiotherapie - Eine Verortung innerhalb von Anthropologie und Ethik. 1. Aufl. Münster: LIT VERLAG.
- Schiller, S. (2020): Geschichte der Physiotherapie in der Nachkriegszeit und den 1950er Jahren – Ein Oral-History-Projekt aus Deutschland (Work in Progress). Online verfügbar unter <http://history.physio/history-of-physiotherapy-in-the-post-war-period-and-the-1950s-an-oral-history-project-from-germany-work-in-progress/>, zuletzt geprüft am 02.04.2025.
- Shaik, A.; Shemjaz, A. (2014): The Rise of Physical Therapy: A History in Footsteps. In: *Archives of Medicine and Health Sciences* 2 (2), S.257-260. DOI: 10.4103/2321-4848.144367.
- Sharma, A.; Minh Duc, N.; Luu Lam Thang, T.; Nam, N.; Ng, S.; Abbas, K.; Huy, N.; Marušić, A.; Paul, C.; Kwok, J.; Karbwang, J.; Waure, C.; Drummond, F.; Kizawa, Y.; Taal, E.; Vermeulen, J.; Lee, G.; Gyedu, A.; To, K.; Verra, M.; Jacqz-Aigrain, É.; Leclercq, W.; Salminen, S.; Sherbourne, C.; Mintzes, B.; Lozano, S.; Tran, U.; Matsui, M.; Karamouzian, M. (2021): A Consensus-Based Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS). In: *Journal of general medicine* 36 (10), S.3179–3187. DOI: 10.1007/s11606-021-06737-1.
- Statistisches Bundesamt (2020): Mitten im demographischen Wandel. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/demografie-mitten-im-wandel.html>, zuletzt geprüft am 02.04.2025.

- Stichweh, R. (1984): Zur Entstehung des modernen Systems wissenschaftlicher Disziplinen. Physik in Deutschland. 1740 - 1890. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Stöckl, M. (2019): Keine Zeit für Befunderhebung und Dokumentation? Auswertung zur beruflichen Realität der Physiotherapie in Deutschland. In: *pt physio* 71 (12), S.16–19. ISSN 1614-0397.
- Sturm, A. (2019): Ethische Problemstellungen. Ein Spannungsfeld in der palliativen Versorgung. In: *Inform Physio Austria* 2019 (04), S.21-23.
- Thiersfelder, I.; Richter, R. (2018): The Movement Continuum Theory of Physical Therapy. In: Höppner, H. und Richter, R. (Hg.): *Theorie und Modelle der Physiotherapie*. Ein Handbuch. 1. Aufl. Bern: Hogrefe, S.31–41.
- TH Rosenheim (2022): Bachelorstudiengang Physiotherapie. Online verfügbar unter <https://www.th-rosenheim.de/studium-und-weiterbildung/studienangebot-der-th-rosenheim/bachelorstudiengaenge/physiotherapie>, zuletzt geprüft am 02.04.2025.
- Tong, A.; Sainsbury, P.; Craig J. (2007): Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. In: *international journal for quality in health care* 19 (6), S. 349-357. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042.
- Törnebohm, H. (1985): Underingar över utvecklingen av nyaflervetenskapliga praxisorienterade forskningsfält. Rapport 83 (2). Institutionen för Vetenskapsteori. Göteborgs universitet.
- Trocha, M.; Aigner, A.-K.; Brandt, H.; Lücking, R.; Oppermann, A.; Schneider, E.; Probst, A. (2014): Befindest du noch – oder diagnostizierst du schon? In: *physioscience* 10 (01), S.24–28. DOI: 10.1055/s-0034-1365977.
- TU München (2023): Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung. Institut für Allgemeinmedizin. Online verfügbar unter <https://www.am.med.tum.de/https%3A//www.am.med.tum.de/lehrbeauftragte>, zuletzt geprüft am 02.04.2025.
- Universität Heidelberg (2024): Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation (HIPSTA). Online verfügbar unter <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/kliniken-institute/institute/abteilung-allgemeinmedizin-und-versorgungsforschung/studiengaenge/bsc-interprofessionelle-gesundheitsversorgung/interprofessionelles-lernen/hipsta-ip>, zuletzt geprüft am 02.04.2025.
- Universität zu Lübeck (2022): Physiotherapie. Wir möchten etwas bewegen. Online verfügbar unter <https://www.uni-luebeck.de/studium/studiengaenge/physiotherapie.html>, zuletzt geprüft am 02.04.2025.
- Universität zu Lübeck (2024): Fünf gute Gründe für den primärqualifizierenden Bachelorstudiengang Physiotherapie. Online verfügbar unter <https://www.uni-luebeck.de/studium/studiengaenge/physiotherapie/bachelor/fuenf-gute-gruende.html?draft=1>, zuletzt geprüft am 02.04.2025.
- Universität zu Lübeck (2024a): Interprofessionelle Ausbildungsstation. Online verfügbar unter <https://www.uni-luebeck.de/aktuelles/pressemitteilung/artikel/interprofessionelle-ausbildungsstation.html>, zuletzt geprüft am 02.04.2025.

Universität zu Lübeck (2024b): Modul PT1530-KP06. Klinische Diagnostik und Entscheidungsfindung. Online verfügbar unter [https://www.uni-luebeck.de/index.php?id=9481&tx_webparser_pi1\[modulid\]=2059](https://www.uni-luebeck.de/index.php?id=9481&tx_webparser_pi1[modulid]=2059), zuletzt geprüft am 02.04.2025.

Universität zu Lübeck (2024c): Der primärqualifizierende Bachelor-Studiengang Physiotherapie. Online verfügbar <https://www.uni-luebeck.de/studium/studiengaenge/physiotherapie/bachelor.html>, zuletzt geprüft am 02.04.2025.

Verband der Ersatzkassen (2021): Höchstpreise nach § 125b SGB V Physiotherapie. Online verfügbar unter https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/preisvereinbarungen/_jcr_content/par/download_739562943/file.res/Physiotherapie_210401.pdf, zuletzt geprüft am 02.04.2025.

ver.di (2018): Erstmals erhalten Auszubildende in betrieblich-schulischen Gesundheitsberufen Ausbildungsvergütungen. Bsirske: Eine historische Tarifeinigung. Online verfügbar unter <https://www.verdi.de/presse/pressemitteilungen/++co++cc8fe0fc-0215-11e9-8292-525400b665de>, zuletzt geprüft am 02.04.2025.

Vereinte Therapeuten (2021): Positionspapier. Besondere Maßnahmen. (Zertifikatspositionen), Online verfügbar unter https://www.physio.de/physio/images/VT_Positionspapier_Zertifikatspos.pdf, zuletzt geprüft am 02.04.2025.

Walkenhorst, U. (2006): Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie auf dem Weg zur Professionalisierung. In: Pundt, J. (Hg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen, Potenziale, Perspektiven. 1. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit). S.106-123.

Weeber, S. (2017): Der physiotherapeutische Direktzugang in Deutschland. Internationaler Vergleich ausbildungsinhaltlicher und struktureller Bedingungen. 1.Aufl. Wiesbaden: Springer.

Westerholt, M. (2004): Rechtliche Grundlagen des Berufes des Physiotherapeuten. In: Hüter-Becker, A. und Dölken, M. (Hg.): Beruf, Recht, wissenschaftliches Arbeiten. 25 Tabellen. 1. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Willimczik, K.; Bollert, G.; Geuter, G. (2009): Bezugswissenschaften der Physiotherapie: Philosophie – Mutter aller Wissenschaften. In: *physioscience* 5 (01), S.27–33. DOI: 10.1055/s-0028-1109170.

Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Online verfügbar unter https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?__blob=publicationFile&v=5, zuletzt geprüft am 02.04.2025.

World Physiotherapy (2019): Description of physical therapy. Policy statement. Translated by Stöckl, M.; Online verfügbar unter <https://world.physio/sites/default/files/2020-07/PS-2019-Description-of-physical-therapy.pdf>, zuletzt geprüft am 02.04.2025.

World Physiotherapy (2022): Ethical principles and the responsibilities of physiotherapists and member organisations. Policy statement. Translated by Stöckl, M.; Online verfügbar unter https://world.physio/sites/default/files/2022-03/PS-2022-Ethical_responsibilities_principles_Eng.pdf, zuletzt geprüft am 02.04.2025.

World Physiotherapy (2023): Description of physiotherapy. Policy statement. Translated by Stöckl, M.; Online verfügbar unter https://world.physio/sites/default/files/2024-01/PS-2023-Description_0.pdf, zuletzt geprüft am 02.04.2025.

Zalpour, C. (2008): Der First-Contact-Practitioner in Deutschland. Eine Frage der Qualität und Qualifikation. In: *pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten* 60 (1), S.105–111, zuletzt geprüft am 04.04.2025.

Zalpour, C. (2014): Springer Lexikon Physiotherapie. 2. Aufl. Berlin: Springer.

Anhang A Survey (Online-Fragebogen)

Physiotherapie Studie Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen wahrheitsgetreu aus. Ihre Daten werden bei der „Physiotherapie-Studie“ anonymisiert für statistische Zwecke verwendet. Es erfolgt keine Speicherung oder Weiterverwendung der Daten über den Studienzeitraum hinaus. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. Mit dem Ausfüllen dieser Umfrage stimme ich der Nutzung meiner Daten zu Zwecken dieser Studie zu:

Ja, ich stimme zu.

1. Geschlecht: männlich weiblich
2. Alter:
3. Nennen Sie Ihren höchsten Abschluss im Beruf „Physiotherapie“:
 Staatsexamen Bachelor Master
4. Standort Ihrer Physiotherapieberufsfachschule:
5. Gesamte Ausbildungszeit:
 verkürzt, 3 Jahre, 3,5 Jahre, 4 Jahre,
 länger als 4,5 Jahre
6. Wie viele Jahre haben Sie schon Berufserfahrung?
7. Wo arbeiten Sie aktuell hauptsächlich?
 In einer Praxis In einer Klinik
8. Der überwiegende Teil meiner Patienten ist?
 gesetzlich versichert privat versichert
9. So viele Minuten habe ich durchschnittlich als Behandlungszeit für meinen Patienten:
10. Ich verfüge zusätzlich über eine Heilpraktiker- oder eine sektorale Heilpraktiker-ausbildung:
 ja nein
11. Ich führe bei neuen Patienten eine schriftliche Erstbefunderhebung durch:
 immer fast immer selten nie

12. Wenn ihre Antwort bei der Frage davor „selten“ oder „nie“ ist, was ist der Grund?
 ... weil „Erstbefundung“ nicht auf der Verordnung steht; ... weil es nicht bezahlt wird; ... weil ich es für unnötig erachte; ... weil es nicht Teil der Ausbildung war; ... weil keine extra Zeit dafür vorgesehen ist; ... Sonstiges.
13. Ich plane meine Behandlung schriftlich:
 immer fast immer selten nie
14. Wenn ihre Antwort bei der Frage davor „selten“ oder „nie“ ist, was ist der Grund?
 ... weil das „schriftliche Planen“ nicht auf der Verordnung steht; ... weil es nicht bezahlt wird; ... weil ich es für unnötig erachte; ... weil es nicht Teil der Ausbildung war; ... weil keine extra Zeit dafür vorgesehen ist; ... Sonstiges.
15. Ich dokumentiere meine Behandlungsergebnisse schriftlich:
 immer fast immer selten nie
16. Wenn ihre Antwort bei der Frage davor „selten“ oder „nie“ ist, was ist der Grund?
... weil das „Dokumentieren von Ergebnissen“ nicht auf der Verordnung steht; ... weil es nicht bezahlt wird; ... weil ich es für unnötig erachte; ... weil es nicht Teil der Ausbildung war; ... weil keine extra Zeit dafür vorgesehen ist; ... Sonstiges.
17. Ich evaluiere meine Behandlungsschritte schriftlich:
 immer fast immer selten nie
18. Wenn ihre Antwort bei der Frage davor „selten“ oder „nie“ ist, was ist der Grund?
... weil das „Evaluieren von Behandlungserfolgen“ nicht auf der Verordnung steht; ... weil es nicht bezahlt wird; ... weil ich es für unnötig erachte; ... weil es nicht Teil der Ausbildung war; ... weil keine extra Zeit dafür vorgesehen ist; ... Sonstiges.
19. Ich mache einen schriftlichen Abschlussbefund:
 immer fast immer selten nie
20. Wenn ihre Antwort bei der Frage davor „selten“ oder „nie“ ist, was ist der Grund?
... weil eine „Abschlussbefundung“ nicht auf der Verordnung steht; ... weil es nicht bezahlt wird; ... weil ich es für unnötig erachte; ... weil es nicht Teil der Ausbildung war; ... weil keine extra Zeit dafür vorgesehen ist; ... Sonstiges.
21. Ich berate und schule meine Patienten während meiner Behandlung:
 immer fast immer selten nie
22. Wenn ihre Antwort bei der Frage davor „selten“ oder „nie“ ist, was ist der Grund?
... weil „Beratung und Schulung“ nicht auf der Verordnung steht; ... weil es nicht bezahlt wird; ... weil ich es für unnötig erachte; ... weil es nicht Teil

der Ausbildung war; ... weil keine extra Zeit dafür vorgesehen ist; ... Sonstiges.

23. In meiner physiotherapeutischen Behandlung würde ich gerne mein gesamtes Wissen und Können einsetzen und geeignete Maßnahmen aus mehreren Therapiearten im Sinne des Patienten kombinieren:

immer fast immer selten nie

24. Wenn ihre Antwort bei der Frage davor „selten“ oder „nie“ ist, was ist der Grund?
... weil die Therapieart auf der Verordnung festgelegt ist; ... weil es nicht bezahlt wird; ... weil ich es für unnötig erachte; ... weil es nicht Teil der Ausbildung war; ... weil keine extra Zeit dafür vorgesehen ist; ... Sonstiges.

25. Was bedeutet für Sie Physiotherapie als Profession?

Anhang B Codierung Teilnehmende mit Ausbildungsorten

Codierung der Teilnehmer	Standort Ihrer Physiotherapieausbildung (Berufsschule - Hochschule - Uni)
203	Aachen
257	Aschaffenburg
130	Aschaffenburg
149	Aschersleben
254	Augsburg
178	Bad Elster
261	Bad Elster
236	Bad Elster
180	Bad Füssing
172	Bad Gögging
200	Bad Harzburg
202	Bad Krozingen
268	Bad Pyrmont
242	Bad Salzungen
271	Bamberg
189	Berlin
159	Berlin
154	Berlin
276	Berlin
157	Bielefeld
112	Coburg
135	Coburg
122	Domstadt
201	Domstadt
168	Dornstadt
132	Dresden
217	Dresden
215	Dresden
283	Dresden
249	Dresden
153	Erfurt
253	Erfurt
129	Erlangen
238	Erlangen
165	Essen
264	Essen
171	Frankfurt am Main
145	Freiburg
241	Freiburg im Breisgau
250	Gießen

Codierung der Teilnehmer	Standort Ihrer Physiotherapieausbildung (Berufsschule - Hochschule - Uni)
146	Görlitz
243	Gotha
188	Großröhrsdorf
118	Großröhrsdorf
124	Günzburg
176	Günzburg
256	Halle/Saale
147	Hamburg
119	Hamburg
114	Hamburg
190	Hamburg
182	Hannover
136	Heidelberg
191	Heidelberg
184	Idstein
226	Iserlohn
287	Jena
278	Karlsruhe
193	Karlsruhe
221	Kassel
209	Kassl
134	Kerpen
160	Koblenz
137	Köln
205	Köln
131	Landstuhl
290	Leer
232	Leipzig
289	Leipzig
247	Leipzig
230	Lippstadt
258	Lübeck Blankensee
111	Magdeburg
211	Mannheim
169	Marburg
225	Minden Westfalen
198	Mühlhausen
237	München
179	München
218	München
251	München
174	München

Codierung der Teilnehmer	Standort Ihrer Physiotherapieausbildung (Berufsschule - Hochschule - Uni)
164	Münster
113	Neubrandenburg
222	Neuss
128	Neuss
274	Neuss
234	Neuss
142	Neuwied
233	Nürnberg
121	Oggersheim
109	Oldenburg
177	Osnabrück
267	Osnabrück
155	Quedlinburg
280	Recklinghausen
173	Regensburg
210	Regenstauf
125	Rostock
239	Rostock
197	Rostock
150	Schwandorf
199	Schweinfurt
282	Schwerin
144	Schwerin
277	Schwerin
216	Schwerin
208	Stendal
204	Stuttgart
166	Stützerbach /Thüringen
228	Sülfeld
223	Trier
138	Trier
266	Tübingen
265	Waldenburg
195	Wasserburg
235	Wasserburg
158	Wolfen
220	Wuppertal
151	Zittau



Abb. 13.1: Ausbildungsorte der Umfrageteilnehmenden

Anhang C Interviewleitfaden

Interviewleitfaden zur Dissertation von Martina Stöckl

TU München TUM School of Education

Datum:

Beginn Uhrzeit:

Ende Uhrzeit:

1. Mit welchen Anliegen kommen/kamen die Studenten/Schüler/Physiotherapeuten zu Ihnen?
2. Was sagen Sie zum Professionalisierungsprozess in der Physiotherapie? (Wie definieren Sie diesen Prozess? Wie hat dieser begonnen? Wie ist der Verlauf? Was fällt Ihnen dabei auf?)
3. Was bedeutet für Sie eine professionalisierte Physiotherapie? (Was bedeutet für Sie Profession bzw. Professionalisierung?)
4. Welche Rolle spielt die Akademisierung in der Physiotherapie? (Welche Rolle hat die berufliche Bildung?)
5. Wo und wie sollte im Bereich Physiotherapie Forschung betrieben werden?
6. Was sagen Sie zum Thema externe Fortbildungen?
7. Könnte und sollte die Physiotherapie in Deutschland mit der in anderen Ländern verglichen werden?
8. Eigene Studienergebnisse deuten auf eine Diskrepanz zwischen Ausbildung und Berufsalltag hin. Welche Lösungsansätze sehen Sie derzeit und zukünftig?
9. Studienergebnisse im Rahmen dieses Forschungsprojektes weisen darauf hin, dass nicht alle Physiotherapeuten regelmäßig schriftlich befunden, planen, dokumentieren oder evaluieren. Häufig genannt werden in diesem Zusammenhang Zeitmangel und das Fehlen einer Vergütung. Was sagen Sie dazu? (Haben Sie etwas hinzuzufügen?)
10. Soll die Physiotherapie, ähnlich wie die Medizin, an Lehrstühlen von Universitäten vertreten sein? Was ist Ihre geschätzte Meinung?

Anhang D Zufällige Erkenntnisse

Im Rahmen der Online-Befragung der 120 in Deutschland arbeitenden Physiotherapeute*innen in Verbindung mit den geführten Experteninterviews werden drei ergänzende Anmerkungen festgehalten.

Das unterschiedliche Verständnis zu Begriffen wie Profession, Standard und Spezialisierung

An der Befragung der 120 arbeitenden Physiotherapeut*innen zeigt sich deutlich, dass diese kaum über den Begriff der „Profession“ Bescheid wissen und wesentliche Bestandteile (Merkmale) in ihre Überlegungen nicht einbeziehen (siehe Kapitel 6.2). So bestätigt sich die limitierende Sicht über die eigene Berufswelt, die schon mit der Studie von Baeumer (2007, S.2-11) beschrieben wurde. An dieser Stelle ist es besonders notwendig, gute Aufklärungsarbeit zur begrifflichen Definition von Professionalisierung und Profession an den Berufsfachschulen, Hochschulen und Universitäten zu leisten.

Bei der Triangulation in Kapitel 7.5 zeigt sich zudem, dass die Gruppe der 120 Physiotherapeut*innen und die Gruppe der sechs Expert*innen den Begriff „Standard“ nicht im identischen Sinn verwenden. Während die befragten Physiotherapeut*innen bei „Standard“ eine Verwendung im Sinne von Einheitlichkeit für Qualitätsverbesserung und evidenzbasierte Behandlungsmaßnahmen vorzogen, ging es den Expert*innen um das internationale Niveau als Richtlinie.

Ebenso bemerkenswert ist der Begriff „Spezialisierung“ in der Physiotherapie bei der Verwendung der verschiedenen Personengruppen. Die Antworten der Expert*innen unterschieden sich von den Antworten der 120 befragten Physiotherapeut*innen. Nachzulesen in Kapitel 6.2.1.4.4 verstehen die zuletzt genannten eine Spezialisierung in medizinischer Fachrichtung wie etwa Neurologie oder Innere Medizin sowie in den verschiedenen Fortbildungsrichtungen beispielsweise Bobath oder Manuelle Therapie, während die Expert*innen auf den Abschluss der Qualifikation (Bachelor, Master) Bezug nehmen.

Aufklärungsarbeit

Für die 120 befragten Physiotherapeut*innen, stellt die Physiotherapie als Profession ihre therapeutische Hilfeleistung im Sinne einer optimalen Patientenversorgung ins Zentrum der Betrachtung (siehe Kapitel 6.2.3). Dabei bleiben weitere wesentliche Merkmale der Profession nach Zalpour (2008) bei der befragten Gruppe völlig unbeachtet.

Die Validierung des Modells in Kapitel 6.4 und die Anpassung des Modells in Kapitel 7.1 zeigt zudem eine hochkomplexe Verbindung aller Ebenen auf. Folglich bedarf es im Rahmen einer gelingenden Professionalisierung die Gesamtheit der Physiotherapie als physiotherapeutische Realität (PTR) zu berücksichtigen. Diskussionen innerhalb eines Eckpunktes erweisen sich als wenig lösungsorientiert. Als ein Beispiel soll auf die Erweiterung des beruflichen Spektrums bezüglich des Eckpunktes berufliche Realität in Kapitel 2.1.2 eingegangen werden (World Physiotherapy 2019, S.1-3; Lehne 2014, S.441-446; Department of health 2008, Weeber 2017. S. 5-73; Kammel 2005, S.56-58). Diese Forderung kann nur gelingen, wenn zugleich alle anderen Eckpunkte miteinbezogen werden.

Gendergerechte Sprache

Wie den Kapiteln 6.2 und 6.3 zu entnehmen ist, wurde die Verwendung von gendergerechter Sprache im Gebrauch der Teilnehmenden nicht eingesetzt .

Anhang E Ethikvotum



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck Ratzeburger Allee 160 23562 Lübeck

Institut für Gesundheitswissenschaften
Frau Prof. Dr. Kerstin Lüdtké
Ratzeburger Allee 160
23562 Lübeck

Ethik-Kommission

Vorsitzender:

Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic

Stellv. Vorsitzender:

Herr Prof. Dr. med. Andreas Moser

Geschäftsstelle:

Dr. rer. nat. Inga Kaufhold +49(0)451 3101 1386
Dr. rer. nat. Christopher Link +49(0)451 3101 1389
Doris Seuthe +49(0)451 3101 1385
Tanja Arnold +49(0)451 3101 1388

E-Mail: ethikkommission@uni-luebeck.de

Website: www.uni-luebeck.de/forschung/kommissionen/ethikkommission

Aktenzeichen: 2024-584
11.11.2024 / IK

Verkürztes Verfahren - Anzeige

Antragsteller: Prof. Dr. Kerstin Lüdtké

Titel: Die Physiotherapie in Deutschland - eine theoretische und empirische Analyse

Hier: Ihre Einreichung vom **06.11.2024**

Sehr geehrte Frau Lüdtké,

mit Ihrem Schreiben informieren Sie die Ethik-Kommission über ein bereits durchgeführtes Studienvorhaben und legen das Manuskript vor. Die Durchführung erfolgt an der TU München, die zum damaligen Zeitpunkt keine Beratung bei entsprechendem Vorhaben durchführte. Auf der Basis der Auskünfte, die uns vorliegen, äußert die Ethik-Kommission im Nachhinein keine Bedenken gegen die Studie.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Alexander Katalinic
Vorsitzender der Ethik-Kommission

Allgemeine Hinweise:

Ggf. aufgeführte Hinweise sind zu berücksichtigen. Eine Wiedervorlage ist nicht nötig. Bei Bedarf eines Votums ohne Hinweise sind die angepassten Dokumente als Amendment vorzulegen. Änderungen sind hervorzuheben. Datenschutzrechtliche Aspekte von Forschungsvorhaben werden durch die Ethikkommission grundsätzlich nur cursorisch geprüft. Dieses Votum / diese Bewertung ersetzt mithin nicht die Konsultation des zuständigen Datenschutzbeauftragten.

Vorgelegte Dokumente

- 1) 10.09.2024_Doktorarbeit_Martina_Stoeckl.pdf vom 11.11.2024
- 2) Anfrage Stöckl.pdf vom 06.11.2024
- 3) BestätigungenStöckl202410Riedl.pdf vom 06.11.2024
- 4) nicht verfügbar - Studieninformation und Einwilligungserklärung.pdf vom 06.11.2024

Frau
Martina Stöckl



München, 22. Oktober 2024

**Bestätigungen für Frau Martina Stöckl zu den bisherigen wissenschaftlichen Arbeiten
an der TU München im Rahmen des Forschungsvorhabens
„Physiotherapie in Deutschland – eine theoretische und empirische Analyse“**

Sehr geehrte Frau Stöckl,

gerne bestätige ich wie von Ihnen erbeten folgende Punkte zu Ihrer bisherigen wissenschaftlichen Arbeit an der TU München:

Für Ihre Forschungsarbeit war kein Ethikvotum erforderlich.

Eine Einweisung in die verwendeten Methoden einschließlich einer Statistikberatung ist erfolgt.

Ihren bisherigen Publikationen lag eine Vereinbarung zur Einhaltung guter wissenschaftlicher Praxis zugrunde.

Die Einhaltung der Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis in Bezug auf das Forschungsdatenmanagement (z.B. der Schutz sensibler Daten, die Dauer der Datenarchivierung nach Projektabschluss und die Wichtigkeit von Datenübertragungsprotokollen) wurde für Ihre Forschungsarbeit vereinbart.

Im Rahmen Ihrer Forschungsarbeit fanden halbjährlich strukturierte Betreuungsgespräche statt.

Sie haben sich aktiv und verantwortungsvoll in die inhaltliche Organisation der Forschungsseminare eingebracht.

Mit besten Grüßen



Prof. Dr. Alfred Riedl

Anhang F Danksagung

Die Danksagung wird in dieser Version nicht aufgeführt.

Anhang G Lebenslauf

Der Lebenslauf wird in dieser Version nicht aufgeführt.